

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА УРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛТЕТИНИНГ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ КУРСИ**

РЕФЕРАТ

**МАВЗУ: ЎПКАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ-ДЕСТРУКТИВ
КАСАЛЛИКЛАРИ**

Шукурова Х.

Самарканд -2014

ЎПКАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ-ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўпканинг уткир йирингли деструктив касалликлари

Ўпка касалликлари диагностикаси аввалам бор беморларнинг шикоятлари, анамнез ва организмни физикал текшириш усуларига асосланади.

Ўпкаси касалланган беморларнинг купинча куйдагилар безовта килади: бу балгамли ёки балгамсиз йутал, тана хароратининг кутарилиши, кукрак кафасидаги огриклар, конли йутал, хансирашлардир. Анамнез йигганда эътиборни касалликнинг бошланиши ва ривожланиши, яъни касалликнинг бошланиши совук котиш, инфекцион касалланган беморлар билан ёки травмалар билан боғликлигини аниклаш муҳим аҳамиятга эгадир. Шунингдек меҳнат шароити, турли хайвонлар билан алоқаси, ёмон одатлар мавжудлигини аниклаш лозим.

Куппаниладиган физикал текширувларга: курик, пальпация, перкуссия, аускультациялар киради. Булар организмдаги анатомио-функционал узгаришларни тасавур қилишга ва купинча беморларнинг аҳолини динамикада ва даволаш жараёнида баҳолашнинг асосий усулларида булиб қолади.

Балгамни текшириш унинг физик хоссаларини урганиш, бактериоскопия ва бактериологик экишлардан иборатдир.

Ўпкаси касалланган беморларда рентгенологик текширувлар кўпроқ аниқ диагноз қўйиш имконини беради.

Томография – бу катма-кат тасвир олишдан иборат булиб, бунда сегмент ва субсегмент бронхларидаги узгаришлар, лимфа тўғунларидаги узгаришлар, Ўпкадаги майда деструктив парчаланиш, майда буллани ва кистани, учокли сояларни қўриш мумкин.

Компьютерли томография – Ўпкадаги учокнинг аниқ чегарасини, улчамини аниқлайди, унинг зичлигини баҳолашга шароит тўғдириб беради.

Бронхоэктатик касаллигининг гумониди, унинг шикастланиш даражасини ва характерини аниқлашда, Ўпкадаги йирингли деструктив жараёнининг аниқроқ ҳажминини аниқлашда, сурункали Ўпка йирингли касаллиги ва марказий Ўпка орасида дифференциал диагностика ўтказиш мақсадида бронхография тавсия этилади.

Ангиопульмонография – Ўпка артериясини катетрлашдан иборат булиб, бу томирга рентгенконтраст модда юбориб қилинадиган тасвирдир. Бу муолажа Ўпканинг тўғма касалликларида, Ўпка томирларидаги патологик жараёнларда, Ўпка артериясининг тромбоземболиясида, Ўпканинг сурункали касалликларида, Ўпка артериясида гемодинамиканинг бузилиш даражасини аниқлаш учун, ёмон кечувчи Ўпка усмаларида, операбелликни аниқлаш мақсадида бажарилади.

Бронхиал артериография – бронхиал артерияни катетрлаш, Ўпкадан кон кетишнинг сабабини, кон кетаётган жойини ҳамда кон оқинини тўхтатиш мақсадида ишлатиладиган муолажа ҳисобланади.

Бронхоскопия – қаттиқ ва фибробронхоскопияларга бўлинади. Курсатмалар: марказий жойлашган бронх усмаси, Ўпкадан кон кетиши, трахея ва бронхлардаги ет жисм, Ўпка йирингли касалликларини диагностикаси ва санациялаш мақсадида.

Торакоскопия – торакоскоп ёрдамида плевра бўшлигини визуал қўриқдан ўтказиш мақсадида қўлланиладиган муҳим диагностик ва даволаш усулидир.

Ўпканинг йирингли – деструктив касалликлари оғир патологик жараён булиб, бу касалликларда улим Ўпкадаги йирингли деструкция характерига қўра турли муаллифлар буйича 8 – 75% ни ташкил этади.

Биз кўпроқ Стручков 1968 йилда таклиф этган таснифини Толузаков В.И. (1985й.) томонидан мукамаллаштирилган ҳолатидан фойдаланамиз. Яъни бу таснифга асосан, **патогенез буйича:** постпневмоник, аспирацион, пневмоник, гематоген – эмболик, сурункали пневмония асосида равожланувчи;

характери буйича: йирингли абсцесс, гангреноз абсцесс, Ўпка гангренаси;

жойлашуви буйича: Ўпка сегменти, булаг, бутун Ўпкада;

жараеннинг таркалиши буйича: ягона абсцесс, куплаб абсцесслар икки томонлама абсцесслар;

абсцесснинг Ўпка илдизига нисбатан жойлашуви буйича: периферик (кортикал), марказий (илдиз олди);

огирлик даражаси буйича: енгил, урта огир, жуда огир;

асоратлар буйича: асоратсиз, асоратли: Ўпкадан кон кетиши, плевра эмпиемаси (чегараланган, тотал) таранглашган пиопневмоторакс, сепсис, септикопиемия.

Уткир йирингли абсцесс – бу некрорзга учраган Ўпка тукумасининг йирингли чириши булиб, у йиринга Тула еки йирингли суюклик сатхига эга бушлик хосил килади ва пиоген капсулага эга булган холда, соглом Ўпка тукумасидан перифокал инфильтрация оркали ажралиб туради.

Ўпка гангренаси – Ўпканинг ката бир кисмини аниқ чегарага эга булмаган йиринглаб чириган некрози булиб, тезда таркалиши, жуда огир клиник кечими билан характерланади.

Булардан ташкари Ўпканинг гангреноз абсцесси фаркланади. Бу Ўпка тукумасининг йиринглаб-чириган некрози булиб, секвестр хосил килиши ва Ўпканинг соглом тукумасидан чегараланиши мойиллигига эга.

Ўпкада йирингли-деструктив касалликни келтирб чиқарувчи асосий учта омиллар мавжуд. Булар: 1) бронхиал утказувчанликнинг бузилиши, 2) Ўпка тукумасини яллиглантирувчи инфекцияни ривожланиши, кон айланишининг бузилиши ва тукума некрози, 3) организмда химоя килувчи кучларнинг сусайиши.

Трансбронхиал дарахтининг инфекцияланишида аспирацион фактор Ўпканинг йирингли – деструктив касаллиги патогенезида катта роль уйнайди. Ўпканинг уткир йирингли – деструктив касалликлари патогенезида транс бронхиал дарахтнинг аспироацион механизми буйича инфекцияланиши катта роль уйнайди. Аспирацияга олиб келувчи шароитлар: вактинча ютиш, йуталиш рефлексларининг сусайиши ёки йукалиши билан боглик булган умумий анестезия, чукур алкоголь мастлик, наркотик холат, огир кала –мия жарохати, узок муддат узини йукотиш, мияда кон айланишнинг уткир бузилиши, тутканок. Ўпканинг уткир йирингли – деструктив касалликларида пневмония хам мухим роль уйнаши мумкин. Травмадан кейин буладиган абсцесслар камрок учрайди. Гематоген – эмболик сабаб септик учокдан келиб чиқиши мумкин. Этиологик жихатдан носпецифик инфекциялар асосий роль уйнайди. Ўпканинг йирингли деструктив касалликларини чакирувчи инфекция полиморф булиб, улардан анаэроб (клостридиал), анаэроб ва аэроб асоциацияси катта ахамиятга эга. Аэроблар: стафилококк, протей ва клебсиеллар. Анаэроблар – бактероидлар, фузобактериялар, пептострептококклар.

Уткир Ўпка абсцессларининг клиник манзарасини иккига булиш мумкин, яъни бронхга ерилгунча ва бронхга ерилган боскичлар.

Купинча касаллик уткир бошланиб, тана хароратининг кутарилиши, кучли безгак, шикастланган тарафда кукрак кафасининг огриши, нафас тезлашуви, терлаш ва бошка интоксикация белгилари, делириоз холатларни кузатиш мумкин. Биринчи боскичда йутал курук еки оз микдорда шилликли балгам ажралиши мумкин. Физикал текширувда товуш титрогининг шикастланган тарафда сусайиши, перкуссияда – товушнинг бугиклиги, аускультацияда – нафас сусайиши еки умуман эшитилмаслиги аникланади. Кон анализидида – лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, интоксикация индексининг кутарилиши, рентгенологик текширувда – учокли гомоген коронгулик аникланади.

Иккинчи боскичда, касаллик бошлангандан 7-14 сутка утгач, куйидаги клиник манзара кузатилади: йутал Билан куп микдордаги куланса хидл, йирингли балгам ажралиши (сутка давомида 500 мл.дан купрок). Бу холатда клиник манзарада ижобий динамика кузатилади, яъни умумий фхвол яхшиланади, интоксикация белгилари камайяди, тана харорати нормаллашади, интоксикация индекси камайяди, лейкоцитоз пасайяди. Аускультацияда – абсцесс сохасида амфорик нафас, куплаб хар хил калибрли хул

хириллалар эшитилади. Рентгенологик текширувда суюклик сатхига эга булган, ички контури текис ва атрофида перифокал инфильтрациялик бушлик аникланади.

Ўпка гангренасининг клиник манзараси: беморнинг умумий ахволи жуда огир, тер окиши, кучли безгаклар, тез-тез нафас олиши, 3-4 кун давомида беморда йутал Билан куп микдорда куланса хидли, бадбуй балгам ажралиши укзатилади. Балгам тиндирилганда 3 катламдан иборат булади: пастки катлами Ўпка тукумасининг некрозга учраган парчалари. Урта каввати – лойкаланган суюкликдан ва юкори катлами – купиксимон шиллик йирингдан иборат. аускультацияда – нафас сусайиши фонида куплаб турли калибрли хул хириллалар. Рентгенологик текширувда бир Ўпканинг диффуз, бир хил даражада булмаган коронгулиги фонида куплаб окарган доғлар, плевра бушлигида купинча суюклик сатхи еки суюклик гумони аникланади.

Ўпка йирингли-деструктив касалликларининг энг куп учрайдиган асортлари, бу пиопневмоторакс, контрлатерал Ўпканинг пневмонияси, Ўпкадан кон кетиш. Бошка асортлар - сепсис, пнемоперикардит, уткир буйрак етишмовчилиги камрок учрайди.

Пиопневмоторакс – уткир йирингли процесс, Ўпка абсцессининг плевра бушлигига ерилишдан келиб чиқади. Абсцесс плевра бушлигига ерилганда плевра бушлигига йиринг куйилади ва хаво чиқади, натижада Ўпка коллапси кузатилади. Бухолатдарда клапанли, таранглашган пиопневмоторакс кузатилиши мумкин.

Клиник манзараси: кучои йутал, курак кафасида уткир огриклар, нафас олишнинг тезлашуви, тери кавватларининг окариши ва ёпишкок тер билан копланиши, циноз. Кон босими 50-70мм.с.м.устинигача тушиб кетади, тахикардия аникланади.

Объектив: курак кафаси шикастланган тарафда нафас олишда кам иштирок этади. Ковурга ораллиги кенгайган, силликлал холатда. Товуш титроги кучсиз ёки аникланмайди. Перкуссияда юкори (газ) кисмида коробкасимон товуш, пастки (суюклик, йиринг) кисмида – бугик товуш. Аускультацияда – бронхиал нафас, амфорик белги билан. Рентгенологик текширувида – Ўпка коллапси, плевра бушлиги хаво суюклик сатхи билан. Пункция вактида хаво суюклик билан олинади.

Ўпканинг уткир йирингли – деструктив касалликларини даволаш 3 компонентдан иборат. 1) - умумий медикаментоз терапия. 2) – трахеобронхиал дарахт, плевра бушлиги, Ўпка абсцесси бушлигини санациялаш. 3) – катта хирургик операциялар.

Ўпка йирингли-деструктив касалликларининг консерватив терапияси.

Бу услуб операцияга тайёргарлик, ёки мустикал даволаш усули булиб, этиопатогенез омилларига таъсир этувчи куйдаги тадбирларни уз ичига олади:

-антибактериал терапия-кулланувчи эрта ташхис услублари (экспресс-бактериоскопия, хромато-масс-спектрометрия) микробларининг кайси гурухга таълуслигини аниклаш ва эрта мақсадга мувофиқ антибактериал терапия ҳамда С.М.Навашина, Н.Г.Фомина (1982) услублари буйича антибиотикларни оптимал бирга кушиш имконини беради. Кейинчалик (2-3 кундан сунг) антибактериал терапия микробларининг ассоциацияси, ноклостридиал анаэроб ва аэробларнинг ахамиятини хисобга олган холда антибактериал препаратларни комбинацияси (купинча аминогликозид еки цефалоспоринларни метронидазол билан) дан фойдаланилади: - дезинтоксикацион терапия – кучайтирилган диурез услуги. Дилютанатлар сифатида электролит эритмалари, гемодез, реополиглюкин, глюкоза эритмалари фойдаланилади. Жараеннинг огир еки жуда огир кечимида гемосорбция, кони УФ ва лазер нурлари билан нурлаш амалга оширилади:

Сув-электролит бузулишларини коррекция килиш:

- яллигланишга каша востилар (ацетилсалицил кислотаси 0,5 граммдан кунига 2-3 марта) яллигланиш шишини кайтариш, микроциркуляцияни яхшилаш имконини беради.

- кон ивиш системаси ва микроциркуляцияни нормаллаштиришга йуналтирилган терапия. Маълумки, УУЙЯКда Ўпканинг яллигланиш сохасида микроциркуляциянининг бузулиши кузатилади. Шунинг учун даволаш комплексига микроциркуляциянининг бузулишига Карши йуналтирилган воситалари киритилади. Шу мақсадда антифермент-криоплазма

комплекси (5-6 кун давомида янги музлатилган плазма кунига 150-300 мл., контрикал 100 минг ЕД, гепарин 10-20 минг бирлик, коннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи препаратлар, антиагрегантлар- реополиглюкин, тернтал, ксантинол никотинат, курантил) тайинланади:

- бронхолитик воситалар:

- иммунитетни стимуляцияловчи воситалар: Яллигланиш фазасида актив иммунизация воситалари (стафилококк анатоксини). Пассив иммунизация воситалари (гамма глобулин, гипериммун плазма). Регенерация фазасида хужайравий иммунитетни кучайтирувчи декарис, Т-активинлар кулланилади.

- умумий мустахкамлаш терапияси – гемотрансфузия, плазма ва унинг препаратлари, кон оксигени урнини босувчи инфузияси, глюкоза концентрациялашган эритмалари, анаболик препаратлар, витаминлар.

- юрак – томир воситалари:

- антиоксидант химоя- токоферол ацетат, унитиол, мода алмашунувига таъсир килувчи, тукумаларни регенерацияси ва репарациясини яхшиловчи воситалар – метилурацил, пентоксил, калий оротат.

- сурулишни, нозик чандик ҳосил булишни таъминловчи препаратлар – лидаза, рон идаза. Ушбу препаратлари регенерация, эпителизация ва чандик ҳосил булиши фазалари таъинланади.

УУЙДКда яллигланиш соҳасида препаратларни юкори концентрациясини вужудга келтирмок даволашни муҳим шартларидан биридир. Бу касалликларда ангиопульмонография ва бронхоартериография натижалари яллигланиш соҳасида Ўпка артерияси системаси буйлаб батомом кон окими тухташи еки камайишини тасдиқлайди. Шикастланган Ўпка тукумасининг ҳаёт фаолияти бронхиал системаси буйича кон окимининг активлашуви хисобига тутиб турилади. Бу ҳолларда даволаш препаратларининг бронхиал артерияга узок регионар инфузияси самарали натижасини беради.

2 компонент – маҳаллий санация. Бу куйидагиларни ичига олади:

1) трахео-бронхиал дарахтнинг санацияси. Дори-дармонларни трахео-бронхиал дарах торкали юбориш: микроорганизмга таъсир килиш, яллигланишга қарши, балгамни суюклантириш ва ажратиш мақсадида трахео-бронхиал дарахтни бурун орқали катетерлаш, микротрахеостомия ва бронхоскопия йуллари б-н бажарилади. Дори-дармонлар таркиби: 2% 2,0 натрий бикарбонат, микроорганизмнинг сезувчанлигига қараб АБлар, антисептиклар (диоксидин, фурагин), балгамни суюлтирувчилар (мукосальвин 10% -1,0), протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин 10-15 мг), бронхолитиклар (эуфиллин 0,24 % -1,0, новодрин 0,5% - 0,5), гормонлар (гидрокортизон 25-50 мг).

2) абсцесс бушлиги ва плевра эмпиемасини санациялаш – бурун орқали бронхоскопия ердамида абсцесс бушлигини катетерлаш, трансторакал катетерлаш, торакоцентез актив аспирация билан, йирингли бушликни ювиш. Буларнинг ҳаммаси нафас олишни яхшиланишига, интоксикация белгиларини камайишига ва клиник – рентгенологик белгиларни тез орада яхшиланишига олиб келади.

УУЙДКда бажариладиган ката жаррохлик амалиётлари: лобэктомия, биллобэктомия, пульмоэктомия. Жаррохлик амалиётлари курсатмалар: Ўпкадан кон кетиш асорати еки 5-7 сутка давомида (бир тарафлама жараенда) утказилган комплекс даволашнинг эффектсизлиги.

Уткир Ўпка абсцесси ҳар дойим ҳам тузалмайди: у сурункали кечимга утиши мумкин, унда клиник кечим ремиссия ва хуружлардан иборат бўлади. Доимий симптомларда бири – ҳар хил микдордаги йирингли балгамли йутал. Хуруж вақтида балгам микдорим купайиши мумкин ва куламса хидли бўлади. Сурункали интоксикация балгам билан оксил йуқолиши, гипопротеинемия, анемия, озиш, дармонсизлик, курак қафасида огриклар ва тахипноэ кузатилади. Курикда терини оқариши, огиздан куланса хид, юзни шишиши, кулбармокларни узгариши (думбара таекчалари) аникланади. Физикал текширувда : перкуссияда – товушни қисқариши, аускультацияда – ҳул хириллашлар, бронхиал нафас амфорик белги билан. Кон анализида – лейкоцитоз (нейтрофилез), лейкоцитар формуланинг

чапга силжиши, анемия, гипопротейнемия, диспротеинемия. Рентгенологик текширувида – аник ички контурли юмалок бушлик, суюклик сатхи билан, перифокал инфильтрация. Бронхоскопияда чегараланган йирингли эндобронхит (дренажловчи бронхда). Бронхосграфияда бир еки бир неча бронх билан богланган юмалок бушлик. Сурункали абсцессларда радикал амалиетлар бажарилади (сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмозэктомия). Жаррохлик амалиети учун каршилик курсатмалар: жараеннинг икки тарафламалиги, карилик, хамрох касалликлар.

Бронхоэктатик касаллик – Ўпка бронхларининг сурункали яллигланиши булиб уларнинг кенгайиши, уларнинг деворларидаги эластик ва мушак компонентларининг декструктив узгаришидир. Келиб чиқиш сабаби – Ўпка бронх аппаратининг тугма нуксонлари, шунингдек бронх яллигланиши, ундаги ед жисим ва хоказо.

Клиника: Ўпка-бронх инфекцияларининг хуружлари, йутал, йирингли балгам ажратиш, тез-тез нафас олиш, кучсиз меҳнатда хансираш, кон туфлаш, интоксикация белгилари. Аускультацияда шикастланган тарафда хул, майда пуфаклик хириллаш эшитилади. Рентгенологик текширувида – фиброз майдони, илдиз структурасинининг узгарганлиги аникланади. Бронхоскопия – диффуз еки чегараланган эндобронхит, бронхларнинг дистал кенгайганлиги (Сулья белгиси). Бронхографияда – бронхнинг цилиндрик копсимон, кистасимон ва аралаш кенгайиши аникланади. Бронхларнинг локал узгаришларида куйидаги операциялари бажарилади: сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмозэктомия. Таркалган бронхоэктазларда консерватив даволаш курсатилган.

Урта булак синдроми- урта булакнинг сурункали яллигланиши. Бу касалик урта булак бронхнинг махсус натомик тузилиши билан боғлиқдир ва Ўпка фасодлари ичида 20-26% ташкил этади. Бронх атрофидаги лимфа тугунлари катталашиши натижасида урта булак ателектази вужудга келади ва яллигланади.

Клиникаси – йирингли балгам билан йутал, кор тупириш, тез тез нафас олиш, интоксикация белгилари. Аускультацияда-урту булак проекциясида ката ва урта хириллашлар аникланади. Рентгенологик текширувда-урта булак ателектази куринади. Бронхоскопияда шу бронх утказувчанлиги бузулган ҳолатда, сикилиш натижасида чегараланган йирингли эндобронхид. Бронхографияда-урта булак бронхнинг «чултоги» аникланадиги. Даволаш-операция йули билан : урта булак резекцияси. Операцияга каршилик курсатувчилар: карилик, хамрох касалликлар ва х.к.

Ўпканинг кистоз гипоплазияси (поликистоз)- бу Ўпка паринхимасининг, бронхнинг ва кон томирларининг тугма етишмовчилиги натижасида кистоз бушликларининг пайдо булишидир. Клиник манзараси сурункали Ўпка декструктив касаликлари клиникасига хосдир. Рентгенологик, бронхографик, бронхоскопик ва ангеопульмонографик текширувлари асосида ташхис куйилади.

Даволаш оператив булиб: либектомия, пульмонэктомия. Консерватив даволаш операциясидан олдинига тайёргарлик сифатида ва операцияга каршилик курсатувчилар (карилик, хамрох касалликлар ва х.к.) булганда кулланилади.

УПКАНИНГ ЙИРИНГЛИ ХАСТАЛИКЛАРИ

Кейинги ун йилликларда упканинг йирингли хасталиклари ахолининг хасталаниши, уни ногирон килиб куйиши ва ҳалокатга учратиши буйича юрактомир хасталиклари ва усмалардан сунг учинчи урини эгаллаб олди.

Бундай беморларнинг сони йилига 5% дан купайиб, ногаронлик ошиб бормокда. Академик В.И.Стручков маълумотиға кура, упканинг йирингли хасталиклари нафас олиш аъзолари хасталикларининг 7% ини, плевра эпииемаси эса 9-11% ини ташкил этмокда. Бундай беморларнинг уртача 7-12%и, упкадан кон кетганида эса 26-40% и ҳалокатга учраши мумкин. Упка гангренази ҳозирги вақтда ҳам касалхоналарда 50% беморларининг ҳалокатига сасаб булмокда. Шунинг учун ҳам упканинг йирингли хасталиклари тиббиетнинг долзарб мавзуларидан ҳисобланади.

Упка хупози /абсцесси/ - бу упка тукумасида якка ёки куплаб йирингли бушликлар хосил килувчи чегараланган йиринлиги-деструктив жараендир. Упка гангренаи эса, упка тукумасида аник чегараси булмаган, чекланмаган йирингли-некротик жараен.

Упка анатомияси ва физиологиясидан кискача маълумот

Упкалар жуфт аъзо булиб, хар бири кесик, конус шаклига эга. Упкалар орасида кукс оралиги жойлашган. Хар бир упка алохида плеврал копча ичиди лашган.

Плевра копчалари упкаларни копланган висцерал плевра ва кукрак бушлигини ичидан копланган париетал плевра хисобига хосил булиб, упка дарвозаси остида плевранинг иккала вараклари кушилиши натижасида упка бойламини хосил килади.

Париетал плевра ковурга-туш, диафрагма ва медиастинал кисмлардан иборат булиб, юкорида умров суягидан 3-4 см кутарилувчи плевра гумбазини хосил килади. Плевра вараклари орасида бушликлар: ковурга-диафрагма ва булаклараро синуслар хосил булади.

Унг упка кийшик ва горизонтал эгатлар воситасида юкори, урта ва пастки, чап упка эса кийшик эгат воситасида юкори ва пастки булакларга булинган. 1958 йили анатомлар конгресси кабул килган таснифга биноан унг упка 10, чапи 8 сегментдан иборат.

Хаво трахея оркали I, II, III бронхлардан, терминал ва респиратор брон-хиолалар оркали альвеолаларга боради. Бронхларнинг ички юзаси цилиндрсимон киприкчали эпителийдан ташкил топган шилик канат билан копланган. II даги бронхлар булак, III тартибдагиси сегмент бронхларига давом этади.

Интервенцияси: сайер ва симпатик нерв системаси оркали.

Упкалар кон билан упка ва бронхиал артерия оркали таъминланади, кон эса юкори ва пастки упка веналари буйлаб кетади.

Упкалар нафас олишга хизмат килиб, атмосфера хавосидага кислород альвеолаларда кондаги эритроцитлар билан узлаштирилиб, карбонат ангидрид чикарилади. Нафас олиш диафрагма ва ковургалараро мускуллар кискариши билан, нафас чикариш эса упкаларнинг эластик кискариши ва кукрак кафасининг торайиши хисобига амалга ошади.

Упкаларнинг нафас олиш сатхи 100 кв.м. Упка артериясидаги босим эса 14-16 мм симоб устунига тенг.

Одатда, нафас олганда упкаларнинг 1/5 кисми катнашиб, 4/5 кисми эса физиологик ателектаз холатида булади. Упкаларда газ алмашувчи нафас олиш ва чикаришда порциал босим узгариши сабабли амалга ошади.

Кислород билан бойиган эритроцитлар томирлар оркали кон билан тукумаларга бориб, у ерда ички нафас олиш амалга ошади.

Ташки нафас олиш холати спирометрия ва спирография билан аникланади. Упкаларнинг муътадил (оддий) нафас олиш хажми 500 мл булиб, кушича (максимал) нафас олиш хажми 2000-2500 мл га тент.

Оддий нафас чикаргандан сунг максимал нафас чикариб резерв хаво хажми (1500мл) аникланади.

Бундан сунг нафас йулларида колган хаво упкалар колдик хажми 1500 мл.га тент.

Шундай килиб, упкаларнинг умумий хаво хажми 5500-6000 мл.га тенг булиб, резерв, оддий нафас олиш хамда кушимча хажмлар мажмуидан иборат упкаларнинг хажми эса 3500-5000 мл.га тент.

Беморларини текшириш усуллари.

1. Ташки нафас олиш спирография усулида аникланади. Оддий нафас олмиш хажми (ОНХ) 500-800 мл., бир дакикалик нафас хажми (МНХ) 8-10 литр, упкалар хаётий хажми (УХХ) 3500-5000 мл., кучаниб чикарилган нафас хажми (КЧНХ) ОФБ. Тифно синови КЧНХ ни УХХ га булиб аникланади. Одатда, у 70% дан кам булмаслиги керак.

2. Ички нафас олишни аниклаш. Бунинг учун кислород фойдаланиши коэффицентини (КФК) хисоблар топилади. У 30-34 дан кам булмаслиги керак.

Кислород узлаштирилиши фоиз хисобида НВО,2 эса биохимиявий усулда аникланади.

3. Билобэктомия ёки пульмонэктомия килиш зарур булганда хар бир упкани алохида спирография килиш хамда упка артериясидиги босимни аниклаш лозим. Бунда кон босими

30-50% га ошса (24ммНд) ташрих этиш хатарли, 50% дан купга ошса /28-30 Нд/, ташрих этиш мумкин эмас, чунки ташрихдан сунг юрак унг коринчаси этишмовчилиги юзага келади.

4. Балгамни умумий ва бактериологик текшириши.
5. Организмнинг иммунологик ҳолатини.
6. Ангиография (ангиопульмонография ва бронхиал артериография).
7. Упкалар структураси куйидаги усуллар билан текширилади: рентгеноскопия, рентгенография, томография, компьютер томографияси.
8. Бронхоскопия ва бронхография.
9. Плеврография.
10. Торакоскопия.
11. Медиастиноскопия.
12. Каваграфия.
13. Радиоизотоп сканнерлаш (ксенон билан).

УПКА ЙИРИНГЛИ ХАСТАЛИКЛАРИ ТАСНИФИ

(П.А.Куприянов буйича)

1. Упкалар хуппозии ва гангренази:
 - а) йирингли хуппозлар (уткир, сурункали, якка, куп сонли)
 - б) гангреноз хуппозлар
 - в) таркалган гангрена
 2. Упка хуппозидан сунги пневмосклероз.
 3. Бронхоэктазия: а) ателектаз билан; б) ателектазсиз
 4. Упканинг йиринглаган кисталари: а) якка; б) куп сонли (кистоз упка)
- ВНИИП таснифи ҳам юкоридагидек.

УПКАЛАР ХУППОЗИ ТАСНИФИ (ВНИИП буйича)

1. Йирингли абсцесслар.
 - А. Патогенези буйича: уткир, сурункали (зурайиш ва ремиссия даври);
 - Б. Кечиши буйича: уткир, сурункали (зурайиш ва ремиссия даври);
 - В. Локализация буйича: марказий, периферик (якка, куп сонли). Кайси булак ва сегментда жойлашгани курсатилади.
 - Г. Асоратлари буйича: асоратсиз, асоратлари билан (эмпиема, пиопневмоторакс, кон кетиш ва х).
2. Гангреноз хуппозлар (локализацияси ва асоратларига кура).
3. Таркалган гангрена.

Этиологияси. Упкада йирингли яллигланиш булиши учун заифлашган, кашилик кобилияти ва иммунологик ҳолати пасайган, каттик совукда колган организмга вирулентли инфекция кириши лозим (стрептококлар-2,8%, стафилококлар ва ичак таёкчаси 9,3%, стафилокок - стрептокок - 8,4%, стафилокок-протей - 8,2%, ноклостридиал анаэроблар - 60-70% ҳолларда). Упкада жараён бошланиши учун унда маҳаллий мойиллик булиши лозим. Упка хуппозии юзага келишининг сабаблари: пневмония - 60,4%, аспирация - 17,9%, грипп - 3,6%, шикастланиш - 1,2%, номаълум сабаблар - 7,9% ҳолларда.

Упканинг уткир хуппозии юзага келишида 3 хил омил муҳим аҳамиятга эга.

1. Упка паренхимасидаги уткир носпецифик инфекция жараён.
2. Бронхлар утказувчанлигини бузилиши.
3. Упка туқималаршпшг кон билан таъминланиши бузилиб, некроз юз бериши.

С.И. Спасокукоцкий (1940) упка хуппозии этиопатогенезида мойилик тугдирувчи омилларга катта эътибор берган:

1. Бронхлар утказувчанлигининг бузилиш (охиригача даволанмаган бронхопневмония, ет жисмлар аспирацияси, бронхлар эвакуатор функциясининг бузилиш натижасида. Хусусан, эски кашанда чекувчиларда бронхлар эпителияси киприкчалари тушиб кетган булади. Натижада, балгам факат йуталиш оркалигина чиқиш мумкин булиб қолади. Бронхларда усма ёки чандик стенози булиши ҳам бронх утказувчанлигини бузиши мумкин.

Бронхоген-пневмония хуппозлари 70% ни ташкил этади. Уттизинчи йилларда упкалар ностериллиги, халкумда микрофлора булиши аникланган.

Одатда, тирик упка тукимаси, унинг хужайралари микробларга карши тура олади. Упкада ателектаз булиши, тукималар чириши ва кон айланишининг бузилиши эса микроблар купайишига олиб келиши мумкин.

2. Гематоген-эмболик хуппозлар 10% холларда учрайди.

Сепсис, тромбофлебит ва остеомиелитда микробларнинг микроэмболияси метастатик куп сонли хуппозлар пайдо булишга сабаб булади.

3. Упкаларнинг шикастланиш хуппозлари ва плевра хасталиклари, асосан, кукрак бушлигига утмайдиган жароҳатларда ҳам учраб туради. Упканинг эзилиши, унга кон куйилиши ҳам упканинг йиринглаши олиб келиши мумкин.

Венгер маълумотларига кура, упканинг тинчлик пайтидага шикастлари уруш пайтидагидан ҳам купрок холларда йиринглаша олиб келиши мумкин.

И.С.Колесников буйича, упка хуппозлари 51,4% холларда иккинчи сегментда (38,8% холларда унг, 12,8% холларда эса чап тарафда), 28,5% холларда олтинчи сегментда (19,5% холларда унг, 9% холларда чап тарафда) учрайди.

Упка хуппоз, одатда, инфильтрат марказида тукималар йиринглаб, хуппоз шаклланиши натижасида юзга келади. Упка гангреназида эса, упка тукималарининг чириши ва йиринглаши чегараланмаган булади.

Клиника ва симптомлари

Упка хуппоз бронхларга очилган ёки очилмаганлигига караб хар хил клиника манзарага эга. Упка хуппоз бронхларга очилмаган, яъни дренажланмаган холларда куйидаги белгиларга эга:

1) юкори харорат; 2) кучли интоксикация; 3) кукракнинг хасталанган тарафида огрик булиши; 4) курук йутал; 5) перкутор товуш кискариши; 6) аускультацияда пневмонияга хос нам хириллаш; 7) лейкоцитоз ва СОЭ нинг ошиб кетиши; 8) рентгенограммада упка соҳасида чегараланган интенсив соя булиши.

Упка хуппоз бронхларга очилган (дренажланган хуппоз) даврида куйидаги белгиларга эга:

1) йуталганда огиз тулиб, куланса хидли балгам ажралиши; 2) кон туфуриш; 3) тана хароратининг биринчи давридагидан анча пастга тушиши; 4) аускультация бронхиал нафаснинг амфорик белгилари пайдо булиши; 5) рентгенограммада горизонтал сатхли юмакол соянинг аникланиши; 6) беморларнинг ахволи яхшиланиб, интоксикациянинг камайиши.

Дифференциал ташхис

1. Бронхоэктазия ёш беморларда учраб, жараен упканинг пастки булакларидида жойлашади анамнезида бронхит кайталаниб турганлиги хос. Балгам эрталаб кучиб, идишга солганда 3 катламга ажралади, эластик толалар булмайди. Беморларнинг умумий ахволи енгилрок булиб, хасталик аста-секин ривожланади. Бронхографияда бронзларнинг кенгайганлиги-бронхоэктазлар аникланади.

2. Пневмосклерознинг зурайиши упка сегменти билан чегараланган, йутал озгина балгам чикиши билан кечади. Купинча кон туфуриш, рентгенограммада сегментсоҳасининг корайиши хос.

3. Упка кистасининг йиринглаши йутал билан куп микдорда балгам кучиши, рентгенограммада атрофи силлик булган юмакол соя ва унда горизонтал сатх аникланиши билан кечади.

Поликистоз учун "ари уяси" белгиси хос.

4. Упка ракиннинг емирилиш даври учун чагараларининг ноаниклиги, рак кахёксияси; упканинг марказии раки учун эса ателектаз, курук йутал ҳамда узига хос бронхоскопия ва бронхография белгилари, биопсияда атипик хужайралар топилиши хос.

Упка гангренази ниҳоятда огир хасталик булиб, организмнинг кучли интоксикацияси билан кечади. Беморни хлорамин билан хуланган кушкатат материал билан изоляция килинсада, касалдан келатган бадбуй хиддан булимга кириб булмайди. Беморнинг

юзи керикиб, акроцианоз булиши, бикиллаб хириллаб нафас олиши хос. Бемор йуталганида, куп микдорда гушт селига ухшат ифлос кунгир тусли куланса балгам ажралиб, балгам ичида упка тукумалари (секвестр) булади.

Рентгенологик текшириш упкадаги соя куп сонли бушликларга эга эканлиги чегараси ноаниклигини курсатади. Одатда, жараен чегараси (демаркацияси) йук булиб, упка тукумаси шишган, суйкалувчи ва узилувчан булади.

Бундай беморлар авваллари жаррохлик булмларида, хозир эса пульмонология булимларида даводилар. Беморларнинг 80%и ташрихсиз консерватив йул билан махсус моулажалар: упка дренажлаш, даво бронхоскопияси (хафтасига 2-3 марта) килиб даволанади. Упка хуппозии махсус катетерлар билан бронх оркали хафтасига 2-3 марта ювилади.

Упканинг периферик хуппозиида йугон игна билан трансторакал пункция ки[□]ли йиринг чакарилади, антибиотиклар юборилади ва трансторакал катетер колдирилади. Тана холатини узгартириш оркали постурал дренаж амалга оширилади. Венага 33%ли спиртдан 200 мл, кальций хлориднинг 1%ли эритмасидан 200мл юбориш, кенг спектрдаги антибиотикларни куллаш яхши натижа беради. Беморларга юкори калорияли, оксил ва витаминларга бой овкат бериш лозим. Ег моддалари етишмовчилиги упка сурфактантини парчалаши туфайли, беморларга ёг эмульсияси тайин этилади. Интоксикация экстракорпорал детоксикация кон куйиш воситасида даволанади. Беморларнинг иммунологик холатини яхшилаш учун АСГТ, тактивин ва бошка иммунологик даво чоралари кулланилади.

Упканинг куп сонли хуппозларида антибиотикларни интрапульмонал юбориш, бронхиал артерияни катетеризация килиб, томчилаб антибиотиклар юбориш, гемосорбция килиш, венага гемодез, реополиглюкин юбориш тавсия этилади. Бундай холларда дориларни аэрозол усулида еки мушак орасига юбориш фойдасиз.

Упканинг уткир хуппозларининг такдири:

- 1) 30% холларда бемор тулик тузалиб кетади;
- 2) 50% холларда бемор шикоят этмасада, рентгенологик текшириш колдик бушлик (курук бушлик) борлигини курсатади;
- 3) 15% холларда сурункали хуппоз шиклланади;
- 4) 5% холларда асоратлар ва беморларнинг халокати юзга келиши мумкин.

Упка утки хуппозининг асоратлари:

1. Хуппознинг плевра бушлигига очилиб, пневмоторакс юзага келиши;
 2. Бронхларга кон кетиб, асфиксия юзага келиши;
 3. Йирингни упканинг бошка ерларига таркаб, янги хуппозлар пайдо булиши;
 4. Организмнинг бошка аъзоларида (купинча бош мияда) хуппозлар пайдо булиши.
- Клапанли пневмоторакс юз берса, зуддик билан плевра бушлигини дренажлаш керак. Бронхларга кон кетганида, беморни кушкавакли найча воситасида зудлик билан интубация килиб, сог упкага кон кетиб асфиксия булиши олдини олиш лозим. Шунингдек, гемостатик чоралар, бронхиал артерияни эмболизация килиш ёки хасталанган упка сегменти бронхини пломбалаш керак. Янги хосил булган хуппозии ва метастатик хуппозлар одатдагидек даволанади.

Пиопневмоторакс. Субплеврал хуппоз плевра бушлигига очилишидан келадиган иккиламчи хасталикдик. Бунда тусатдан куракда огрик туриб, курук йутал, цианоз, нафас етишмовчилиги юзага келади. Томир уриши ва нафас олиш тезлашади. Баъзан артериал босимнинг пасайиши хам кузатилади. Аускультацияда на[□]фасаникланмай, перкуссияда ногора товуши аникланади. Рентгенда упка коллапси ва курак кафасида суюкликнинг горизонтал сатхи куринади. Кейинрок беморларнинг харорати кутарилиб, лейкоцитоз кузатилади. Огир холларда тушиб колиши мумкин.

Давоси: Зудлик билан плевра бушлигини пункция килиб, яхшиси нуктадан дренажлаш лозим. Одатда, 2-3 коургалар оралигидан урта умров чизиги буйлаб пункция килиб, хавони суриш учун плевра бушлигига дренаж найча куйилади. Иккинчи дренаж найча 8-9 коургалар оралигидан култикнинг орка чизиги буйича суюкликни тортиш учун куйилади. Фаол дренажлаш учун электрсургич, Бобровнинг ваккум аппарата ва х.

кулланилади. Плевра бушлиги 2-3 кун дренажланганидан сунг, йиринг ва хаво колмай, упка юзаси кукрак кафасига епишиб колади. 3-4 кун давомида упкалар коллапси утиб кетмаса, беморларини ташрих этиш, бронх окмаларини, некротик тукумаларни олиб ташлаш ва плевра бушлигини дренажлаш лозим.

Упка уткир хуппозаларининг сурункали хуппозга утиш сабабли:

1. Уткир хуппозларнинг сонли булиши;
2. Хуппоз бушлигида тукума секвестрининг булиши;
3. Хуппознинг пастки булакларида жойлашуви;
4. Хуппознинг диаметри 5 см.дан катта булиши.

Уткир хуппозлар 2 ой давомида тузалиб кетмаса, унда упканинг сурункали хуппоз юзага келади. Бундай беморларда нафас аъзолари тулик текширилиши, упканинг хасталаниш даражаси аникланиши шарт.

БРОНХОЭКТАЗИЯ ХАСТАЛИГИ (БЭ).

Бронхоэктазия болаларда учраб туладиган бронхларнинг кайтмас сурункали йирингли жараенидир. Бронхоэктазия хасталиги бирламчи хасталик булиб, сурункали йирингли упка хасталикларининг асосий кисмини ташкил этади.

Туберкулез, упка шикастланишлари ва сурункали хуппозлардан сунг юзага келадиган иккиламчи бронхоэктазлардан фаркли уларок, бронхоэктазия хасталиги узининг этиологияси ва патогенезига эга. Бронхларнинг кенгайиши хасталикнинг асосий белгисидир.

Бронхоэктазия хасталиги хозирги вақтда камрок учрасада, эркалар аеллардан 1,5 марта купрок хасталаниши маълум. 10 ешгача эсга киз ва угил болалар бир хил-да хасталаниши аникланган.

Этиологияси ва патогенези. Хасталик ёш болалар ва пневмониядан сунг бошланади. Титованинг маълумотиға кура, 10% бронхоэктазлар пневмониядан сунг пайдо булади. А.Я.Цигельник эса бронхоэктазия хасталиги упка ателектази сабабли пайдо булади деган. Пневмония ва ателектаз купинча бир вақтда учрайди. Ролаларда пневмония натижасида ателектаз юзага келашга 2 сабаб бор: упка пневмониясига жавоб реакцияси сифатида упка илдизи сохасида бронхопульмонал лимфа тугунлари лимфаденети (бронхаденит) юзага келади; болалар балгамни йуталиб, яхши чикара олмаганидан катта ва кичик бронхлар ичи куюк, епишкок балгам билан тулиб колади. Шу билан бирга VI-VII тартибдаги бронхлар да бронхиолит булиши ҳам хасталик юзага келиши учун кулайлик яратади.

Иккинчи гурух олимлар бронхоэктазлар хосил булиши бронхлар обструкциясига боглик деб тушунтиради. Ателектаз бронхлар ичидаги босимни ошириб, эластиклигини йукотади (обструктив бронхит).

Олмония олими Заурбах бронхоэктазни тугма хасталик деб тушунтиради. Бронхоэктазия хасталиги упканинг кистоз гипоплазиясидек тугма хасталик булма-сада унга тугма мойиллик булиши мумкин. Масалан, Зиверт-Картагенер синдромида бронхларни коплаган эпителий киприкчалари харакат сиз булиши, муковисцедозда шиллик каватлар ишлаб чикарган секрет куюк ва ёпишкок булиши, бронхоэктазия хосил булишга мойиллик тугдиради.

Бронхоэктазия хасталигининг таснифи.

Шакли буйича: дуксимон, цилинрсимон, копсимон, аралаш.

Жойлашувчи буйича: 1 тарафлама, 2 тарафлама (27% холларда).

Купинча чап упканинг пастки булаг ва юкори булагининг тил сегменти, унг тарафда эса пастки ва урта булаклар хасталанади.

Хасталикнинг кечишига кура; зурайиш ва ремиссия даври, фаркланади.

Асоратлари буйича: асоратсиз ва асоратланган тури.

Бронхоэктазия хасталигининг асоратлари: ички аъзолар амилоидози; икки тарафи хасталикланганида нафас етишмовчилиги; бронхиал артериянинг майда тармокларидан кон кетиши. Упка хасталикларида, одатда, бронхиал артерия кенгалиб, юпкалашиб кон кетиш манбаи булиб колса, упка артериялари буйича кон айланиши камаяди.

Клиникаси. Хасталик узок йиллар бир зурайиб, бир ремиссия бериб давом этади. Беморлар хар тонгда йуталиб, йирингли балгам ташлайдилар. Балгам хидсиз ёки хидли

булиб (30% холларда), кунига миқдори 100-700 мл гача боради. Балгам турса, уч каватли булиб қолади. 10-30 % холларда беморлар кон туфириши мумкин, 50% холларда кукрак тортишиб огрийди, нафас кисиши мумкин. Хасталик 12-14 еш, баъзан кечроқ, хатто катталарда пневманиядан сунг ҳам бошланиши мумкин. Баҳор ва кузда грипп хасталиги бронхоэктозиянинг зурайишига сабаб булади.

Объектив текшириш куйидагиларни аниқлайди. Хасталик учун субфебрил ҳарорат ҳос булиб, хасталик зурайиши ҳароратнинг 30°C гача кутарилиши, куп миқдорда балгам ташлаш, ҳароратнинг тушиши билан кечади. Силласи қуриган беморларда мутадил рақамлар орасида ҳароратнинг узғариши ҳос (масалан, 35,0°C -36,9°C). Беморларнинг лаби қуқарган булиб, жисмоний жиҳатдан қам ривожланган, бармоқлари ногора таёқчаси, тирноқлари "соат ойнаси" дек булади. (остеоартропатия).

Перкуссияда ателектаз туфайли товуш қисқарган, аускультацияда хириллаш, шовқинлар эшитилиб, йуталдан сунг узғариб туради. Нафас олиш бронхиал нафас олишга ухшаш. Рентгенологик умумий текширишда бемор уққасида бронхоэктазлар қопча шаклида булганидагида 27-44% холларда тоқсимон еки қатақ симон соя билан намоен булади.

Бронхоэктазия клиникаси булганида авалгида беморларнинг даволаб, қикаётган балгамнинг миқдори қамайганидан кейинга бронхография қилинади.

Бронхоэктазиянинг бронхографик балгилари: бронхларнинг бир бирига яқинлашуви; бронхларнинг қенгайиши; "қултоқ супурги" белгиси.

Бронхоскопия ташҳис учун ҳамда бронхларни тозалаш (санация) учун қилинади. Унда йирингли бронхит ва бронхлар шакли узгарганлигини қуриш мумкин. Спирографияда эса ташқи нафас олиш абструктив хил бузилган булиб, огир ҳолларда "упқа юраги" аниқланади қичик қон айланиш доираида одатда гипертензия булмайди. Бронхоэктазия қенг тарқалган огир ҳолларда гипертензия 30мм. сим. уст. етиб, декомпенсация юзага қелади ҳамда бронхиал ва упқа артерияси орасидаги шунтлар очилиб қетади.

2 давр. Бронхоэктазиянинг йиринглаш даври. Уққанинг 1-2 булаги ҳасталанган булиб, бемор қунига 100-200мл йирингли балгам ташлайди, нафас етишмовчилиги, интоксикация ҳос. Меҳнат қобилияти қамайиб қетган булади.

3 давр. Уққа диструкцияси даври, огир қечиқ, бемор қунига 500-600мл йирингли балгам ташлайди. Бронхоэктазлар қопсимон булиб, нафас етишмовчилиги қучли. Беморлар меҳнатга лақатсиз.

Қасаллик прогнози - давосиз яхши эмас. Бемор болаларнинг аҳволи қупинча уқмирликга қориқ огирлашади. В.И.Ермолаевнинг малумотиға қура, қонсерватив даво бемор ҳаётини 10-15 йилга узайтириши мумкин.

Хасталикнинг клиник турлари: 1) Бошланғич тури: 2) енгил тури-йилига бир иққи марта зурайиб, 50-100 мл гача балгам ташлаш ҳос. Ташқи нафас олиш ва гемодинамикада узғаришлар йуқ: 3) клиникаси яққол тури-200 мл гача балгам ташлаш ташқи нафас олиш ва гемодинамикада узғаришлар билан қечади: 4) огир тури 10-15% холларда учраб, қунига 500-1000 мл гача балгам ташлаш, огир нафас ва гемодинамика етишмовчилиги билан қечади.

Асоратлари: "Уққа юраги", қичик қон айланиш гипертензияси, ички аъзолар амилоидози, нафас етишмовчилиги, қон қетиши.

Ҳозирги вақтда 60-65% холларда бронхоэктозиянинг енгил турлари учраб, беморларнинг 40%и ташрих этилмоқда.

Давоси. Қонсерватив даво мажмуи қуйдаги холларда қулланиши қерақ:

- а) беморларни ташрихга таерлаш учун:
- б) бронхоэктазиянинг бошланғич даврида:
- в) бронхоэктазия қенг тарқалган холларда.

Қонсерватив даво асосини даво бронхоскопияси, назотрахеал қатетерлаш, юқори нафас йулларини тозалаш, даво жисмоний тарбияси, постурал дренаж, меҳнат ва овқатланишни тартибга солиш ҳамда санаторий - қурорт давоси ташқил этади.

Бронхоэктазия хасталиги қуйдаги холларда ташрих йули билан даволанади:

- а) типик бронхоэктазия нафас ва гемодинамиканинг қуқур узғаришларисиз булганида;

- б) бронхоэктазия бир тарафда жойлашганида;
- в) бронхоэктазиялар икки тарафда булиб, упканинг олти сегменти соглом булса;
- г) беморларнинг ёши 6 дан 45 ёшгача булиши шарт.

Академик Ю.Ф. Исаков болаларда факат "бронхоэктазияси булган бронхларни олиб ташлаб, унинг томирларини колдиришни тавсия килган. Бронхоэктазия хасталигида кулланиладиган ташрих турлари:

- 1) пульмонэктомия;
- 2) билобэктомия;
- 3) лобэктомия;
- 4) сегментэктомия;
- 5) резекция комбинацияси.

Ташрих хажми бронхография натижасига караб аникланади.

Ташрих асоратлари: 1) ателектаз (13%) холларда: 2) колдик плевра бушлигининг колиши (8%) холларда: 3) плевра эмпиемаси (1,9%) холларда, 4) кон кетиши (0,5%) холларда, жарохат йиринглаши (1%) ходдарда, беморларнинг 1,4% халокатга учраши мумкин.

ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИ.

Плевранинг яллигланишига плеврит дейилади. Плевранинг йирингли яллигланиши хамда плевра бушлигага йиринг тупланиши эса плевра эмпиемасига хос.

Сабаблари. Плевра эмпиемаси, одатда, кандайдир бошка хасталик асорати хисобланади; жумладан.

- 1) упка хуппозии ва бронхоэктазларнинг йиринглашидан (90%);
- 2) курак бушлигига утувчи жарохатлардан;
- 3) курак кафасидаги упка ва бошка аъзолар ташрюшдан сунг бирламчи плевра эмпиемаси юзага келиши мумкин.

Микроорганизмларнинг плевра бушлигига тушиши плевра эмпиемасининг асосий сабабчисидир. Авваллари тилларанг стафилококк куп холларда эмпиемани чакирган булса, хозирги вақтда факат 25-30% холлардагина эмпиемани чакириши маълум. Хозир плевра эмпиемасини асосан, грамм манфий пневмония клебсиелласи, курак йиринг таёкчаси, энтеробактериялар, ичак таёкчаси, спора хосил кил-майдиган ноклостридиал анаэроблар (бактериоидлар, фузобактерия, пептококк, пептострептококклар) чакириши маълум.

Инфекциянинг кириш йуллари:

- 1) Парапневмоник йул (пневмония булган соха чегарасида);
- 2) Метапневмоник йул (пневмония, курак оралиги ва курак кафасидаги йирингли хасталиклардан сунг);
- 3) Гематоген ва лимфоген йул (5% холларда).

С.И. Спасокукоцкий маълумотига кура, пневмония булган беморларда очик ва равшан деструкция аникланмаган холларда хам упканинг субкортикал сохасида кичик деструкция учоги булади. Унинг плевра бушлигига очилиши эса эмпиемага олиб калади.

Жарохатларда эса, инфекция курак бушлигига ук, снаряд, жарохатловчи предмет ва хоказолар туфайли тушади.

Ташрихдан сунгги эмпиемалар генези куйидагича:

- 1) Хар кандай ташрих хам абсолют асептик холда килинмайди.
- 2) Чандик - швартларда фаол булмаган инфекция булиб чандиклар кесилганда инфекция плевра бушлигига тушади.
- 3) Бронхлар чултогининг бирламчи етшмовчилигида инфекция бронх йулларидан тушиши мумкин.
- 4) Упка коллапс холатида, плевра вараклари орасида колдик бушлик колганида у ерда кон, эксудат ёки хаво тупланиши эмпиема ривожига шароит тугдиради. Пневмонияда юзага келиши мумкин булган сероз плеврит хам инфекция тушганида эмпиемага олиб келиши мумкин. Курак бушлигига утувчи жарохат пневмо - ёки гемоторакс чакирганида хам эмпиема ривожланиши мумкин.
- 5) Гемоторакс котиб колганида хам эмпиема учун кулай шароит юзага келади.

Одатда, упкаларнинг эластик каршилиги булганидан, маълум шарт- юзага келганида упка коллапси юзага келиб, плеврал колдик бушлик пайдо булади ва эмпиема ривожу учун шарт-шароит тугилади.

Плеврал колдик бушлигини биринчи кунгек йукотиш лозим. Акс холда, бу шашиб колган упка ва плевра сатхига (масалан, упка хуппози плевро-бронхиал окма билан асоратланганида) фибрин утириб, плевра калинлашади ҳамда плевранинг хамма юзасида чандик-швартлар пайдо булиб, плевра эмпиемасини юзага келтиради.

Плевра эмпиемасининг сабабларидан бири бронхиал окмалардир.

Бронхиал окма турлари: бронхо-плеврал окма; плевра-тери окмаси; бронхо-плевра-тери окмаси.

Плевра эмпиемасининг таснифи (М.И. Кузин буйича)

1. Кечиши буйича: уткир (купинча, ёпик) сурункали (купинча, очик) тури. Уткир эмпиема 2 ой давомида тузалмаса, сурункали турига утади.

2. Экссудат хусусиятига кура: йирингли; чирик.

3. Микрофлорасига кура: специфик (туберкулез, актиномикоз); носпецифик (стафилококк, диплококк, анаэроб, аралаш).

4. Келиб чикишига кура: бирламчи-ташрих ва шикастланшплардан сунгги; иккиламчи-упка хасталикларидан сунгги.

5. Ташки мухит билан туташлигига биноан: ёпик-ташки мухитга очилмайдиган эмпиема (пневмониялар асорати сифатида); ташки мухитга туташ-очик тури (пиопневмоторакс, бронхиал окмалар чакирадиган тури).

6. Таркалишига кура: эркин (тотал, субтотал, кичик); чегараланган (деворол-ди, латерал), базал, интерлобар, апикал, медиастинал, куп булмали).

Чекланган эмпиемада жараён плевра бушлигининг бир девори билан чекланган субтотал эмпиемада плевра бушлигининг 2 ва ундан ортик деворлари билан чекланган, тотал эмпиемада эса плевра бушлигининг хамма ерига таркалган булади.

Клиник манзараси. Плевра эмпиемасини чакирган асосий хасталик ва эмпиема белгилари билан намоён булади. Беморлар огрик зуридан чукур нафас олол-май, куракнинг ен тарафи огриши, курук йутал, хароратнинг кечкурун 39-40°C га кутарилишига ва эрталаб субфебрил ракамларига тушиб колиши хос. Беморлар хаво етишмаслигидан харсиллаб, терлаб кетадилар, иштаха йуколади. Объектив текширилганида нафас етишмовчилиги белгилари, тинч ахволда хам харсиллаш, цианоз, интаксикация белгилари, беморнинг кузи ичига ботиб кетгани аникланади. Ковургалар оралиги текисланган, тери калинлашган, адинамия холатида, харорат юкори, томир уриши 110-120гача тезлашган булади.

Плевра бушлигида экссудат 250-300мл дан купрок тупланган булса, перкуссияда Дамуазо чизигидан пастда бугиклик аникланади. Плевра эмпиемасида йиринг горизонтал сатхга эга ва рентгенограммада аник куринади.

Плевра бушлиги пункция килиниб олинган йиринг цитологияси ва микрофлораси аникланади. Плевра бушлигида 0,5-1,0 литр йиринг тупланишидан хамда упкадан йирингли жараен мавжудлигидан гипопроотеинемия (3,5 - 4 гр), диспротеинемия-альбумин-глобулин коэффиценти 0,7-0,6 (нормада 1,5гача) тенг булиб колади. Натижада коннинг онкотик босими камайиб, сувни организмда етарли равишда ушлаб кола олмайда ва диурез ошиб кетади. Шу билан биргаликда электролитлар хам чикиб кетишидан гипокалиемия юзага келади. Эритропоз бузилиб камконлик, иммунитет пасайиши юзага келади.

Махсус текшириш усуллари: 1) Курак кафаси рентгеноскопияси ва рентгенографиялиш. 2) Плевра колдик бушлигини плеврография килиб текшириш.

Профилактика. 1) Плевранинг иккала вароги бир-бирига тегиб турадиган шароит яратиш лозим. 2) Колдик плеврал бушлик пункция ва аспирация килиб тугатилишиозим. 3) Пневмо - ва гемоторакс плевра бушлигини дренажлаш билан тугатилиши шарт. Котиб колган гемотораксда фибринолитиклар (стрептокиназа, стрептаза) кулланиши лозим. 4) Ташрих

вактида максимал гемостаз булиши лозим. 5) Упкаларда коллапс булмаслиги учун плевра бушлиги вакум - сургич билан яхшилаб тозаланиши лозим.

Уткир плевра эмпиемаси давоси. Упканинг уткир инфекцион деструкцияси, консервант ёки ярим консерватив муолажалар билан даволаниши лозим. Даво принциплари: 1) плевра бушлигидаги йирингни ёпик эмпиемаларни пункция қилиб чиқишда дренаж қуйиб кейин упкани тиклаш учун 80 мм.см.уст. бесимида вақуумжосил қилинади. Аввал сув ости Бюлау дренажи кенг кулланилар эда. Бронхиал окмалар булса, уларни поролондан пробка қуйиб, вақтинча беркитилади. 2) Микрофлора сезувчанлиги ҳисобга олинган ҳолда катта дозада антибиотиклар тайин этилади. 3) Гемостазни муътадил аҳолига келтириш учун венага оксил, альбумин қилиб препаратлари юборилади.

Интоксикацияни даволаш учун экстракорпорал детоксикация усуллари фойдаланиш (гемосорбция қилиш) яхши натижа беради.

Сурункали эмпиемалар давоси. Плевранинг сурункали эмпиемасида плеврал қилинлиги 1-2 см га боради. Натижада, упка бундай қобик орасидан тикланиш учун имконият қолмайди. Сурункали эмпиема давоси асосида икки принципа: 1) Ковургаларни резекция қилиб, курак деворини ҳаракатчанлигини эвазига плевра қолдиқ бушлигини йукотиш. Бунинг учун торокопластика кулланилади. Шеде таклиф этган интраплеврал торокопластика ҳозир кулланилмай, асосан экстраплеврал торокопаластика, интраэкстраплеврал торокопластика Геллер ва Лимбергнинг нарвон симон торокопластикаси кулланилади. Плевра қолдиқ бушлиги қичик бўлганида Кишнернинг мускул пластикаси кулланилади бронхоплеврал окмаларда бронхларни қон билан таминланиши бузилмаган мускуллар билан томпонада қилинади (Абражанов ташрихи). 2) Упкани қандиклардан тозалаб, уни тикланиши учун шароит яратадиган ташрих - Делормнинг упка декортацияси бажарилади. Патологик узгарган упкани қостал, висцерал плевра ҳамда қандиклар билан бирга олиб ташлаш лозим - плеврапульмон эктомия. Зарур бўлганида эмпиема бушлигининг ҳамма деворлари олиб ташланади - плеврэктомиа.

Асосий адабиётлар

1. Агзамходжаев С.М., Раҳманов Р.Қ., Янбаев Т.А. Хирургик касаллар. Т., Ибн Сино, 1999.
2. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т 2005й
3. Хирургические болезни (Под ред. М.И.Кузина, учеб.лит.для студ.медвузов, - М.,Мед, 2006, - 779с.
4. Орипов У.О. Каримов Ш.И. Қорин бушлиги органларининг шошилиш жарроҳлиги., Т.,1991.
5. Петров С.В. Общая хирургия : Учебное пособие –М.:ГЕОТАР – Медиа, 2007-767с.
6. Частная хирургия. Учебник для медицинских Вузов. Под.ред.Шевченко Ю.Л. Санкт-Петербург.1998. 478 с. (в 2-х томах).

Қушимча адабиётлар.

1. Дадаев Ш.А. Методические рекомендации к практическим занятиям по госпитальной хирургии для студентов 1У курса СамПИ. 1994.1-П том. 187.
2. Под ред.В.С.Савельев 50 лекций по хирургии. Москва. 2004.
3. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского, дополненный. М., 1998.
4. Пучков К.В. «Технология дозированного лигирующего электротермического воздействия на этапах лапароскопических операций». М.:Медпрактик., - 2005, - 175 стр.
5. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебное пособие для мед.вузов-М.:ГЕОТАР – Медиа, 2006-832с.
6. Ш.И.Каримов, Н.Ф.Кротов, З.Ф.Шоумаров «Гнойно-деструктивные заболевания лёгких и плевры» 1996 г.
7. Носков М.О. Хирургическое лечение гнойно-деструктивных заболеваний лёгких. Москва, 2003.
8. Материалы 2-й международной конференции по торакальной хирургии. Москва, 2004 год, 17-19 февраль.
9. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В. Хирургическое лечение абсцессов лёгких, Москва, 2000.

10. Перельман М.И. Хирургия легких и плевры, Москва, 1999.

Электрон адабиётлар

- 1 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб. С компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
- 2 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.с компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, т 2-397с.)
- 3.Клиническая хирургия: национальное руководство 3-х т./ Под.ред. В.С.Савельевой, А.И.Кириенко.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2008.т.1.-864с. + ДИСК.

Мавзу бўйича интернетдаги сайтлар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.doktor.ru>

<http://www.zyonet.uz>