

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

КРУПОЗ ЗОТИЛЖАМ ПЛЕВРИТЛАР

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА МАВЗУСИ

УРГАНЧ-2007

Маруза матни факультет терапия фанидан Тошкент Тиббиёт Академияси
Урганч филиали марказий услубий хайъати томонидан муҳокама килиниб
(баённома №____) ва филиал илмий Кенгаши томонидан тасдикланди
(баённома №____)

МУХ раиси,
Доц.

Джуманиязова З.Ф.

МАЪРУЗА МАКСАДИ: Крупоз зотилжам сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш.

Тарбиявий максадлар: Материални кенг ёритиб бериш йули билан талабаларни шу муаммога кизиктириш, шу касаллик диагностикаси ва даволашдаги охирги янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустакил ишлашга кизиқиш уйғотиш.

Маърузани вазифалари: Ҳранилаётган муаммонинг этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини ҳозирги замон талаби миёиёсида асослаб бериш.

Муаммони долзарблиги: Крупоз зотилжам муаммоси ички касалликлар потологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарғалганлиги, кечишининг ғзига ҳослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг аҳамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани максади ва вазифаси	- 5 минут
Этиология ва патогенези ёритиш	- 15 минут
Классификация ва клиника	- 25 минут
Танаффус	- 5 минут
Беморни курсатиш	- 10 минут
Лаборатор-инструментал диагностика	- 10 минут
Тағтослаш таххиси	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ

Таърифи. Ўткир зотилжам (пневмония) - ўпканинг ҳаво алмашилиши (алвеолалар, оралик тўқима ва қон томирлар тизими) қисмида жойлашган ўткир яллиғланиш жараёни. Бу яллиғланиш бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи ўткир зотилжам инфекцион этиологияли мустақил касаллик бўлиб, кўпинча нафас аъзолари соғлом ва зотилжам чақирувчи касалликлар бўлмаган инсонда ривожланади. Иккиламчи ўткир зотилжам эса аксарият ўпканинг сурункали касалликлари (сурункали бронхит, пневмосклероз, ўпка саратони ва ҳ.к.) жараёнида юзага келади.

Тарқалиши - нафас аъзолари касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касаллик - ҳар минг аҳоли сонига ўртача 6 -18 та касалланиш тўғри келади, аммо грипп эпидемияси даврида кўпроқ учрайди. Ўткир зотилжам ёш танламайди барча ёшда кузатилади, бироқ ёш болаларда ва қарияларда хасталик аксарият оғирроқ ўтади. Иш шароитининг оғирлиги, узоқ муддатда зах ва намда қолиш, совқотиш, чекиш, алкоголь ичимликларни суистеъмол қилиш сабабли эркалар, аёлларга нисбатан, 3 баробар кўпроқ касалланадилар.

Таснифи. Н.С.Молчанов (1962й.) ва О.В.Коровиналар томонидан таклиф қилинган ва касаллик этиологияси, патогенези, клиник-морфологик белгилари, ҳамда кечиш табиатини инобатга олган.

Этиологияси бўйича:

- Бактерияли (пневмококklar, стафилококklar, стрептококklar, Фридлендер таёқчаси, энтерококк, протей, ичак таёқчаси ва бошқалар);
- Вирусли (грипп, аденовируслар);
- Микоплазмали;
- Орнитозли;
- Риккетсияли (Ку-лихорадкасининг ўпка турлари);
- Замбуруғли - кандидозлар, аспергиллёз, кокцидиоз;
- Аллергияли - гижжалар, дорилар, моғор замбурурлари, чанглар.

Патогенези бўйича: бирламчи, иккиламчи:

- Ўпкада қон айланиши ўзгариши билан боғлиқ (жумладан инфаркт пневмонияси);
- Аспирация ва бронхлар эзилиши сабабли;
- Кўкрак қафаси шикастланиши;
- Операциядан сўнг;
- Токсик;
- Термик;
- Септик;
- Сурункали обструктив бронхит қайталаниши (қўзиши) туфайли
- Бошқа иккиламчи зотилжам.

Клиник-морфологик ўзгаришлари бўйича:

Паренхиматозли:

- крупозли
- ўчоқли

Интерстициалли - жойланиши ва тарқалиши бўйича:

Бир томонлама (чап ёки ўнг томонли);

- тотал
- бўлакли
- сегментли
- марказий

Икки томонлама.

Оғирлик даражаси бўйича:

- Ўта оғир;
- Оғир;

- Ўртача оғир;
- Енгил ва аборттив (ўткинчи).

Кечиши бўйича:

- Ўткир;
- Чўзилувчан.

КРУПОЗЛИ ЗОТИЛЖАМ

Таърифи. Крупозли зотилжам - ўпканинг бутун бўлаги ёки унинг 1-2 сегменти зарарланиши, цикл билан кечиши ва жараёнга ўпкани ўраб турган плевра варақаларининг тортилиши (плевропневмонит), ҳамда ўпка алвеолалари ва майда бронхлар сатҳини қопловчи фибринли экссудат ривожланиши билан кузатиладиган касаллик.

Этиологияси.

Инфекцион омиллар: пневмококлар, стрептококлар, стафилакоклар, Фридлендер диплобациллеси, Пфайфер таёкчалари, вируслар ва ҳ.к.

Мойил шароитлар: организмни касалликка қарши курашиш қобилияти сусайиши, узоқ вақт совқотиш, бош мия ва кўкрак қафаси шикастланиши, алкоголь ва тамаки чекишни суистеъмол қилишлик, организмни инфекцияга сезувчанлигининг ошиши.

Патогенези. Касаллик қўзғатувчи омиллар ўпка тўқимасига бронх, қон ва лимфа йўлларида киради. Аксарият микроорганизмлар бронх орқали ўпка илдизи соҳасидан ўпкага киради ва лимфа томирларига ўтиб олдин оралиқ тўқималарда, сўнгра алвеолалараро тўсиқларда яллиғланиш жараёнини содир қилади. Бу ердан инфекция алвеолалар бўшлиғига тушади ва фибринли экссудатни вужудга келтиради. Натижада ўпка зичлашади (қаттиқлашади), ҳавосиз ланади ва унинг «жигарланиши» содир бўлади.

Бу даврда кўп микдорда вирулентли микроблар шикастланган ўпкада йиғилади, бағлам билан ташқарига чиқади, қонга ўтади, шу билан бир вақтда антитаналар вужудга келади. Антитаналар титри маълум даражага етганда, микроблар нобуд бўла бошлайди, балғам ва қонда йўқола бошлайди. Ўпка тўқимасидан протеолитик ферментларнинг ажралиб чиқиши ва фибринли экссудатнинг сўрилиши кучаяди.

Патологик анотомияси. Росмана крупозли зотилжамда ўпка тўқимасида 4 босқич ўзгаришлар аниқланади.

Қуйилиш босқичи - ўпка тўқимасида қизаришлик (гиперемия), яллиғланиш шиши кузатилиб, алвеолалар таркибида эритроцитлар, лейкоцитлар, микроблар ва фибрин толалари бўлган суюқ серозли экссудат йиғилади. Бу босқич 12 соатдан 3 кеча-кундузгача давом этади.

Қизил жигарланиш босқичи - экссудат таркибидаги фибринлар зичланиши, кўп микдорда эритроцитлар, камроқ - лейкоцитлар тўпланиши билан ифодаланади. Ўпка ҳажми катталашади, жигарга ўхшаш қаттиқлашади. Давомийлиги 1-3 кун.

Кулранг жигарланиш босқичи - экссудат таркибида эритроцитлар йўқолиши ўрнига кўп микдорда лейкоцитлар ва фибрин толалари тўпланади, бу ҳолат ўпка тўқимасига кул рангини беради. Ўпканинг яллиғланган қисми қаттиқлашган, катталашган. Давомийлиги 2-4 кун.

Сўрилиш босқичи - протеолитик ферментлар таъсирида фибрин ипчаларининг эриши ва сўрилиши, лейкоцитлар парчаланиши кузатилади, натижада экссудат сўрила бошлайди. Мазкур босқич бошқаларга нисбатан анча узоқ давом этиши мумкин ва унинг давомати яллиғланиш жараёнининг ҳажмига, организмнинг қаршилиқ кучига боғлиқ.

Ўпка зарарланиши билан бир вақтда плевра варақалари сатҳида фибринсимон куйкули йиғилиши билан кузатиладиган плевра ўзгариши вужудга келади.

Клиник кўриниши. Крупозли зотилжам тўсатдан ўткир бошланади.

Шикояти. Хасталик қалтираш ва тана ҳароратининг кўтарилиши (39-40° гача), ҳансириш билан кузатилади. Нафас олганда, аксирганда, йўталганда зарарланган кўкрак қафасида оғриқ кучаяди. Йўтал аввалига қуруқ, кейин ёпишқоқ, 26 кийин ажралувчи

балғам кўчиши билан кузатилади, сўнгра у зангсимон тусга киради. Балғам кўчиши 4-6 кун давом этади. Ўпка тўқимасининг зарарланиш даражасига боғлиқ холда интоксикация белгилари (дармонсизлик, умумий лохаслик, кўп терлаш, кучли бош оғриғи, иштаҳа йўқолиши, кўнгил айниши, қусиш, уйқунинг бузилиши, алахсираш) вужудга келади.

Кўздан кечирганда - бемор аҳволи оғир, юз териси, лунжи соҳасида (симпатик нерв шикастланиши туфайли) кизарган, бурун ва лаб бурмаларига учуқ тошган. Бемор оғрикни камайтириш учун кўпинча шикастланган томонда ётади. Нафас олишда бурун канотлари қатнашади, кўкрак қафаси ҳаракати ўпканинг зарарланган томонида орқада қолади. Бу ҳолат патологик жараёнга плевранинг жалб этилиши билан изоҳланади. Беморнинг нафас олиши тезлашади, юзаки, чунки чуқур нафас олинганда оғрик кучаяди.

Крупоз зотилжамида асосий ўзгаришлар нафас аъзолари, юрак, қон томир ва нерв тизимларида кузатилади. Касаллик клиник 3 босқичда кечади.

Хасталикнинг бошланғич даври - патанатомияда қуйилиш даврига тўғри келади.

- Пайпаслаганда овоз титрашининг кучайиши аниқланади.
- Перкуссияда - бўғиқроқ тимпаник товуш эшитилади.
- Аускултацияда - ўпка тўқимаси эластиклиги ва алвеола деворлари таранглашишининг пасайиши, ҳамда алвеолалар ичида яллиғланиш экссудати тўпланиши туфайли везикуляр нафас сусайган.
- Нафас олиш чўққисида бошланғич крепитация (crepitacio indux). содир бўлади.
- Плевра варақаларининг ишқаланиш шовқини эшитилади.

Касалликнинг шаклланган (авж олган) даври паталогоанатомик қизил ва кулранг босқичига мос келади.

- Пайпаслаганда ўпканинг зарарланган соҳасида товуш титраши кучаяди.
- Перкуссияда бўғиқ товуш ифодаланган (яққоллашган).
- Аускултацияда - ўпка тўқимаси зичлашганлигини кўрсатувчи бронх нафаси эшитилади.

Тузалиш даври - паталогоанатомик сўрилиш босқичи экссудат суюқлаша бошлаши билан алвеолаларга ҳаво кириши натижасида:

- Пайпаслаганда товуш титраши меъерига келади.
- Перкуссияда - бўғиқ товуш пасайиб, билинар-билинемас тимпаник оҳангда яллиғланиш бутунлай сўрилиб кетганда ўпка товуши эшитилади.
- Аускултацияда - бронх нафас сусаяди, кейинчалик везикулар нафасга ўтади, охири даврада крепитация редукс (crepitacio redux) пайдо бўлади, кейинчалик йўқолади, экссудат сўрилиши натижасида майда пуфакчали жарангли нам хирллашлар эшитилади.

Юрак ва қон томири тизимидаги ўзгаришлар микроблар токсинлари таъсирида вужудга келади, юрак мушакларида дистрофик (дегенератив) ўзгаришлар ва вазомотор марказининг шикастланиши натижасида ўткир қон томир етишмовчилиги ривожланади: томир уриши тезлашади, артерия қон босими пасаяди.

Марказий нерв тизимида турли хил ўзгаришлар кўп учрайди: бош оғриғи, уйқусизлик, инжиклик, гоҳида алахсираш ва турли хил галлюцинациялар безовта қилиши мумкин.

Перифирик конда лейкоцитлар таёксимон ва бўғимядроли нейтрофиллар хисобига кўпаяди, лейкоцитар формуласини чапга силжиши миелоцит ва ёш нейтрофиллар пайдо бўлгунча давом этади, эозинофиллар миқдори кескин камаяди ёки йўқолади, ЭЧТ - ортади.

Рентгенда - ўпканинг яллиғланган бўлагига ёки айрим қисмида ўзгаришлар турли туман ва касаллик босқичига боғлиқ бўлиб, ўпка тасвирининг кучайганлиги ва ўпка илдизи соясининг кенгайганлиги аниқланади.

Балғам таркибида эритроцит ва лейкоцитлардан ташқари диплококк, пневмококклар ва фибрин толалари борлиги аниқланади. Балғамни экиб антибиотикларга нисбатан микрофлора сезгисини аниқлаш керак.

Кечиши - замонавий даволаш усуллари натижасида крупоз зотилжамнинг классик турлари ҳозирги кунда кам учрайди. Аксарият юқори тана ҳарорати 1-3 кун туради ва тўсатдан «критик» ёки «литик» пасаяди. Касалликни ўзи енгил ўтади. Лекин қон ўзгаришлар аста-секинлик билан барқарорлашади.

Асоратлари:

Хасталикнинг чўзилувчан кечиши ва сурункали бронх ўпка касалликлари ривожланиши. Чўзилувчан кечишининг асосий сабаби специфик ва носпецифик химоянинг бузилиши, яъни макроорганизм реактивлигини ўзгаришидир. Бу тушунча Т ва В иммунокомпетентли Т ва В хужайралар фааолиятининг пасайишини, иммуноглобулинлар синтезинин сусайишини, комплемент тизимининг заифлашишини, фагоцитоз камайишини ўз ичига олади. Буларнинг ҳаммаси макроорганизмнинг инфекцияга қарши химоясини камайтиради ва яллиғланиш ўчоғини «чўзилиб» хал бўлишига шароит туғдиради.

Ўпка абсцесси ва гангренаси аксарият зотилжам касаллигида сенсibiliзациялашган ёки турли хил касалликлар (қандли диабет, подагра, захм, сил) таъсирида заифлашган организмда вужудга келади. Бундай ҳолатларда ўпкадаги яллиғланиш жараёни шиддатли гиперергик яллиғланиш кўринишида ўта ўткир кечади, натижада ўпка тўқимасида чириш жараёни содир бўлади. Ўпканинг йирингли касалликлари кўпинча крупозли зотилжамнинг авж олган ёки охирида даврида ривожланади. Касалликнинг клиник манзарасида беморнинг умумий аҳволи қайтадан оғирлашади, тана ҳарорати қайта кўтарилади ва қалтираш билан кузатилади, кўп миқдорда қўланса ҳидли балғам ажрала бошлайди. Аускултацияда олдин кузатилмаган жарангдор нам хириллашлар эшитилади. Ўпка абсцесси ташхисини аниқлашда рентген ва балғам текширишлари муҳим аҳамиятга эга.

Парапневмоник ва метопневмоникли экссудатли плеврит. Крупозли зотилжамда қуруқ плеврит ҳамроҳ касаллик асоратга кирмайди. Аммо серозли-фибринозли ёки йирингли плеврит крупоз зотилжамининг оғир асоратларидан ҳисобланади ва касалликнинг охирида кузатилади. Рентген текшируви плевра варақалари оралиғида суюқлик борлигини кўрсатса, плеврани пункция қилиш эса ишончли маълумотларни беради.

Ўпка шиши - юрак мушаклари ва қон томирлари деворларининг заифлашиши натижасида ривожланади. Бемор аҳволи жуда оғирлашади, ҳансираш пайдо бўлади, ҳаво етишмаслик ҳисси ва йўтал кучаяди, кўпиксимон балғам ажаралиши кузатилади. Бемор юзи бўзаради, юрак товушлари бўғиқлашади. Томир уриши тезлашади, тўлалиги камаяди. Артериал қон босими пасаяди. Бемор нафас олиши тезлашади, нафас шовқинли, узок масофадан эшитилиб туради. Аускултацияда ўпкада кўп миқдорда ҳар хил калибрдаги нам хириллашлар эшитилади.

Ўткир томир ва юрак етишмаслиги - ўпкадан ташқаридаги асоратлардан ҳисобланади. Бу асоратлар кенг тарқалган яллиғланиш жараёнларда, беморни кечикиб касалхонага ётқизилганда, даволаш ишларининг самарасизлигида, кўпинча сурункали юрак-томир тизими хасталикларида (ЮИК, юрак нуксонлари, хафаконлик) вужудга келади. Ўткир қон томир етишмовчилиги (коллапс)да беморнинг умумий аҳволи тўсатдан ёмонлашади, беҳоллик, қулоқ шанғиллаши, кўз олдида қоронғулик, тери рангининг бўзариши, терлаш вужудга келади. Бу ҳолатда томир уриши тезлашади, ипсимон; артериал қон босими пасайган, юрак товушлари бўғиқлашган бўлади.

Крупозли зотилжамнинг атипик турлари.

Марказий зотилжам - яллиғланиш жараёни ўпканинг чуқур жойида, кўпинча хилусда жойлашади ва ўпканинг юза қаватига ҳеч қайси ердан яқин келмайди, натижада перкуссия, аускултация маълумотлари пневмонияни аниқлаш имконини бермайди. Юқори тана ҳарорати, ифодаланган балғам, лейкоцитоз, хансираш, лаб ва бурун учларидаги учук беморда крупозли зотилжамга гумон туғдиради. Фақат рентген маълумотлари аниқ ташхис қўйишга имкон беради.

Катта ҳажмдаги (массив) зотилжам - перкуссияда ўпканинг 2-3 бўлагини эгаллаган катта ҳажмдаги ва ифодаланган бўғиқ товуш, аускултацияда нафас эшитилиши, заиф ёки мутлақо эшитилмаслиги, хириллашлар ва крепитацияларнинг йўқлиги билан ажралади ва экссудатли плевритни эслатади. Лекин бўғиқ товуш плевритга нисбатан кичик ҳажмда, кўкс оралиги аъзоларининг қарама қарши тарафга силжиши жуда кам ифодаланган.

Ареактивли (астеник) пневмония - кўпроқ қарияларда, юрак-қон томир тизими, буйрак, жигар касалликларида, кахексияда учрайди. Организм реактивлигининг заифлашиши туфайли касаллик аста-секин ривожланади: дармонсизлик, деярли юқори бўлмаган тана ҳарорати, иштахани йўқолиши кузатилади. Беморнинг қон томир уриши ва нафас олиши тезлашади. Перкуссияда деярли ифодаланмаган бўғиқ товуш, аускултацияда аниқ бўлмаган кучсиз бронх нафаси ва крепитация эшитилади. Нам хириллашлар оддий зотилжамга нисбатан кам миқдорда ва кам жарангликда эшитилади. Қон синамасида лейкоцитлар миқдори деярли ўзгармаган ёки озгина камайган, ЭЧТ ошган бўлиши мумкин. Ташхисни тасдиқлаш учун рентген текширувларини ўтказиш тавсия қилинади.

Дайди зотилжам - яллиғланиш жараёни бирламчи зарарланган жойдан соғлом қўшни соҳага ўтиши (ўпканинг юқори бўлагидан пастки бўлагига ёки аксинча) билан ифодаланади. Яллиғланишнинг янги соҳага ўтиши бирламчи қисмдан яллиғланиш жараёнининг сўрилиш даврида содир бўлади. Шунинг учун бундай зотилжамлар узок давом этиши билан фарқланади.

ТАШХИСИ.

Крупозли зотилжамнинг типик ҳолларида касалликни ўткир бошланиши, характерли клиник кўриниши, лаборатория ва рентген маълумотлари ташхисни аниқлашда асосий ўринни эгаллайди.

ҚИЁСИЙ ТАШХИС.

Крупозли зотилжамни ўткир бронхит, қайталанган сурункали бронхит, учоқли зотилжам, экссудатли плеврит, оғизсимон сил зотилжами, ўпка абцесси ва инфаркти билан қиёсланади.

- **Ўчоқли қўшилган (сливной) зотилжамдан** фарқи крупозли зотилжам ўткир бошланади. Ўчоқли зотилжамда эса касалланишдан олдин бронхит белгилари намоён бўлади. Бундан ташқари бронх нафаси, зангсимон балғам, бурун ва лаб четларидаги тошмалар, юқори нейтрофилли лейкоцитоз, пешобда уробилин, қонда фибриноген миқдорининг кўпайиши кўпроқ крупозли зотилжамга тааллуқлидир.

- **Экссудатли плевритда, катта ҳажмли крупоз зотилжамдан** фарқи, овоз дириллаши, бронх нафаси ва лейкоцитозлар кузатилмайди; кўкс оралиги аъзолари қарама қарши томонга силжийди, рентген текшируви ва плевра пункцияси плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқ кўрсатади, гемограмма одатда ўзгармайди.

- **Оғизсимон сил зотилжами** билан крупоз зотилжамининг умумий белгилари (тана ҳароратининг кўтарилиши, ўпканинг юқори бўлаклари зарарланиши, интоксикациянинг ифодаланганлиги, зангсимон балғам, бронх нафаси, нам хириллашлар) ўхшаш. Кўкрак қафасини рентген текширувлари, балғамда Кох таёқчасининг топилиши ва умумий антибиотиклар давосининг самарасизлиги оғизсимон силни тасдиқлайди. Крупоз зотилжам носпецифик даво воситалари таъсирида 1,5 ҳафта ичида тузалса, сил жараёни специфик даво таъсирида ҳам бундай тезликда тузалмайди.

- **Ўпка инфарктида** кўкрак қафасидаги оғрик, қон аралаш балғам ажралиши, перкутор товушни бўғиқлашганлиги, аускултацияда дагал везикуляр ёки бронх нафаси, жарангли нам хириллаш, плевранинг ишқаланиш шовқининг эшитилиши крупоз зотилжамни эслатади. Бундай ҳолатда рентген текшируви тўғри ташхис қўяди.

ДАВОЛАШ. Ўткир зотилжам билан оғриган беморлар давоси ҳозиржавобли ва комплексли бўлиб, ўз ичига кун тартибини, рационал овқатланиш режасини, фармако- ва физиотерапияни олади. Даволаш тадбирлари қўзғатувчи омилни ва инфекция орқали вужудга келган интоксикацияни бартараф этишга қаратилган. Мазкур тадбирларнинг асосий вази фалари - яллиғланиш реакциясини йўқотиш, ўпка дренаж фаолиятини тиклаш, организмнинг иммунбиологик реактивлигини ва симптоматик воситалар таъсирини оширмоқлик

- **Антибактериал даво** - асосий даволаш усули ҳисобланади. **Антибиотиклар.** Касалликни қўзғатувчи омилни ва уни антибиотикларга сезучанлигини аниқлаш учун аввал балғам экилади. Граммусбат микроблар (диплококклар, пневмококклар, стрептококклар) зотилжами пенициллин билан яхши даволанади (ҳар 4-6 соатда 0,5-1,0 г. дан мушак ичига юборилади).

Касалликнинг оғир, айниқса стафилококкли ва пенициллинга чидамли турларида ярим синтетик пенициллинлар - метициллин (ҳар 4-6 соатда 1 г мушак орасига), **эритромицин** (таблеткада бир кунда 3-4 маҳал 250 мг дан овқатдан сўнг), **оксациллин** (0,25-0,5 г мушак ичига), **цефалоспоринлар** (цефамизин, кефзол бир кунда 1-2 г дан 2-3 маҳал мушак ёки вена ичига), **линкомицин** (ичишга 0,5 г дан 3 маҳал ёки мушак ичига 60 мгдан 1 кунда 2 марта), **олеандомицин ва сигмамицин** (0,25 г таблеткада кунига 4-6 марта), **клокс** (капсулада 250-500 мг дан кунига 1-2 г дан овқатланишдан 1 соат олдин). Грамманфий микроблар зотилжамларида **ампициллин** (ичига 0,5г дан 4-6 марта), **гентамицин**, Фридлендер бацилласи ва Пфейфер таёкчаси зотилжамида **аминогликозидлар** (стрептомицин 500 мг дан 2 марта кунига, канамицин 0,5 г кунига 1 марта, гентамицин 4-8 мг 2-3 марта кунига мушак оралиғига) ишлатилади. **Орнитоз вируси, Бернет риккетсияси, микоплазмалар** зотилжамида **тетрациклин** (0,25-0,5 г дан кунига 4 маҳал), **метациклин** (рондомицин, капсулада 0,3 г дан 2 марта кунига) буюрилади.

Замбуруғли ва кандидозли зотилжамларда антибиотиклар билан леворин, нистатин, артотериқин ва амфоглюкамин тавсия қилинади.

Турли хил этиологик шаклларидаги зотилжамда ичига цефрадур (5000 мг дан кунига 2 марта), таривид (1 таб. леткадан 2 маҳал), мушак орасига азактам (озтреонам 500 мг дан 2 марта), цефатрексил (цефапирин 500 мг дан кунига 4 марта) қабул қилинади.

- **Сулфаниламидлар** (сулфадимезин, этазол, метилсул фазин) касаллик бошланишида 1 марта зарбали доза 2 г, кейин 1 г дан ҳар 4 соатда тана ҳарорати пасайгунча ва интоксикация камайгунча, қолган кунларда 1,0 г дан ҳар 6 соатда) ичига юборилади. Бутун даволаш даврининг умумий дозаси 24-28 г. Таъсир даври узайтирилган сулфаниламидлар (сулфадиметоксин, сулфамонометоксин 1,0 г дан 1 маҳал, бактрим-бисептол 480 ёки сулфатрим 2 таблеткадан 2 марта ичилади).

- **Яллиғланишга қарши:** аспирин 0,5 дан 2-3 марта, амидопирин 0,25 г дан 3-4 марта, бутадон 0,15 дан 2-3 маҳал; ичилади.

- **Интоксикацияга қарши:** реополиглюкин, гемодез, гидролизин, аминопептид, желатинол 200-400 мл томир ичига томчилаб юборилади.

Бронх йўли ўтказувчанлигини ва дренаж фаолиятини яхшилаш.

- Бронхспазмни йўқотувчилар: атропин, эуфиллин, ад реналин, бронхолитин.
- Балғам юмшатовчи ва ажратувчилар: калий йод, му калтин, бромгексин.
- Бронхларни тозаловчилар: дезоксирибонуклеаза, гиалуронидаза.
- Лизоцим фаоллигини оширувчи: аксерофтол.

Макроорганнизмни ҳимояловчи иммун механизмларини тиклаш:

- Бактерияли иммунмодуляторлар: пирогенал, продигиозин, бетин, анабол, салмозан.
- Тимус препаратлари: тимозин, тималин, Т-активин.

ФИЗИОТЕРАПИЯ.

Аэрозол оркали антибиотиклар, сулфониламидлар ва асептик воситалари юборилади, яллиғланишни йўқотувчи ва ўпканинг дренаж фаолиятини оширувчи.

ФМТ, СМТ, ИКВ, ултратовуш қўлланилади.

Кўкрак қафасини уқалаш.

ХАЛҚ ТАБОБАТИ ВОСИТАЛАРИ.

Балғам юмшатувчи ва кўчирувчилар.

- Майдаланган 1 ош қошиқ (10 г) арпабодиён мевасини термосга солиб, 0,5 л қайноқ сув қуйилади кечаси билан димлаб қўйилади. Бу дамламадан овқатдан 20 дақиқа илгари илиқ ҳолда 1/2 стакандан кунига 3 марта қабул қилинади.

- 15 г оодалдирмоқ (кўка) япроғини 1 стакан сувда 5 дақиқа қайнатилади, сузилади ва ҳар 3 соатда 1 ош қошиқдан ичилади.

- 1 чой қошиқ гулхайри гули устига 1 стакан қайноқ сув қуйиб 1-2 соат дамлаб қўйилади, сузилади. Илиқ ҳолда 1 чой қошиқдан кунига 3 марта истеъмол қилинади.

Яллиғланишга қарши воситалар.

- Сирли кастрюлга 1 стакан сут ва 1 ош қошиқ майдаланган доривор моврак барги солинади. Идиш билан бекитилиб, аралашма қайнатилади, тиндирила ди, сузилади, сўнгра яна иситилиб уйқудан олдин ичилади.

- 1 ош қошиқ тоғ райхони, 2 ош қошиқдан оққалдирмоқ япроғи дорихона мойчечаги, ледум ўти олиниб, майдаланади, 2 ош қошиқ майдаланган аралашмага 500 мл қайноқ сув солинади 10 дақиқа қайнатилади, 30 дақиқа дамланади, сузилади ва илиқ ҳолда 1/3 стакандан 3 маҳал овқатлангандан сўнг қабул қилинади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ.

- Ташқи муҳитни тозалаш.
- Касбий зиёнликлардан ҳимоя қилиш.
- Бадантарбия.

ПЛЕВРИТЛАР

ТАРИФИ. Плеврит - плевра варақаларининг яллиғланиши бўлиб, плевра сатҳида фибринсимон налет содир бўлади ёки унинг бўшлиғида экссудат йиғилади. У одатда иккиламчи касаллик - ўпкадаги кўпгина патологик жараёнларнинг ёки кам ҳолларда плевра бўшлиғига яқин турувчи бошқа орган ва тўқималар (кўкрак қафаси, кўкс оралиғи, диафрагма, диафрагма ости майдони) касалликларнинг синдроми ёки асорати ҳисобланади. Бирламчи плеврит жуда кам учрайди ва шикастланиш ёки плевра мезотелиомаси оқибати ҳисобланади. Куруқ (фибринсимон) ва экссудатли (нам) плевритлар фарқланади.

ТАРҚАЛИШИ. Плевритлар умум ўпка касалликларини 3,8-6,5 фоизини ташкил қилади, шундан 1,2-3,0 фоизи пара-пневмоник ва метапневмоникли плевритлар.

ЭТИОЛОГИЯСИ. Плевритлар юқумли ва юқумсиз (асептик) бўладилар.

- Юқумли плевритлар специфик (сил микобактериялари, заҳм спирохеталари) ва носпецифик кўзғатувчилар (пневмококklar, стафилококklar, ичак таёкчалари, вируслар, замбуруғлар ва бошқа микроблар) таъсирида вужудга келади.

- Асептик плевритлар кўкрак қаватининг ёпиқ шикастланишида, плевра варақалари орасига қон қуйилганда, ўпка инфарктида, меъда ости беzi ферментларининг таъсирида (панкреатит), плевранинг хавфли ўсмаси билан жароҳатланишида (карциноматозиди), бириктирувчи тўқимасининг системали касалликларида (ревматизм, коллагенозларда), буйрак ва жигар хасталикларида кузатилади.

ПАТОГНЕЗИ.

- **Контакт йўли.** Юкумли плевритларда касаллик қўзғатувчи омилларнинг плеврага бевосита кириши субплеврал жойлашган ўпка тўқимаси ўчоқлари (зотилжам, абсцесс, бронхоэктазлари, ўпка сили) орқали ривожланади.
- **Лимфа йўли** орқали инфекциянинг тарқалиши - тўқима суюқлигининг ретроградли оқими катта аҳамиятга эга.
- **Қон йўли** билан инфекцияни плеврага тарқалиши деярли аҳамиятга эга эмас.
- Кўкрак қафасининг очик шикастланишида ва операцияларда микроорганизмлар ташқи муҳитдан плеврага бевосита тушиши мумкин.

Плевритнинг баъзи бир турлари патогенезида, шахсан сил касаллигида, патологик жараён таъсирида организмнинг сенсбилизациялашиши натижасида оз миқдордаги инфект тезликда тарқалган экссудатни вужудга келтиради (инфекцион - аллергияк плеврит).

Бластоматозли плеврит ривожланишида лимфа тугунлари ва томирларининг ўсма метастазлари билан қамал қилиниши аҳамиятли. Яллиғланиш доимо зарарланган плевра капиллярлари деворининг ўтказувчанлигини ошиши билан кузатилади.

Фибринсимон (курук) плевритда озгина экссудат йиғилиши ва унинг коникарли оқиши кузатилади, натижада экссудатнинг суюқ қисми қайта тўла сўрилиб, плевра пардалари сатҳида фақат экссудатли чўккан фибрин қолади. Экссудатли плевритда париетал плевранинг яллиғланиш инфильтрацияси, унинг сатҳидаги фибринсимон суртмали чўкмалар ҳамда плевра ичидаги юқори босим плевра люклари орқали кўкрак қафасидаги лимфа системасига суюқлик оқишини кескин бузади ва экссудат йиғилишини вужудга келтиради. Соғайиш даврида экссудатнинг суюқ қисми сўрилади, фибринсимон чўкмалар эса плевра швартларини ва чандиқларини вужудга келтиради.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ. Курук плевритда плевра қалинлашган, кизаринкираган кўринади. Плевранинг ўзгарган сатҳига фибрин йиғилади ва у ғадир-будур бўлиб қолади, қайтадан сўрилиши натижасида чандиқлар ҳосил бўлади. Экссудатли плеврит плевра бўшлиғига суюқлик йиғилиши билан ифодаланади.

ТАСНИФИ. 1984 йилда қабул қилинган Путов ишчи таснифи патологик жараён этиологиясини, характери (табиатини), суюқлик борлигини, жойлашишини, кечишини ҳисобга олади.

- **Этиологияси бўйича** юкумли ва юкумсиз (асептик) плевритлар фарқланади. Юкумлилари қўзғатувчи омил турига, асептиклари эса касаллик характериға қараб (шикастли, карциноматозли, ревматикли ва ҳоказо) бўлинадилар.
- **Яллиғланиш экссудати табиатига кўра:** фибринсимон (курук), серозли, қонли (геморрагик), йирингли, эозинофилли, хилезли турларға ажралади.
- **Касалликнинг кечиши бўйича** ўткир, ярим (ўртача) ўткир, сурункали турлари тафовут қилинади.
- **Жойлашувига кўра** диффузли (тотал) ва чегараланган (халтачасимон) бўлади.

Зотилжам билан биргаликда ривожланган плевритга парапневмонияли ва зотилжамнинг тузалиш даврида вужудга келганиға - метапневмонияли плеврит деб ном берилган.

ҚУРУҚ ПЛЕВРИТ.

Клиник кўриниши. Касаллик тўсатдан бошланади.

Шикоят.

• **Асосий белгиси оғрик.** Кўкрак қафасининг шикастланган тарафининг олдинги ва ён бош соҳаларида жойлашади. Кўпинча бўйинға ва елкаға қараб тарқалади. Чуқур нафас

олганда, йўталганда, кучанганда, соғ томонга энгашиганда кучаяди, жароҳатланган томонга ён бошни босиб ётганда камади.

- **Йўтал** куруқ ёки жуда кам миқдорда балғам ажралиши билан кузатилади.
- Яна эт жунжикиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, беҳоллик, лоҳаслик, иштаха пасайиши безовта қилади.

Кўздан кечирганда тери қопламлари бўзарганлиги, лаб кўкариши, нафас олишнинг тезлашганлиги, юзакилиги, кўкрак қафасининг нафас ҳаракатидан орқада қолиши қайд қилинади.

Пайпаслаганда зарарланган томонда мушаклар оғриши ва таранглиги аниқланади.

Перкуссияда ўпка тўқимасида инфильтрация бўлмаса ўзгариш кузатилмайди.

Аускултацияда хасталикнинг асосий белгиси - плевранинг ишқаланиш шовқини аниқланади. Везикуляр нафас яллиғланиш соҳасида сусайган.

Рентгент текширишида диафрагманинг юқори туриши ва нафасдаги ҳаракатининг чегараланганлиги аниқланади.

Қон синамасида одатда ўзгаришлар кузатилмайди, кам ҳолларда нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортади.

Кечиши. Куруқ плеврит ёшларда енгил кечади, одатда 1-3 ҳафтада соғайиш билан тугайди. Гоҳида ўпкада сил жараёнининг фаоллигини тасдиқловчи рецидивлар кузатилиши мумкин. Плевра бўшлиғига суюқлик йиғилса, куруқ плеврит экссудатли турига ўтади.

Ташхиси. Кўкрак қафасида чуқур нафас олганда ва йўталганда кучаядиган оғриққа, плевранинг ишқаланиш шовқинига асосланиб қўйилади.

Қиёсий ташхиси. Куруқ плеврит крупозли зотилжам, спонтанли пневмоторакс, қобирғалар аро невралгия, нейромиозитлар, перикардит, қорин бўшлиғининг ўткир касалликлари (ўткир холецистит, аппендицит) билан фарқланади. ҚУРУҚ плеврит чап томонда бўлганда уни стенокардия ва миокард инфарктидан ажратиш керак. Ташхис касалликнинг клиник манзарасига, ЭКГ ва лаборатория белгиларига қараб қўйилади. Куруқ плеврит диафрагманинг усти соҳасига жойлашганида диафрагма ости абсцесси ёки аппендицитдан фарқлаш керак. Таккосслаганда оғриқнинг нафас олиш билан боғлиқлиги, тана ҳароратининг ва қон синамасининг деярли ўзгармаганлиги, плевранинг ишқаланиш шовқинининг эшитилиши куруқ; плевритни тасдиқлайди. Кўкс оралиғи плеврасининг яллиғланишида плевра ишқаланиш шовқинини перикарднинг ишқаланиш шовқинидан фарқлаш керак. Перикард шовқини юракнинг маромли қисқариши билан боғлиқ бўлса, плевранинг ишқаланиш шовқини эса нафас олиш билан боғлиқдир.

Қобирғалараро невралгиядан ва миозитдан фарқи куруқ плевритда соғ томонга энгашиганда, яллиғланган плевранинг чўзилиши ҳисобига оғриқ кучаяди. Қобирғалар орасини пайпаслаганда миозитда ва невралгияда оғриқ кучли, куруқ плевритда эса ўртача.

Оқибати. Асосий касалликнинг даволаш самарадорлигига боғлиқ, яқуни асосан ижобий.

Давоси. Куруқ плеврит иккиламчи жараён бўлганлигидан муолажалар асосий хасталик (ўпка сили, ўткир зотилжам, ўпка абсцесси, ревматизм ва бошқалар)ни тугатишга қаратилган бўлиши керак. Даволаш воситалари оғриқни ва йўтални йўқотишга йўналтирилади. Бунинг учун аналгин ёки амидопирин кунига 2г, бутадион 0,45г, аспирин 2-3г, пиразолон қаторидаги препаратлар (индометацин 0,025г 3-4 марта), глаувент (0,05г 2-3 марта), тусупрекс (0,01-0,02г 3-4 марта).

Физиотерапия воситалари - кўкрак қафасида тон ва лимфа айланишини яхшилаш ва оғриқни камайтириш мақсадида зараланган тараф терисини «соллюкс», Минин лампаларида нурлантирилади, ультрабинафша (УВ) нурлари кучсиз эритемали дозада таъсир қилдирилади. Тана ҳарорати пасайгандан кейин кальций, йод, новакаин, салицилат электрофорези берилади. Яллиғланиш соҳасига ЭП-УВЧ, индук-тотермия, дециметр ва

сантиметрли диапазонда электромагнит тўлқинлари, ҳамда плевра чандиклари содир бўлишининг олдини олиш мақсадида даволаш нафас машқлари ва кўкрак қафасини уқалаш буюрилади. Санатория даволари қуруқ иқлимли маҳаллий чўл туманларида ўтказилади.

ЭКССУДАТЛИ ПЛЕВРИТ

Клиник кўриниши. Экссудатли плеврит ривожланишида 3 давр фарқланади: Суюқлик йиғилиши (экссудация), барқарорлашиши ва суюқлик сўрилиши (резорбция). Касаллик кўп ҳолларда ўткир, баъзида секин-аста бошланади.

Шикоят. Плевра бўшлиғига суюқлик йиғилишининг бошланғич даврида ёнбошда санчикли оғриқ, қуруқ йўтал, ҳарорат кўтарилиши безовта қилади. Суюқлик тўпланиши ортиб борган сари оғриқ ва йўтал камайиб бориб, хасталикнинг барқарорлашиш даврида мутлок йўқолади. Бу вақтда бемор ёнбошда оғирлик ҳисси сезилади, ҳансираш кучайиб боради, баъзи беморларда умумий заҳарланишнинг ифодаланган белгилари (бош оғриғи, кўнгил айниши, қайт килиш, беҳоллик, лоқайдлик, иштаханинг пасайиши) кузатилади.

Кўздан кечириш: кўкрак қафаси асимметрик - суюқлик йиғилган томон ҳажми пастки ёнбош соҳада бирмунча катталашган, нафас олганда орқада қолади. Қовурғалараро бўшлиқ кенгайган ва текислашган.

Палпацияда товуш титраши суюқлик йиғилган жойда жуда сусайган, гоҳида умуман аниқланмайди.

Перкуссия.

- Экссудат устида бугик товуш аниқланади. У ҳамма вақт орқа ва култик остида жойлашади. Бўғиқ товушнинг юқори чегараси умуртқа поғонаси бўйлаб юқорига кўтарилади. Бўғиқ товушнинг юқори чегараси Дамуазо эгри чизиғида ҳосил бўлади. Суюқлик плевра бўшлиғининг ён қисмида тўпланади. Кейинчалик у плевра ёриғидан юқорига ва ён томонга ёйсимон кийшиқ чизик; ҳосил килиб тарқалади.

- Соғлом томонда умуртқа поғонаси бўйлаб кўкс оралиғи аъзоларининг силжиши ҳисобига бўғиқ товуш майдони - Раухфус - Грокк учбурчаги кузатилади.

- Шикастланган томонда умуртқа поғонаси ва экссудат (Дамуазо чизиғи) орасида экссудат билан сиқилган ўпка соҳасида бўғиқлашган тимпаник товуш (Горлянд учбурчаги) аниқланади.

Аускултация.

- Экссудат ўрнида нафас шовқинлари сусайган, агар суюқлик кўп бўлса мутлақо эшитилмайди.
- Экссудат чегарасидан юқорида сиқилган ўпка ўрнида бронх нафаси эшитилади.
- Соғлом томонда силжиган кўкс аъзолари соҳасида нафас шовқинлари эшитилмайди.

Рентген текширишлари ўпканинг куйи соҳаларида устки чегараси қийшиқ жойлашган ва кўкс оралиғининг соғлом томонга силжиши билан кузатиладиган катта кора доғни аниқлайди; бемор ҳолатини ўзгариши соя конфигурациясини ўзгартиради. Кичик ҳажмдаги (300 мл дан кам) суюқликда рентгенограмма патологияни аниқлай олмаслиги мумкин.

Ультратовуш (УТ) текшируви суюқлик жойланишини аниқ кўрсатади.

Қонда деярли кўп бўлмаган лейкоцитоз, баъзида эозинофилия, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Махсус диагностика муолажалари.

- Плевра бўшлиғида суюқлик борлиги аниқлангач плеврага игна санчиш (пункция) тавсия қилинади.

- Суюқликни чиқариш ва ҳажмини ўлчаш лозим ва бир қисмини лаборатория текширувига юборилади.

- Лаборатория текшируви: умумий оксил миқдори, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигини, центрофуглангандан сўнг чўкмани цитологик ва бактериологик тек-шириш, глюкоза ва амилазани миқдори аниқлаш.

- Плевра пункциясини бошланғич даврида биопсия текширувини ўтказиш.

Ташхиси. Бемор шикоят (ёнбошдаги санчикли оғрик, йўтал, ҳарорат кўтарилиши, ҳансираш), физикал белгилар (товуш титрашининг пасайиши ёки йўқолиши, перкутор товушнинг бўғиклашгани, нафас шовқинларининг эшитилмаслиги), рентген маълумотлари (юқори чегараси кия бўлган қора доғ) асосида аниқланади.

Қиёсий ташхиси. Лаборатория маълумотлари плевра суюқлигининг этиологиясини аниқлашга ёрдам беради.

- Лаборатория текширувлари экссудат ва транссудатни фарқлашда аҳамиятли.

Экссудатни тасдиқловчи лаборатория маълумотлари қуйидагилар:

- Суюқликнинг нисбий зичлиги 1018 дан баланд.
- Оксил миқдори 3 г/фоиздан (2%) кўп
- ЛДГ фаоллиги юқори.
- Риволт синамаси мусбат.
- Плевра суюқлиги таркибида кўп миқдорда қон бўлса ўсма, ўпка инфаркти ёки кўкрак қафасининг шикастланишидан дарак беради.
- Суюқликда амилаза ферментининг фаоллиги баланд бўлса, меъда ости беши касаллигида кузатилади.
- Лимфоцитлар сони ҳаддан зиёд бўлса - сил ёки ўсма, нейтрофиллар кўплиги зотилжам, абсцесс ривожланишидан далолат беради.
- Атипик хужайралар топилса - ўсма борлигини кўрсатади.

Кечиши асосий касалликка боғлиқ ҳолда ўткир, ярим ўткир сурункали бўлади.

Инфекцион - аллерик, шу жумладан, сил плевритида экссудат 2-4 ҳафта давомида сўрилиб кетиши мумкин. Баъзи ҳолларда экссудатли плевритдан кейин плевра бўшлиғида чандиклар ривожланиши, плевра варақаларининг бир-бирига ёпишиши натижасида кўкрак қафаси шаклини бузувчи ва ҳаракатини чегараловчи плевропневмоцирроз вужудга келиши аниқланади. Касалликнинг энг оғир кечиши қўшни аъзоларга ёрилиб, оқма ҳосил қиладиган йирингли плевритларда кузатилади. Бўлақлар аро халталанган плеврит одатда оғриксиз кечади, чунки бунда паринтал варақа жараёнга қўшилмаган бўлади.

Давоси. Мазкур патологик жараённи вужудга келтирувчи касалликларга фаол таъсир килувчи омилларни ўз ичига олади.

- Парҳез таомлар витаминларга ва оксилларга бой бўлиши керак.
- Чекишни кескин чеклаш керак.
- Инфекцион-аллергияли плевритда антибактериал (антибиотиклар, сульфаниламидлар), десенсибилизацияловчи (супрастин, тавегил, тиосульфат-натрий).

- Саратон этиологияли плевритда кимётерапия.

- Сил этиологияли плевритда силга қарши воситалар тавсия қилинади.

- Плевра бўшлиғига кўп суюқлик йиғилса ва у кўкс оралиғи аъзоларини соғлом томонга силжитиб, нафас ва қон айланиши бузилишини вужудга келтирса, ҳамда экссудат сўрилиши кузатилмаса плевра пункция қилинади, экссудат олиб ташланади, сўнгра бўшлиқ антисептик аралашма билан ювилиб тозалангач, плевралар орасига антибиотик юборилади.

- Заҳарланишда (интоксикацияда), ифодаланган ҳансирашда, юрак фаолияти бузилишида томир ичига плазма ўринбосари эритмалари (реополиглюкин), кислород (оксиген) ингаляцияси, юрак гликозидлари қўлланилади.

- Оғрикни камайтириш мақсадида кўкрак қафасига банка, хантал варақаси, иситувчи компресслар, йод тўридан фойдаланилади.

Физиотерапия воситалари - соллюкс, маҳаллий иситгич лампалар ваннаси, УВЧ, ультратовуш, ҳамда кальций, йод, панкреатин электрофарези, индуктотермия.

Санатория ва курорт даволари маҳаллий мослашган санаторияларда йилнинг иссиқ ойларида қўлланилади.

Прогнози (оқибати) хасталикни вужудга келтирган асосий патологик жараёнга, ҳамда нафас ва қон айланиш тизими ҳолатига боғлиқ.

Профилактикаси- плевритни содир қилувчи касалликларни олдини олиш, ўз вақтида ташхис қуйиш ва сифатли даволашдан иборат.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР :

Бемор 41 ёшда. Совук қотишдан кейин кукрак қафасининг унг томонида огрик, кескин умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг 39°C калтирал билан, бош огриши, бугимлардаги огриклар безовта кила бошлади. Уйда аналгетиклар ва иситма туширувчи воситалар қабул қилган. Аҳволи яхшиланмади. 5 кун кейин йутал ва кам микдорли балгам ажрала бошлади, шиллик-йирингли ҳаркаторда, гоҳида зангсимон балгам. Тана ҳарорати пасаймади, кукрак қафасдаги огриклар кучайди. Бемор яшаш жойи шифокорига мурожат қилди. Кукрак қафас рентгенографияси қилинди – унга упка пастки булагиди интенсив сояланиш аниқланди. Бемор унг томнлама пастки булак пневмонияси билан касалхонага ётқизилди.

Объектив – аҳволи уртаа огирликда. Ҳушида. Тери қаватлари рангпар, лаблар цианози. Нафас актида бурун қанотлари иштирок этади. Лабларда герпетик тошмалар бор. Кукрак қафас қурилганда нафас актида унг томон нафас олишда орқада қолади. Перкутор – аниқ упка товуши, унг упка пастки булақларидаги бугиклашган упка товуши тулик бугиклашади. Аускультацияда унг упка пастки булақлари устида бронхиал нафас ва жарангдор нам майда пуфакчали хириллашлар эшитилди.

1 Сизни тахминий ташхисингиз

2 Қушима қайси текшириш усуллари керак булади ташхисни тасдиқлаш учун

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу бўйича мультимедияда слайдлар, рентген суратлари қўрсатилди.

Мавзу бўйича 1 та бемор тахлил қилинди.

АУДИТОРИЯГА САВОЛЛАР :

1. Крупоз зотилжамга олиб келувчи сабаблар қандай?
2. Крупоз зотилжам ташхисини аниқлаш нимага асосланган.
3. Плевритни вужудга келтирувчи сабабларни изоҳланг.

ҲУЛОСА

Демак, Зотилжам ва плевритлар тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни ўз вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири бўлиб изоҳланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор текширувлар аъамиятининг катта эканлигини изоҳла олиб, сурункали

пиелонефритга хос лаборатор текширувларга °згаришларни фар±лай билиш талаб ±илинади.

АДАБИЁТЛАР :

1. Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. Тиббиёт институтлари талабалари учун Т., Ибн Сино. 2003.
2. Внутренние болезни. Под ред. Ф.Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. 2-ое перераб. И доп. Изд. М.Медицина. 1990., с 454-460.
3. Внутренние болезни. Лекции для студентов и врачей. Под ред. Б.И. Шулутко. – Л., 1991. С 364-373.
4. Внутренние болезни. В 10 книгах, ред. Т.Р.Харрисон, книга 6, перевод с английского языка. Под ред. Е.Браунвальд. М., Медицина, 1993. Инфекционные заболевания мочевых путей. Пиелонефрит и родственные с ними состояния. Уолтер Е.Стамм, Марвин Турн. С 341-342.
5. Маколкин В.И. Овчаренко С.И. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям. М. Медицина. 1994.
6. Камолов Н.М. Куйлиев М.У. Ички касалликлар. Укув кулланмаси.- Т. Ибн Сино. 1991.
7. Моисеев В.С., Сумарков А.В. Внутренние болезни и ихособенности в тропиках. Учебное пособие. –М., Медицина. 1990. С 299-302.
8. Практическая нефрология / А.П.Пелешук, Л.А. Пыриг., Н.Я.Мельман и т.д. Под. Ред. Проф. А.П.Пелешука. 2-е изд. Киев.: Здоровья.1983.
9. Справочник не нефрологии./Авт.: И.Е.Тареева, С.О.Андросова. В.М. Ермоленко и др.: Под ред. И.Н.А.Мухина. М., Медицина, 1980
10. У.Б.Шаропов, Ф.Х.Гаффорова, У.И.Шодмонов, У.Б.Шаропов тахрири остида. – Т.:Ибн Сино, 1994.
11. . <http://www.meddean.luc.edu>
Энциклопедия обследования больного со множеством иллюстраций, краткое описание болезней, тестирование.
12. <http://www.embbs.com>
Истории болезни, обучение, атлас по КТ, ЭКГ и др.