

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

УПКА ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА МАВЗУСИ

УРГАНЧ- 2006

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

МУХ раиси,
Профессор

Нуралиев Н.А.

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

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

Маърузани вазифалари: Ҳрганилаётган 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 карра тасдиқлаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани мақсади 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 таъхиси	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

ЎПКА АБСЦЕССИ ВА ГАНГРЕНАСИ

ТАРИФИ.

ЎПКА АБСЦЕССИ - ўпка тўқимасининг некрозли ва йирингли емирилиши бўлиб, якка ёки кўп бўшлиқ ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Йиринглаш ўчоғи соғлом тўқимадан чегараланган яллиғланиш инфильтрацияси (бириктирувчи тўқима пардаси) билан ўралган.

ЎПКА ГАГРЕНАСИ - кўланса хидли балғам ажралиши билан кечадиган ўпка тўқимасининг нобуд бўлиши, чириб емирилиши. Унинг соғлом тўқимадан аниқ ажралиш чегараси йўқ (абсцессдан фарқи).

ЭТИОЛОГИЯСИ. Касаллик инфекция аралашган ҳар хил моддаларни, ёт жисмларни, бурун-томоқ суяқликларининг нафас йўли орқали бронх ва ўпкага тушиши, ўткир зотилжамлар, инфекцияли ўпка эмболияси, кўкрак қафасининг шикастланиши натижасида вужудга келади. Касалликни ҳар хил бактериялар - стрептококк, стафилококк, пневмококк, фридлендер диплококклари, ичак таёқчалари, ҳамда анаэробли микроорганизмлар чакиради.

ПАТОГНЕЗИ. Инфекциянинг ўпка тўқимасига киришининг бир қанча йўллари мавжуд.

Бронх ёки бронх ўпка йўли.

- Ўпка ва бронхларга инфекция аралашган овқат парчалари ва қуруқ моддалар тушиши натижасида ривожланадиган аспирационли абсцесс алоҳида ўрин эгаллайди. Бундай ҳодисалар бемор хушини йўқотганда, наркоз ва маст ҳолатларда юзага келади.

- Баъзи ҳолларда абсцесс бронхнинг ўпка ателектази билан сиқилиши натижасида вужудга келади. Масалан, бронх ўпка саратонида, аорта аневризмасида, кўкс оралиғи ўсмаларида.

- Учокли ва крупозли зотилжамдан кейинги абсцесс алоҳида ўринни эгаллайди. Бунга сабаб ўткир зотилжамни кеч даволаш, антибиотик дозасининг камлиги, организмнинг иммун-биологик ва реактивлик хусусиятининг пасайишидир.

Гематоген йўли. Бунда абсцесс ўпка томирларида инфекцияланган эмболларни қон оқими билан ўпкага тушиши натижасида ривожланади. Бу ҳолат септикли эндокардит, тромбофлебит, туғруқдан кейинги септикопиемияда куза тилади.

Лимфа йўлида кўшни аъзоларда - жигар, талоқ ва диафрагма ости абсцессида, йирингли медиастенит ва плевритларда, паранефритларда, қизилўнгач саратон касаллигида тўпланган йиринг ўпкага силжийди ва абсцессни вужудга келтиради.

Шикастланиш йўли орқали абсцесс ривожланиши кўкрак қафасининг очиқ ва ёпиқ жароҳатланишида кузатилади. Бунда жароҳатланган ўпка соҳасида қон қуйилиши қон айланиши бузилиши ва йиринглашни вужудга келтирувчи инфекциянинг қўшилиши аҳамиятга эга.

1

ПАТАЛОГИК АНАТОМИЯСИ. Абсцесс якка ёки бир нечта бўлиши мумкин. Асосан улар ўнг ўпкада жойлашади, бунга сабаб ўнг бронхнинг анча катталиги ва кенглигидир. Аксарият ўпканинг пастки соҳалари шикастланади, чунки бу қисмдаги бронхларнинг дренаж фаолияти заифроқ. Абсцесс бўшлигининг юзаси нотекис, грануляция билан қопланган ва йиринг саклайди. Унинг атрофини ўпка тўқимасининг яллиғланиш инфильтрацияси қоплайди.

Гангренада бўшлиқ аниқ чегарага эга эмас, гангренали соҳа сезилмаган ҳолда соғлом тўқимага қўшилиб кетади.

1

Ўткир абсцесснинг клиник кўриниши. Касаллик кечишида 3 давр фарқланади. **Абсцесс шаклланиши даври.** Ўпка тўқимасида 10-12 кун давомида йиринг тўпланади.

Шикоят. Касаллик бошланишида енгил қалтираш, эт увишиши, юқори ҳарорат, кўп терлаш, ҳансираш, бош оғриғи, оғиздан ёқимсиз хид келиши, қуруқ йўтал ёки жуда оз

миқдорда шиллиқ-йирингли балғам ажралиши, кўкра қафасининг шикастланган томонида огрик, ифодаланган интоксикация белгилари (дармонсизлик, иштаҳа йуқолиши, бўғимлардаги огрик) аниқланади.

Объектив белгилари. Бемор аҳволи оғир, ранги бўзарган, лаблари кўкарган. Нафас олиши тез ва юзаки. Кўпинча беморлар шикастланган томонни босиб ётадилар. Пальпацияда зарарланган соҳанинг қовурғалар орасида бемор огрик сезади, товуш титраши кучайган. Перкуссияда шикастланиш ўчоги юза жойлашганда ва катта ҳажмда бўлганида бўғикроқ ёки бўғик товуш аниқланади. Аускультацияда дагал везикуляр, баъзида бронхсимон нафас, оз миадорда куруқ ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Қонда нейтрофилли лейкоцитоз ($15,0 - 26,0 \cdot 10^9$ г.л.), лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши (миелоцитлар пайдо бўлиши), ЭЧТ ошиши кузатилади. Рентгенда оддий пневмония ёки сил инфильтратига ўхшаш четлари тўғри бўлмаган катта ўчоқли қорайиши аниқланади.

2-давр — йиринглаш ўчоғининг бронх йўлига ёрилиши тўсатдан йўтал билан огиз тўлиб кўп миқдорда қўланса ҳидли йирингли, баъзида қон аралаш балғам ажралиши кузатилади. Балғамнинг бир кеча-кундузги миқдори патологик жараён характерига, бўшлиқ ҳажмига ва бронхлар дренаж фаолияти ҳолатига боғлиқ (200 мл дан 1-2 литргача). Балғам кўчишининг кўпайиши билан бемор аҳволи яхшиланиб боради: тана ҳарорати пасаяди, аста-секин кўкрак қафасидаги огрик, хансираш, заҳарланиш белгилари йўқолади, иштаҳа тикланади, гематологик кўрсаткичлар нормага яқинлаша боради. Абсцесс бўшлиғи йирингдан тозалангач, унинг жойлашиши ва ҳажмига нисбатан физикал маълумотлар ҳар хил бўлиши мумкин. Агар бўшлиқ катта ва юза жойлашган бўлса, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда бронх ва хатто амфорик нафас, чегараланган ўпка қисмларида жарангли ўрта ва катта пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Балғам стаканда тиндирилганда 3 қаватга бўлинади: юқориси - кўпикли, шиллиқли, ўртаси-серозли, чўзилувчан лойқа суюқлик, пасткисида йиринг бўлади. Микроскопияда: кўп миқдорда лейкоцитлар, эритроцитлар, чўзилувчан толалар, парчаланган ўпка тўқималари аниқланади. Рентгенда юмалоқ ёки тухумсимон шаклда чегараланган оқиш жойлар кўринади. Агар бўшлиқ бронх билан туташса, унда экссудат ва ҳаво бўлса, у ҳолда бўшлиқда суюқликнинг горизонтал юзаси пайдо бўлади, суюқлик сатҳи кўриниши тана ҳолатига қараб ўзгаради. Қонда гипохромли анемия, нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши кузатилади.

3-давр - пировард-абсцесснинг якуни бемор соғайиши ёки умумий қоникарли аҳволда ўпкада бўшлиқ ҳосил бўлиши ёки жараённинг сурункали турига ўтиши билан якунланади. Соғайиш ҳолатида 15-20 кундан кейин йўтал камаяди, балғам ажралиши, заҳарланиш белгилари йўқолади. Рентгенда бўшлиқ йуқолиши аниқланади. Бунда жароҳатланган ўпка соҳасида қон қуйилиши қон айланиши бузилиши ва йиринглашни вужудга келтирувчи инфекциянинг қўшилиши аҳамиятга эга. Агар рентгенограммада ва томограммада ўпкада ҳосил бўлган ковакнинг кичрайганлиги кўринмаса ва плевра қаватлари бирикиб кетган бўлса, бу ўткир абсцессни сурункали турига ўтганлигини кўрсатади.

КЕЧИШИ. Ўткир ўпка абсцессининг ривожланиши ва унинг битиши бўшлиқнинг жойлашишига, унинг йирингни ташқарига чиқариш хусусиятига, асоратларига боғлиқ. Кўп ҳолларда ўпка абсцесси тузалади ва бўшлиқ ўрнида ўчоқли пневмосклероз ҳосил бўлади.

АСОРАТЛАРИ: плевра эмпиемаси ёки пневмоторакс, ўпкадан қон кетиши, ички аъзолар амилоидози, йирингли медиастенит, абсцессни миёга, жигарга ва бошқа аъзоларга метастази.

Сурункали абсцесснинг клиник кўриниши. Ўткир ўпка абсцессининг сурункали турига ўтганлигини кўрсатувчи асосий клиник белгилар ажралаётган балғам мидорининг

барқарорлашиши ва ҳидининг камайиши, давомли субфебрил ҳарорат, захарланиш симптомларининг камлиги.

ТАШХИСИ касалликнинг клиник манзараси ва рентген маълумотларига асосланиб қўйилади. Узоқ давом этадиган зотилжамда ўпка йирингланиши ривожланишини ўйлаш керак. Рентгенда бўшлиқда суюқликнинг горизонтал юзаси аниқланади.

ҚИЁСИЙ ТАШХИСИ. Касалликни сил кавернаси, бронхоэктазия касаллиги, ўпка саратонининг кавакли тури ва сурункали ўпка абсцесси билан фарқлаш керак.

Ўпка сили билан шикатланиш торпид кўринишида субфебрил ҳарорат ва кўп терлаш билан кечади. Балғамнинг бир кунлик миқдори 100-150 мл дан ошмайди ва ҳидсиз бўлади. Рентгенда парчаланаётган инфильтрат ёки шаклланаётган бўшлиқ атрофида соялар, балғам ва бронх ювиндиси таркибида, парчаланган бўшлиқ биоптатида сил микобактериялари топилади. Бронхоскоп билан текширилганда бронхларнинг шиллиқ пардасида сил гуддаларининг аниқланиши сил ташхисини тасдиқлайди.

Ўпка саратонининг парчаланишида ва кўпинча ўсманинг иккиламчи йирингланишида фарқлаш қийинчилиги содир бўлади, лекин ташхисни аниқлашда куйидаги белгиларга эътибор бериш керак. Саратон касаллиги аксарият ёши 50дан катталарда, абсцесс эса, ёшларда учрайди. Саратон касаллигида ўткир давр деярли ифодаланмаган, тана ҳарорати нормал ёки субфебрил, йўтад изтиробли, оз миқдорда ажралувчи балғам одатда ҳидсиз ва таркибида кам мивдода микрофлора аниқланади. Рентгенда бўшлиқ деворининг ташки кўриниши, абсцессдан фарқи, етарли аниқ, атрофида яллиғланиш инфильтрацияси йўқ, ички кўриниши эса, текис эмас. Саратон бўшлигида суюқлик йук, бўлса ҳам жуда кам миқдорда. Цитологияда аксарият атипик хужайралар аниқланиши мумкин.

Бронхоэктаз Касаллигига давомли анамнез, оғиз тўла балғам ажралиши, кўп қонли қайталаниш ва ремиссия давлари хос. Рентген текширишлари ўпка тўқимасининг ари уячалари расмини аниқлайди.

Сурункали ўпка абсцессининг қайталаниши, ўткир туридан, пневмосклероз, "ногора чўпи" симптоми ва кахексия ривожланиши билан фарқланади.

ДАВОЛАШ патологик флора ўчоғини йўқотиш, бронхлар дренаж фаолиятини тиклаш, захарланиш симптомларига қарши курашиш, организмнинг ҳимоя кучини оширишга қаратилади.

- Беморнинг умумий аҳволини қайта тиклаш ва бузилган гомеостазни созлаш учун беморни яхши парваришлаш керак: бемор ҳавоси тоза, ёруғ хонада даволанади. Беморга таркиби оксил ва витаминларга бой юқори калорияли овқатларни истемол қилишлик тавсия қилинади.

- Оксил йўқотилишини қоплаш мақсадида оксил гидролизатлари (аминокровин, гидролизин, инфузоаминлар) томир ичига томчилаб, анаболик гармонлар (ретаболил, неробол) мушак орасига юборилади.

- Камқонликка қарши янги олинган қон ёки эритроцитлар массаси хафада 1-2 марта 250-500 мл томирга томчилаб қўйилади.

- Детоксикация учун витаминлар, гемодез, полиглюкин, плазма, 5 фоизли глюкоза эритмаси, 8-14 бирликда инсулин ва калий ионини сақлайдиган дорилар томирга томчилаб борилади. Оғир беморларга гемосорбция ёки плазмоферез буюрилади.

- Гипоксемияга қарши оксигенотерапия қўлланилади.

- Балғам ажралишини енгиллаштириш учун 2 фоизли калий йодид эритмаси, муколитилар қабул қилинади.

- Йиринг окимини кучайтириш мақсадида постурал дренаж (30 дақиқадан кунига 8-10 марта) тавсия қилинади. Бунда дренаж қилинаётган бронх пастга вертикал йўналишда бўлиши керак.

- Даволаш бронхофиброскопияси усулида деструкция ўчоғидаги йиринг сўриб олинади ва бўшлиқни физиологик калий перманганат, фурагин эритмалари билан ювилади, сўнгра мукометикюр, протеолитиклар, ферментлар, бронхолитиклар, антибиотиклар юборилади.

- Инфекцион жараёни қўзғатувчи микроорганизмга қарши курашиш учун микрофлоралар сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда катта дозада антибиотиклар (пеницилин ва унинг синтетик ҳосилалари, гентамицин, линкомицин, пефлоцин, цепадин, долоцин ва ҳ.к.) буюрилади.

- Организмнинг иммунологик ҳимоя омилларини тиклаш ва кучайтириш учун ўринбосар иммунтерапия (қизамикда ва стафилококка қарши гамма-глобулин) қўлланилади.

- Консерватив даво фойда бермаса хирургия чоралари қўлланилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ. Ўпка абсцессини олдини олишда алкоголь ва чекишга рўжۇ қўйишга қарши курашиш катта аҳамиятга эга. Мунтазам равишда оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни тозалаш, респираторли вирус инфекцияларини даволаш керак. Иккиламчи профилактикага ўпка - бронх тизимидаги яллиғланиш жараёнларни ўз вақтида фаол даволаш чоралари киради. Антимикроб, балғам ажратувчи, бронхоспазмолитиклар ва гипосенсибилизациялаштирувчи моддалар аэрозолидан ингаляция усулида фойдаланилади. Физиотерапиядан дециметрли тўлқин, калий ва йод электрофарезлари, ҳамда умумий ультрабинафши нурлари қўлланилади.

БРОНХЭКТАЗ КАСАЛЛИГИ

Бронхэктазия- бронх деворининг ташкилий қисмларини яллиғланиш, дистрофия ва склероз натижасида деструкция ёки асаб-мушак тонусини бузилиши туфайли содир бўлган бронхларнинг сегментарли кенгайиши. Бронхэктазияга инфекция тушса ва йирингласа, у ҳолда бронхэктаз касаллиги деб номланади.

ТАРҚАЛИШИ. Мазкур дард билан хасталаниш 0,3-0,6% аҳоли орасида кузатилади. Одатда болалик ва ўсмирлик давларида кўпроқ учрайди. 75% хасталик белгилари 5 ёшдан кичик бўлган болаларда аниқланади. Эркаклар аёлларга нисбатан 3 марта кўпроқ касалланади.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

- Болаларда майда бронхлар инфекция таъсирига, шилликлар димланиши, ёт жисмлар тикилиши ёки лимфа тугунлари босиш натижасида содир бўладиган обструкцияларга (бронх ўтказувчанлиги бузилишига) жуда сезгир.

- Ўрта яшарда хасталик узоқ давом этувчи сурункали бронхит ва зотилжамда, ҳамда ўпка ателектазида кузатилади.

- Мойил шароитлар - туғма патология. (бронх деворининг тугма заифлиги, ўпка киста касаллиги, бронх стенози ёки аномалияси, бронх артериялари билан бронхни босилиши - қисилиши), иммун етишовчилиги (гипогаммаглобулинемия ёки IgA камчилиги) ва муковисцидоз.

ПАТОГЕНЕЗИ. Бронхэктаз ривожланиши яллиғланиш жараёни бронх деворининг мушак қаватига ёки ҳамма қаватига тарқалганда вужудга келади. Мазкур соҳада мушак толалари нобуд бўлади, бронх тонуси йўқолади ва девор юпқалашади. Яллиғланиш майдонида хилпилловчи эпителийнинг йўқлиги бронх ичида балғам йиғилишига, унинг дренаж фаолияти бузилишига ва сурункали яллиғланишига шароит туғдиради. Бу ҳолатларда ҳар бир йўтал турткиси бронх деворини бўртиб чиқишига олиб келади.

ТАСНИФИ.

Бронхэктазлар бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи бронхэктазлар сурункали бронх-ўпка касалликлари ривожланишидан олдин, иккиламчилари эса, сурункали патологик жараёнларни узоқ кечиши натижасида вужудга келади..

Бронхларнинг кенгайиши шаклига қараб цилиндрсимон, копчасимон ва урчиқсимон бронхозктазлар фарқланади.

Патологик жараённинг жойлашишига қараб, бронхэктазлар бир ва икки томонлама бўлади.

Касаллик кечишининг оғирлиги бўйича 3 даражаси фарқланади: енгил, ифодаланган ва оғир турлари.

Хасталикнинг асоратсиз ва асоратли турлари.

КЛИНИК КЎРИНИШИ Бронхэктазлар ҳажмига, бронхларда жойланишига ва тарқалмишига, яллиғланиш жараёнининг фаоллигига, ҳамроҳ ўпка эмфиземаси ҳолатига ва ташқи нафас фаолиятининг бузилиши даражасига боғлиқдир. Хасталик ривожланишида 3 босқич фарқланади:

I - бошланғич давр вақти-вақти билан қайталаниб турувчи сурункали бронхит белгилари билан кузатилади.

II - касалликни авж олган даври - клиник белгилари ифодаланган.

III - босқичда бронх-ўпка тизимидаги ўзгаришлар ва ўпка етишмовчилиги билан бир қаторда кичик қон айланиш доираси гипертензияси ва юрак (кўпинча ўнг қоринча) етишмовчилиги ривожланади.

I - касалликнинг бошланғич даврида беморлар кўп мигдорда йирингли, баъзида қон ажралиши билан кузатиладиган йўталга шикоят қиладилар. Бурун бўшлиқларида шикастланишлар аниқланади. Хасталик йилнинг совуқ ва нам ойларида зўриқади. Физикал маълумотлар кам. Аускултацияда ўпканинг бир ёки икки тарафининг пастки қисмида ўзга-рувчан нам хириллашлар эшитилади, улар йўтал тугаши билан йўқолади ва шамоллашда қайта пайдо бўлади. Бу даврда факат махсус текширишлар (ўпка томографияси, бронхография, бронхоскопия) бронхэктазни аниқлаши мумкин. Бундай нисбий яширин ҳолат йиллаб чўзилиши мумкин ва жараённинг қайталаниш сонига, меҳнат шароитига, овқатланишга, чекишга, метеорологик омилларга боғлиқ. Бундан ташқари бронхэктаз касаллигининг қуруқ турини ҳам ёдда тутишимиз шарт, унинг ягона белгиси вақти-вақти билан қон тупуриш, баъзида эса ўпкадан қон кетишидир.

II - касалликнинг жадаллашиши ифодаланган клиник кўриниши билан кузатилади. Беморларнинг аксариятини йўтал ва «оғиз тўла», кўп микдорда (1 кунда 0,5-1 л. гача ва ундан ортиқ) йирингли, қўланса ҳидли балғам ажралиши безовта қилади. Эрталабки балғам микдори бир кунда ажраладиган микдорининг 2/3 қисмига тенг. Хасталик зўрайган даврда тана ҳарорати субфебрилдан то 38-39°C гача кўтарилади ва ҳансираш, лохаслик, иштаха йўқолиши билан кузатилади. Кўздан кечирганда бемор юзининг бўзариши, ер рангини олиши, салқини ва кўп терлаш аниқланади. Қул ва оёқ бармоқлари «ноғора чўпига», тирноқлари эса «соат ойнасига» ўхшаш бўлади. Кўкрак қафасининг шакли нормал ёки эмфиземасимон, гоҳида шикастланган томони ботик бўлиб, нафас олишда орқада қолади ёки қатнашмайди. Палпацияда товуш титраши кучайган. Перкуссияда шикастланган соҳада бўғиқ товуш эшитилиши мумкин. Баъзан бронхларнинг кенгайган қисмида (балғам ажралгандан сўнг) тимпаник товуш аниқланади. Агар эмфизема бирга келса кутчасимон товуш эшитилади ва ўпканинг пастки қисми ҳаракатчанлиги чегараланган бўлади. Аускултацияда везикуляр нафас асосан дағал ёки сусайган (эмфизема ҳисобига) ва йирик пуффакли жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Қонда нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, гипохромли анемия, лекин ўпка етишмовчилиги кўшилса гемоглобин микдори ошиши билан кузатиладиган гипоксияли эритроцитоз ривожланади. Рентген текширувида кучайган ўпка сурати муҳитида катакчали қийшайиш, ўпка ҳажмининг кичрайиши, бронх олди фибрози аниқланади. Бронхография ва то-

мография бронхэктазни топиш, унинг сонини, шаклини ва катталигини аниқлаш имконини беради. Спирометрияда ўпка-нинг ҳаётий сигимини пасайганлиги аниқланади.

КЕЧИШИ йиллаб давом этади, кўпинча қайталанади ва перифокал яллиғланиш билан кузатилади. Бу ҳолат пневмосклероз ва ўпка эмфиземаси билан бирга ўпка ва юракнинг ўнг қоринча етишмовчилигини, ўпкали юрак ривожланишини вужудга келтиради.

АСОРАТЛАРИ.

Ўпкага тегишли асоратлари: сурункали астмали бронхит, ўпкадан қон кетиши, плевра эмпиемаси, спонтанли пневмоторакс ва ўпка абсцесси.

Ўпкадан ташқи асоратлари: паренхиматоз аъзолар, кўпинча буйрак амилоидози ва миёнини метастазли абсцесслари.

ТАШХИСИ. Анамнезда кўрсатилган қайталанувчи грипплар, синуситлар, бронхитлар, зотилжамлар, болаликдан кўп микдорда йирингли балғамнинг ажралиши билан кузатиладиган йўтал, қон тупуриш, бармоқларни «ноғора чўпига» ўхшашлиги ва ремиссия даврида сақланиб қоладиган нам хириллашлар ўчоқларини аниқлашга асосланади. Рентген текширишларида ўпка расмининг кучайиши муҳитида катакчали қийшайиш, шикастланган ўпка ҳажмининг кичрайиши (ателектазлар, ўчоқли пневмосклерозлар) аниқланади. Лекин касаллик ташхисида бронхография ва бронхоскопия катта аҳамиятга эга.

ҚИССИЙ ТАШХИСИ.

Хасталикни сурункали бронхит билан фарқлашда синчиклаб йиғилган анамнез аҳамияти бекиёс. Сурункали бронхитнинг клиник белгилари ўрта ёшларда намоён бўлади, бронхэктаз касаллигида эса болаликдан бошланади. Бронхэктаз касаллиги қайталаниши ўпканинг маълум бир жоида ўрта ва йирик пуфакчали нам хириллашлар эшитилиши билан ифодаланса, сурункали бронхитда эса, тарқалган курук хириллашлар билан кузатилади.

Ўпка силидан фарқлаш рентген, эндоскоп усуллари билан комплекс текширишларга, балғамда сил микобактерияси борлиги ёки йўқлигига, силни аниқлаш реакциялари яқунларига ва даволаш натижаларига асосланади.

Ўпка саратонида йўтал истиробли курук ёки оз микдорда балғам ажралади, тана ҳарорати нормал ёки субфебрил, жараён кечиши жадаллашувчи хусусиятга эга, даволаш чоралари ижобий натижа бермайди. Ташхисни аниқлашда ўпкани рентген ва эндоскоп, балғамни эса цитологик усулларда текшириш ҳал қилувчи роль ўйнайди.

ДАВОЛАШ. Беморларнинг умумий аҳволига муносиб (адекват) нафас гимнастикаси қўлланилганда, чекиш ва спиртли ичимликлар ман этилганда, чанг ва совук таъсири йўқотилганда даволаш тадбирлари бемор ҳолатини анча яхшилайдди. Даволаш консерватив ва жарроҳлик усуллари билан ба-жарилади.

Консерватив даволаш.

Трахея ва бронхлардан найча орқали тўқималарни сўриб олинади, бўшлиқни физиологик эритма билан ювилади ва дорилар юборилади.

Постурал дренаж усулида балғам ажралишини кучайтириш эрталаб уйқудан сўнг ва кечкурун уйқудан олдин ўтказилади.

Антибактериал терапия - антибиотиклар (пенициллин, ампициллин, эритромицин, тетрациклин, цефалоспориинлар) хиноксалин бирикмалари (диоксидин) ва табиий антисептик воситалар (хлорофиллипт) эндобронхиал усулда қўлланилади.

Организмнинг умумий ҳимоя кучини (реактивлигини) ошириш учун метилурацил, пентоксил, анаболик гормонлар (ретаболил, неробол), витаминлар, айниқса С ва В гуруҳ қуйиш тавсия қилинади.

Физиотерапия воситалари - кўкрак қафасига ультратовуш, деци- ва сантиметрли тўлқинлар ва умумий ультрабинафша нурлари тадбиқ қилинади.

Жарроҳлик усули - резекция фақат ёш болалик даврда битта сегмент чегараланган бронхэктаз билан шикастланган бўлса, самара беради.

Оқибати - жараён ифодаланишига, таркалишига, кечиши оғирлигига ва асоратларига боғлиқ; нафас етишмовчилиги, ўпка артерияси гипертензияси, ўпкадан қон кетиши, айниқса буйрак ва ўпка амилоидози ривожланганда кескин ёмонлашади. Бронхэктаз касаллиги билан хасталанган беморлар саломатлигини қайта тиклаш касалхонада комплекс даволаш билан бошланади, ҳамда поликлиника ва санаторийларда давом эттирилади.

Профилактикаси

Бронхэктаз касаллиги экстрагенитал касалликлар туркумига киради. Бу хасталикка чалинган беморларга ҳомиладор бўлишликни олдини олиш тавсия қилинади. Агар аёл 20 ёшгача бўлса ва ҳали фарзанди бўлмаса, касалликнинг ремиссия даврида терапевт ва акушер-гинекологларнинг қатъий назорати остида битта фарзанд кўришликка рухсат берилишини шифокорлар хайъати ҳал қилади.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР:

30 ёшли беморнинг бир неча йил двомида кунига 100–150млгаа шилимшиқ-йирингли балғам ажратиб юриши, вақти-вақти билан касаллик қайталаниб, тана ҳарорати кутарилиб туриши, бекуватлиги ва қуп тералиши аниқланган. Шифохонага келганда бемор кийинлик билан йирингли балғам ажратиши, ҳаракат қилганда хансираб қолиши ва нафас қисиши ҳуруж қилиб туришидан шикоят қилган. Обьектив нафас олиш сони 24 марта минутига, иситмаси 38,8°C га кутарилганлиги аниқланган. Перкуссия қилинганда ўпканинг икала томонида қутича товушига ухшаш товуш аниқланган, аускультацияда нафас олиш қучайган ва таркок хуштаксимон қуруқ ва нам хириллашлар эшитилган. Рентгенда текширилганда ўпка тиниклиги ортган ва шакли узгарган, пастки қисмида эса катта бушликли кенгайган жойлар қуринган. Ташқи нафас функцияси текширилганда I – II даражали рестриктив нафас етишмовчилиги аниқланган.

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу буйича мультимедияда слайдлар, кўкрак рентгенограммаси қўрсатилади.

Мавзу буйича 1 та бемор таҳлил қилинди.

АУДИТОРИЯГА САВОЛЛАР:

1. Ўпка абсцессда қўзғатиладиган асоратларни қўрсатинг.
2. Ўпка абсцесси гангренадан қандай белгилар билан фарқланади.

ХУЛОСА

Демак, ўпка йирингли касалликлари тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни олдини олиш вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири бўлиб қўйиб қўйилади. Касалликнинг ташхисини лаборатор текширувлар асосида аниқлаш катта аҳамиятини қўшади. Ўпкада бўлиб, сурункали пиелонефритга хос лаборатор текширувларга қўйиладиган фарқларни фарқлай билиш талаб қилинади.

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. Шулуто. – 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 кулланмасы.- 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.