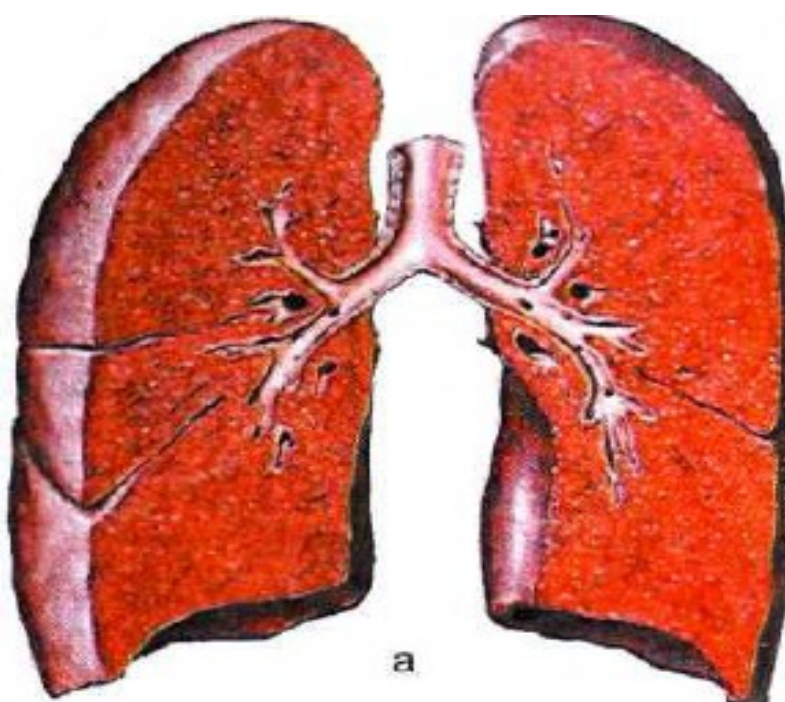


САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**1-Ички касалликлар, фтизиатрия ва ички
касалликлар пропедевтикаси кафедраси**

Реферат



**Мавзу: Сил билан оғриган беморларни текшириш
усуллари.**

Бажарди: 4 курс д/ф Алиева Н.

Сил билан оғриган беморларни текшириш усуллари.

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

Бунда асосан 3 та вазиятни назарда тутиш зарурдир:

1. Туберкулёз билан хасталанган беморлар клиник белгилари бошлангандан бошлаб мутахассис – фтизиатрга эмас, балки УАШга мурожаат қилишади.

2. Туберкулёз – бу инфекцион касаллик ва беморлар атрофдагилар учун жиддий эпидемиологик хавф туғдириши мумкин.

3. Туберкулёз касаллигини даволашда махсус туберкулёзга қарши дориларни қўллаш талаб қилинади ва бу етарли билим ва малакага эга бўлган фтизиатр – мутахассис томонидан кузатиб борилиши керак.

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

Асосий белгилар.

Нафас аъзолари туберкулёзининг типик белгилари: ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳа пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, терлаш, қуруқ ёки балғамли йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш. Бу белгилар турлича намоён бўлиши ва турли кўринишларда учраши мумкин. Ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг ёмонлашуви, озғинлик, сержаҳллик, меҳнат фаолиятининг сусайиши туберкулёз интоксикациясининг эрта белгилари ҳисобланади. Туберкулёзга дучор бўлган беморлар бу белгиларни касаллик билан боғлашмайди, чунки бу белгиларнинг пайдо бўлишини жисмоний ва психик зўриқишдан деб ўйлашади. Интоксикацион белгилар айникса туберкулёз касалликлари бўйича хавф гуруҳига кирувчи шахслар эътиборни жалб этади. Шундай

беморлар чуқур текширувдан ўтказилганда туберкулёзнинг бошланғич шакллари аниқлаш мумкин.

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

Туберкулёз интоксикациясида болаларда куннинг иккинчи ярмида тана ҳарорати қисқа муддатга $37.0-37.5^{\circ}\text{C}$ га ошади ва ушбу кўтарилиш даврий равишда кузатилади, баъзан ҳафтасига 1-2 марта ва нормал тана ҳароратлари билан алмашинади. Кам ҳолатларда тана ҳарорати 37°C атрофида, эрталабки ва кечкурунги ҳароратлар оралиғи 1°C оралиғида сақланади. Туберкулёз касаллигида субфебрил ҳарорат вегетатив бузилишлар туфайли ҳарорат кўтарилишидан фарқли равишда амидопирин буюрилганда одатда тушади (амидопиринли синама). Ҳароратнинг тушиши гидразин- изоникотин кислотаси препаратлари фонида ҳам кузатилади. Турғун, монотон, кам тебранувчи субфебрил ҳарорат кун давомида бўлса туберкулёз учун характерли эмас ва у кўпинча сурункали носпецифик яллиғланишни, бурун, халқумда, параназал синусларда, ўт йўлларида ёки жинсий аъзоларда бўлганида кузатилади. Тана ҳароратининг субфебрил бўлиши яна эндокрин бузилишларда, ревматизмда, саркоидозда, лимфогранулёматозда, буйрак ракида кузатилади. Гектик типдаги юқори иситмалаш ўткир кучайиб боровчи ва оғир туберкулёз билан зарарланишда кузатилади (милиар туберкулёз, казеозли зотилжам, плевра эмпиемаси). Интермиттирланувчи гектик иситмалаш милиар туберкулёзнинг тифоид шаклини қорин тифидан фарқловчи белгилардан бири ҳисобланади. Туберкулёздан фарқли равишда қорин тифида ҳарорат кўтарилишга турғун мойиллик бўлади. Кейинчалик узок муддат давомида стабил баланд бўлади.

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

Интоксикациянинг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири кўп терлаш ҳисобланади. Туберкулёз билан касалланганлар касалликнинг бошланғич даврида тунги ёки эрталабки соатларда бош ва кўкракнинг кўп терлаши кузатилади. Кескин ривожланган профуз терлаш (нам ёстиқ симптоми)

казеозли зотилжамда, милиар туберкулёзда ва бошқа асоратланган оғир шаклдаги туберкулёзда ҳамда носпецифик ҳамда ўткир инфекцион касалликларда, сурункали яллиғланиш жараёнлари кўзғалишида кузатилади.

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

Туберкулёз касалликларининг эрта босқичларида йўтал бўлмаслиги мумкин. Баъзан беморлар даврий равишда пайдо бўлувчи секин йўталишни сезишлари мумкин. Туберкулёзнинг ривожланиб бориши йўталнинг кучайишига олиб келиши мумкин. У қуруқ (нопродуктив) ёки балғам кўчиши билан (нопродуктив) бўлиши мумкин. Қуруқ хуружсимон йўтал бронхларнинг катталашган лимфа тугунлари билан эзилганда ёки кўкс оралиғи аъзоларининг силжишида пайдо бўлади. Бундай силжиш экссудатив плевритли беморни плевра бўшлиғида кўп миқдорда экссудат тўпланганда кузатилади. Қуруқ хуружсимон йўтал айниқса бронхлар туберкулёзида пайдо бўлади. Туберкулёз касаллиги билан касалланганларда продуктив йўтал ўпка тўқимасининг деструкцияси бўлганида (структураси бузилганида), бронхонодуляр окма пайдо бўлганида ҳамда плевра бўшлиғидан йиринг ёки суюқликнинг бронх дарахтига очилишида пайдо бўлади. Туберкулёзда йўтал, бундан ташқари сурункали носпецифик бронхит ҳамда бронхоэктазларда бўлиши мумкин. Балғам туберкулёзнинг бошланғич босқичида беморларда кўпинча йўқ ёки унинг ажралиши кўшилиб кечувчи сурункали бронхит туфайли бўлади. Ўпка тўқимасининг парчаланиши бошланганидан сўнг балғам миқдори оша бошлайди. Асоратланмаган ўпка туберкулёзида одатда рангсиз, гомоген ва ҳидсиздир. Носпецифик яллиғланиш кўшилиши йўталнинг кучайиши ва балғамнинг ошишига олиб келади. Бу ҳолатларда балғам йирингли бўлиши ҳам мумкин.

Ҳансираш нафас ёки юрак, қон-томир етишмовчилигининг клиник белгиси бўлиб ҳисобланади. Ўпка касалликларида у асосан нафас юзасининг камайиши, бронхиал ўтказувчанлигининг бузилиши, кўкрак қафаси ва диафрагма экскурсиясининг чекланиши, альвеола девори орқали газлар транспортининг бузилиши ҳисобланади. Нафас марказига патоген микроорганизмларнинг ҳаёт жараёнлари натижасида ҳосил бўлувчи ва тўқималарнинг парчаланиши натижасида пайдо бўлувчи токсик маҳсулотлар таъсири туфайли ҳам пайдо бўлиши мумкин. Яққол ҳансираш ўпка туберкулёзининг ўткир кечишида ҳамда сурункали диссеминирланган, фиброз-каверноз, цирротик ўпка туберкулёзида ҳам кузатилади.

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

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

Кўкракдаги оғриқ трахея, ўпка, плевра, юрак, аорта, перикард, кўкрак девори, умуртка поғонаси, қизилўнгач ва баъзан қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари белгилари ҳам бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзида кўкракдаги оғриқ яллиғланиш жараёнини париетал плеврага тарқалиб адгезив плеврит ривожланиши туфайли келиб чиқади. Оғриқ нафас олганда, йўталганда, кескин ҳаракатларда пайдо бўлади ва кучаяди. Оғриқнинг локализацияси кўпинча ўпканинг зарарланган соҳасини кўкрак девори проекциясида бўлади, бироқ диафрагмал ва медиастинал плевра яллиғланганида оғриқ эпигастрал соҳага, бўйинга, елкага, юрак соҳасига иррадиация беради. Қуруқ туберкулёз плевритида оғриқ олдиндан ва узок сақланади. Оғриқ йўталганда, чуқур нафас олганда, кўкрак қафасига босилганда ва яллиғланишнинг жойлашишига қараб эпигастрал ёки бел соҳасига иррадиацияланиши мумкин. Шу сабабли диагностик қийинчиликлар туғдиради. Экссудатив туберкулёз плеврити билан касалланганларда кўкрак қафасида оғриқ ўткир пайдо бўлади, лекин плеврал экссудат йиғилиши билан камаяди ва сўрилгунча бўғиқ бўлиб қолади. Ўпка туберкулёзи ва бошқа яллиғланиш касалликларида оғриқларнинг кучсизланиши ва йўқолиши асосий касаллик регрессга учрамасдан ҳам бўлиши мумкин.

Туберкулёзда учровчи ўткир перикардит ҳолатларида оғриқ доимий эмас ва кўпинча бўғиқ. У беморнинг олдинга букилган ҳолатида камаяди.

Суюқлик пайдо бўлганда перикардда оғриқ камаяди, аммо у йўқолганда оғриқ яна пайдо бўлиши мумкин.

Кўкрак қафасидаги бирдан пайдо бўлган оғриқ туберкулёз асорати спонтан пневмотораксда пайдо бўлади. Стенокардия ва миокард инфарктидан фарқли ўлароқ пневмотораксдаги оғриқ гапирганда вақтда ва йўталганда кучаяди ва чап қўлга иррадиация бермайди.

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

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

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

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

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

Умумий қилиб олиб қараганимизда нафас аъзолари туберкулёзи кўп ҳолларда умумий инфекцион касалликлар сифатида заҳарланиш белгилари билан бошланади ва кўпинча грипп ёки пневмония ниқоби остида кечади. Кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш фонида бемор аҳволи яхшиланиб кетиши мумкин. Туберкулёзнинг кейинги кечуви бундай беморларда одатда тўлқинсимон: касалликнинг хуруж даври босилиш даври ва нисбий қониқарли билан алмашинади. Ўпкадан ташқари туберкулёз шаклларида шартли равишда туберкулёз интоксикациясининг умумий симптомлари билан бир қаторда беморларда касалликнинг маҳаллий белгилари: туберкулёзли менингитда- бош оғриғи, ҳиқилдоқ туберкулёзида - овоз бўғилиши ва томоқда оғриқ бўлиши, суяк ва бўғим туберкулёзида – бўғимда оғриқ, юришнинг ўзгариши ва чекланганлиги, аёллар жинсий аъзоларининг туберкулёзида – қориннинг пастки соҳасида оғриқ, менструал

функциянинг бузилиши, буйрак, сийдик йўллари ва сийдик пуфагининг туберкулёзида- дизурик бузилишлар, бел соҳасида оғриқ, мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзида- қорин соҳасида оғриқ ва ошқозон- ичак тракти функциясининг бузилиши пайдо бўлади.

Сўраб-суриштириш, физикал усуллар

Анамнездан касаллик қачон, қандай қилиб бошланганлигини аниқлаш зарур: шифокорга қандайдир сабаблар билан шикоят қилиши ёки доимий даврий кўрикларда аниқланиши мумкин. Бемордан белгиларни қандай пайдо бўлгандига ва динамикада қандай кечганлиги, илгари ўтказган касалликлари, травмалар, операциялар ўтказган-ўтказмаганлиги сўралади. Пайдо бўлиши мумкин бўлган туберкулёзли плеврит, лимфаденитга эътибор берилади. Туберкулёз хавфига олиб келувчи юқори касалликлар бор ёки йўқлиги: қандли диабет, силикоз, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, алкоголизм, наркомания, ОИТС аниқланади.

Айниқса туберкулёз касаллиги юқори регионларда бўлган- бўлмаганлиги, ҳарбий ҳаракатларда иштирок этган- этмаганлиги, беморнинг шаҳар ёки қишлоқда туриш-турмаслиги муҳим аҳамиятга эга. Касби ва иш шароити, моддий, уй шароити, яшаш тарзи, алкоголь истемол қилиш – қилмаслиги, чекиш, шунингдек пеницитар системада бўлганлиги муҳим аҳамият касб этади. Беморнинг маданият даражаси баҳоланади. Касалланган болаларнинг ота- онасидан туберкулёзга қарши эмлаш ва туберкулин синамаларининг натижалари сўраб- суриштирилади. Яна оила аъзоларининг саломатлиги ҳақида, уйида туберкулёз беморлари билан контактда бўлган- бўлмаганлиги, ўқиш жойида, ишда ва давомийлиги, туберкулёз билан хасталанган беморларнинг бор-йўқлиги ҳақда маълумотлар олиш зарурдир.

КўРИК. Авжланувчи ўпка туберкулёзи билан кечувчи беморларининг ташқи кўриниши нафақат тиббиётда, балки бадий адабиётларда ҳам тасвирланган, балким *habitus phthisicus* номи билан ҳам машҳурдирлар. Бу тана вазнининг дефицити, оқарган юзда юзнинг қизили, кўзнинг ялтираши ва кенг қорачиқ, иерининг дистрофик ўзгариши, узун ва торайган кўкрак кафаси, қовурғалар оралиғининг кенгайганлиги, ўткир эпигастрал бурчак, куракларининг (қанотсимон) орқада қолишидир. Бундай ташқи кўринишлар чуқурлашиб кетган жараёнларда кузатилади. Беморлар кўригида айтарли бир патологик ўзгаришлар умуман аниқланмайди, бироқ кўрик ҳамма вақт зарурдир. Бунда кўпинча ҳар-хил муҳим белгилар аниқланади ва тўлиқ ҳажмда ўтказилиши керак.

Беморнинг жисмоний ривожланганлигига, тери ва шиллиқ қаватлар рангига эътибор берилади. Ўмров ости ва усти чуқурчалари яққоллиги солиштирилади, ўнг ва чап кўкрак қафасининг симметриклиги кўрилади, чуқур нафас вақтида уларнинг ҳаракатчанлиги, ёрдамчи мушакларининг нафас олишда иштирок этиши баҳоланади. қовурғалараро оралиқнинг кенгайиши ёки торайиши, операциядан кейинги чандиқлар, оқмалар битгандан кейинги чандиқлар аниқланади. Қўл ва оёқ бармоқларида барабан таёқчалари кўринишидаги деформацияланган дистал фалангаларга ва тирноқлар шаклининг ўзгаришига (соат ойначаси кўринишида) эътибор берилади. Болалар, ўспирин ва ўрта ёшлиларда БЦЖ вакцинасидан кейинги чандиққа қаралади.

Пальпация терининг нам ёки қуруқлик даражасини, тургорлигини, тери ости ёғ қаватининг қалинлигини аниқлашга имкон беради. Яхшилаб бўйиндаги, қўлтиқ остидаги, чов соҳасидаги лимфа тугунлари пальпация қилинади. Агар ўпкадаги яллиғланиш жараёнига плевра ҳам қўшилган бўлса нафас олганда кўкрак қафасининг зарарланган томонининг орқада қолиши, кўкрак мушакларининг оғриши кузатилади. Сурункали кечувчи туберкулёз беморларида ва катта операциядан кейинги ҳолатларда кўкрак қафаси ва елка камари мушакларининг атрофияси кузатилиши мумкин. Кўкс оралиғи аъзоларининг қисман силжишини ҳам трахея ҳолатига қараб пальпация орқали аниқлаш мумкин.

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

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

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

Аускультация. Баъзи нафас аъзолари касалликлари, айниқса туберкулёз нафас характери ўзгаришсиз ва ўпкадаги қўшимча шовқинларсиз

кечиши мумкин. Бунинг эса сабабларидан бири бўлиб зарарланган зонани зич казеоз некротик массалар билан дренажловчи бронхнинг обтурацияси ҳисобланади.

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

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

Майда пуфакчали нам хириллашлар чегараланган ўчоқда яллиғланиш зонасидаги экссудатив компонентнинг устун келганлигидан, ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар парчаланиш бўшлиғи ёки кавернанинг белгиси бўлиб хизмат қилади. Нам хириллашларни эшитиш учун беморни чуқур нафас олиб чиқарганидан сўнг йўталиб қўйиш, кичкина пауза, кейин яна чуқур нафас олиш сўралади. Бунда чуқур нафас олиш чўққисида хириллашлар пайдо бўлади, ёки уларнинг миқдори ошади. Қуруқ хириллашлар бронхитда, ҳуштак чалувчи бронхоспазмли бронхитда эшитилади. Қуруқ плевритда плевра ишқаланиш шовқини, перикардитда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади.

Литература

1. Перельман М. И. «Фтизиатрия», М., 2004й.
2. Инсанов А. «Туберкулез», М., 2005й.
3. Аксёнова В.А. «Туберкулёз у детей и подростков» М., 2007 й.