

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

1-Ички касалликлар, фтизиатрия ва ички
касалликлар пропедевтикаси кафедраси

Реферат



Мавзу: *ЎПКАНИНГ ТАРҚОҚ СИЛИ*

Бажарди: 6 курс д/ф. Нуруллаев Ф.

Ўпканинг тарқоқ сили

Тарқоқ сил микобактерияларнинг гематоген, лимфоген ёки лимфогематоген сочилиши ва бир талай сил ўчоқларини пайдо бўлиши натижасида пайдо бўлади.

Тарқоқ силнинг клиник-морфологик ўзига хослиги аъзоларни ва тўқималарни сил ўчоқлари билан кўплаб шикастланиши билан намоён бўлади.

Тарқоқ силнинг шикастланишнинг тарқалганлигига қараб асосан учта варианты ажратилади:

- *Генераллашган;*
- *Ўпка шикастланиши устунлиги билан;*
- *Бошқа аъзолар шикастланиши устунлиги билан.*

Тарқоқ силнинг генераллашган варианты нисбатан кам учрайди. Бир мунча кўп, ўртача 90% беморларда, тарқоқ силнинг ўпка шикастланиши устунлик қиладиган варианты ривожланади.

Биринчи марта сил аниқланаётган беморларнинг 5% да ўпканинг тарқоқ сили диагнози қўйилади. Силга қарши диспансер ҳисобида турадиган касаллар орасида силнинг бу шакли 12% ни ташкил қилади. Силдан ўлаётганларда, тарқоқ сил 3% касалларда ўлим сабаби бўлади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Тарқоқ сил, сил инфекциясининг бирламчи дарви билан мустаҳкам патогенетик алоқага эга. У бирламчи силнинг асоратли кечганда, кучли яллиғланиш реакцияси ва жараённинг эрта тарқалиши натижасида ривожланиши мумкин. Аммо, кўпинча бирламчи туберкуёзнинг клиник соғайиш давридан ва силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлар – Гон ўчоғи ва/ёки кальцинатлар шакллангандан бир неча йил кейин тарқоқ сил юзага келади.

Тарқоқ силда микобактериянинг тарқалишига сил инфекциясининг бирламчи даврида қайтар ривожланиш жараёни шаклландиган кўкрак ичи лимфа тугунларидаги инфекциянинг қолдиқ ўчоқлари асосий манба бўлади.

Баъзида ўпкадаги ёки бошқа аъзолардаги қотишган бирламчи ўчоқ СМБ ни тарқалиш манбаи бўлади.

Организмга СМБнинг сочилиши ҳар-хил йўллар билан келиб чиқади, кўпинча тарқалиш қон оқими орқали бўлади. Силдаги барча тарқалган шикастланишнинг ўртача 90% ни асосида гематоген йўл ётади.

СМБ манбасининг кўкрак ичи лимфа тугунларида жойлашиши сил кўзгатувчисининг гематоген тарқалишига ва унинг тез ўпка микроциркулятор оқимига тушушига йўл очади. Ўпка артериолаларининг куюқ тўри, капиллярлар ва венулалардаги қоннинг секин оқими интерстициал тўқимада жойлашган СМБ нинг қон томир девори орқали ўтишига яхши имқоният яратади. Сил кўзгатувчисининг катта қисми айнан ўпка тўқимасида ушланиб қолади, тарқоқ сил кўпинча ўпкани шикастлашишини шу билан тушунтириб ўтиш мумкин.

Бирламчи сил натижасида ҳосил бўладиган қолдиқ ўзгаришлар силга қарши ностерил иммунитетни ушлаб туради. Бу ҳолат ўша организмга фойдали. Ҳар-хил ташқи ва ички муҳитнинг ёмон сабаблар бирга келганда, одамнинг иммун тизими сусайиши мумкин. Бунақа сабабларга гиперинсоляция, узоқ вақт совуқ қотиш, очлик, гиповитаминоз, асаб-рухий ҳаяжонланиш, заҳарларни таъсир этиши, гормонлар билан даволаниш, физиотерапиянинг баъзи кўринишлари киради. Нафас олиш аъзоларининг носпиецифик касалликлари, вирус инфекциялари, аллергия, эндокрин тизимининг бузилиши, моддалар алмашинувининг эндоген бузилиши кабилар умумий ва маҳаллий иммунитетнинг бузулишини юзага чиқаради. Умумий иммунологик парокандалик фонида силга қарши иммунитет кучи пасаяди. Бундай шароитда силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлардаги тўпланган СМБнинг типик шаклларида СМБ нинг биологик шаклининг ўзгариши реверсияси бўлиши мумкин. СМБ нинг ўсиши ва кўпайишига қолдиқ ўзгаришлардаги яллиғланиш реакцияларининг реактивацияси шароит яратади. Реактивациянинг эҳтимоллиги асосан, яққол ифодаланган қолдиқ ўзгаришлар бор жойларда. Яққол провокацион омил билан кичик ўлчамдаги кальцинат бирга келганда, кичик ўлчамдаги кальцинат ҳам сил инфекциясининг эндоген ўчоғига айланиши истисно эмас.

СМБ нинг қўшимча экзоген кириши ўпкада тарқоқ силни ривожланиши учун мутлоқликдан ҳоли. Аммо, массив бактерия ажратувчилари билан узоқ ва зич алоқа, суперинфекция антиген зўриқишини ўстиради, микобактерияларни фагоцитоз қилиш самараси қийинлашади, бирламчи ўчоқда жараённи авж олишига имқон яратади. Натижада тарқоқ силнинг ривожланиш эҳтимоли ошади.

Иммунологик реактивликнинг бир мунча ўзгариши ва силга қарши ностерил иммунитетни сусайиши – тарқоқ силни ривожланиши учун зарурий шароитлардан ҳисобланади.

Тарқоқ сил кўпинча туғма иммунтанқислиги, организмнинг ҳақиқий гормонал қайта қурилиш даврида, ҳамда БЦЖ вакцинация қилинмаган болаларда ривожланади.

СМБ нинг тарқалиш йўлига ва қон томир ёки лимфатик томирлар бўйлаб сил ўчоқларини жойлашишига боғлиқ ҳолда ўпканинг тарқоқ сили *гематоген, лимфогематоген ва лимфоген* бўлиши мумкин.

Гематоген тарқоқ силни ривожланиши учун албатта *бактеримия* бўлиши шарт. Уни юзага чиқиши учун тўқимадаги аткив ёки бирламчи кўзиган сил ўчоғидан, майда томирлар деворига яқин жойлашган даволаниш натижасида қолдиқ ўзгаришга учраган патологик жараёндан СМБ қон оқимига тушиши шарт. Бир неча соат ёки кун давом этадиган специфик эндофлебит ёки эндартерит бактеримия билан барабар бўлади. Бошқа йўл билан СМБ кўкрак ёки бўйинтрук лимфа оқимига тушади, кейин юқори ток вена тизими ва юракнинг ўнг бўлимига тушади (*лимфогематоген йўл*).

Бактеримиемия – тарқоқ силни тарқалиши учун албатта бўлиши керак, аммо ягона сабаб эмас. СМБ га *ҳужайра ва тўқимани таъсирчанлигини ошириши* ҳам муҳимдир. Бактеримиеда организмнинг кўшимча носпецифик ва специфик сенсibiliзациясини бирмунча кучайтиради ва орттиради. Бундай ҳолда томирлар деворининг ўтказувчанлиги бирдан ортади. Бундай шароитда СМБ томир атроифдаги тўқимага қондан эркин ва етарлича ўтиши мумкин.

Тарқоқ силнинг ривожланиши учун асаб ва томир тизмининг функционал ҳолатини ўзгариши муҳим аҳамиятга эга. *Кортико-вицерал бошқарувни парокандалиги, вегито-томир дистонияси* ва микроциркўляциянинг бузилишига натижада, майда томирларда қон оқимининг секинлашуви ва атрофдаги тўқималардаги СМБ ни томир девори орқали қонга тушишига олиб келади. Сил инфекциясининг бирламчи даврида хужайраларни микобактерияларга сезгирлиги ошишини шаклланиши даврида макрофаг СМБни тез ютишини таъминлайди, кейин томир атрофи тўқимасига СМБ ни аралшиши ва ўтириш қобилятини йўқолади. Микобактериянинг кейинги ҳаракати тўхтайтиди, аммо уни парчаланиши қийин ва макрофагни бактериоцид имқонияти пасайганлиги учун жараён тугалланмай ҳам қолади. Натижада ўпканинг бронх-томир тутами атрофидаги интерстициал тўқимасида кўплаб сил ўчоқлари шаклланади.

СМБ ни гематоген тарқалишида ўчоқлар иккала ўпкада нисбатан симметрик жойлашади.

Гематоген тарқалишни ривожланиши учун асосий жараёнларига, бактериемия, СМБ ва уни токсинига тўқималарни гиперсезувчанлиги, ҳамда вегито-томир дистония ва микроциркуляцияни бузилиши киради.

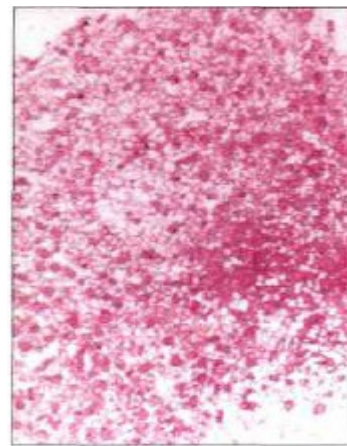
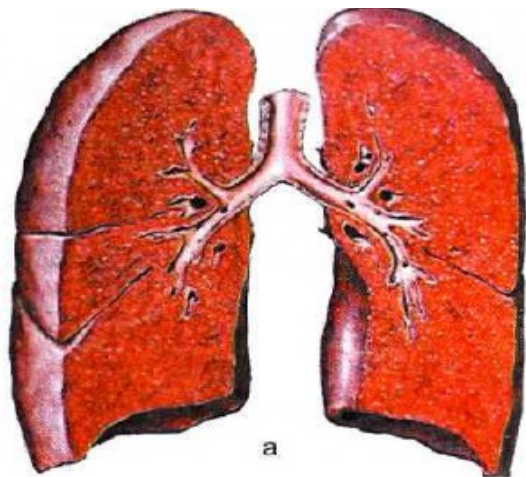
СМБ нинг ўпкада лимфоген тарқалиши лимфани ретроград оқими билан юзага чиқади. Уни юзага чиқишида кўкрак ичи лимфа тугуларида яллиғланиш реактивацияси ва ривожланган лимфоцтаз бўлиши керак. Микобактериянинг лимфоген тарқалишида кўпинча бир томонлама тарқалиш ва ўчоқларни илдиз атрофи жойлашиши устунлик қилади. Икки тарафлама лимфоген тарқалиш ҳам бўлиши мумкин. Гематоген тарқалишдан, лимфоген тарқалиш ўпкадаги ўчоқларнинг асимметрик жойлашиши билан фарқланади.

Тарқоқ силда яллиғланиш реакциясининг характериға ва ўчоқларнинг тарқалишиға организмнинг реактивлигининг индивидуал ўзига хослиги, ялпи бактериемия ва яққол иммунологик ва функционал паракондалик сабаб бўлади. Ўчоқлар ўлчами томирлар калбириға, жалб қилинган патологик жараёнға бир мунча даража боғлиқ.

Патоморфологик текширувлар маълумотиға кўра ўпка тарқоқ силининг учта варианты ажратилади. Улар ўпка тарқоқ силининг клиник кечишининг ўзига хослиғига боғлиқ ҳолда – *ўткир, ўткир ости ва сурункалиға* бўлинади.

Ўпканинг ўткир тарқоқ сили силға қарши иммунитетнинг бир мунча пасайишида ва ялпи бактериемияда юзага чиқади. Мисол учун, қон томир ёрилиб лимфа тугунидаги казеоз массадаги кўп миқдордаги СМБ ни қон оқимиға тушиши. Бактериал агрессияда ўпка капиллярларининг гиперергик реакцияси натижасида капиллярлар ўтказувчанлигининг бир мунча ошишиға, капиллярлар деворидан СМБни альвеолар тўсиқ ва альвеола девориға ўтишиға яхши шароит яратилади. Капиллярлар бўйлаб деярли бир вақтнинг ўзида кўп сонли бир хил тариксимон сариқ-қўлранг ўчоқлар шаклланади. Патологоанатомик текширувда ўпканинг кесилган юзасиға ўлчами 1 – 2 мм.ли бўртмачалар кўринишида юзага чиқади. Ўчоқлар иккала ўпкада бир хилда жойлашади. Альвеолалараро тўсиқ милиар (*milium* - тарик) ўчоқлар билан қопланган, хужайравий яллиғланиш ва шиш юзаға келади, ўпка тўқимасининг эластиклиги бир мунча пасаяди ва тарқоқ эмфизема ривожланишиға шароит яратади. Экссудатив ёки казеоз-некротик реакция етарлича тезликда маҳсулотли реакцияға алмашинади, шунинг учун ўчоқларнинг бирлашиши бўлмайди. Ўткир тарқоқ силнинг бундай шакли

милиар сил деб аталади (1 - расм). Баъзида кейинчалик сил жараёнининг тарқалиши: кўп миқдордаги микобактерия аниқланиши билан кўп сонли казеоз ўчоқлар ва бошқа аъзоларда ҳам кўзатилади (*сил сепсиси*).



1 – расм. Ўпканинг милиар сили.

а – патологоанатомик препарат расми; б – гистотопографик кесма.

Милиар сил этиотроп давосиз тез ривожланади ва кўпинча асоратли кечишига олиб келади. Кўпинча сил менингити ёки йирик казеоз ўчоқлар ҳосил бўлиши билан лобўляр казеоз зотилжам, томирлар деворининг некробиози ва қонни ўпка тўқимасига шимилиши кабилар кўшилади. Некротик массаларни эриши натижасида кейинчалик микобактериянинг бронхоген тарқалишига олиб келадиган кўп сонли каваклар шаклланади. Ўсиб боровчи сил интоксикацияси ва нафас етишмовчилиги одатда касалликнинг биринчи 2 ойида ўлимга олиб келади.

Ўз вақтида қўйилган диагноз ва тўлиқ давода милиар ўчоқлар мутлоқ сўрилиб кетиши мумкин. Эмфизема белгилари бир вақтда йўқолади ва ўпка тўқимасининг эластиклиги тикланади.

Ўпканинг ўткир ости тарқоқ сили иммунитетнинг озгина қўпол бузилиши ва кам сонли бактериемияда ривожланади. Бундай патологик жараёнга бўлак ичи веналари ва бўлаклар аро ўпка артериясининг шохлари жалб этилади. Ўчоқлар, ўртача ва йирик ўлчамдаги (5 – 10 мм. диаметрдаги) венулалар ва артериолалар атрофида шаклланади, ўчоқлар кўпинча кўшилади, емирилиши мумкин бўлган қонгломератлар ҳосил бўлади.

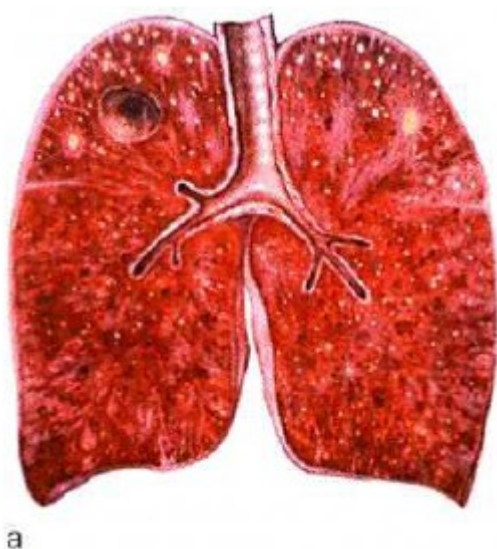
Ўчоқдаги яллиғланиш реакцияси секин аста маҳсулотли реакцияга ўтади. Альвеолалар девори ва альвеолалараро тўсиқда маҳсулотли облитерацияловчи васкўлит ва лимфангит ривожланади, ўчоқ атрофидаги ўпка тўқимасида эмфизема белгилари пайдо бўлади.

Ўткир ости тарқоқ силда ўпканинг мутлоқ симметрик шикастланиши кўзатилмайди. Ўчоқлар кўпинча ўпканинг юқори ва ўрта бўлакида, кўпинча субплеврал жойлашади. Тарқалиш ўпкада чегараланмайди ва кўпинча плевранинг висцерал варағига ҳам тарқалади.

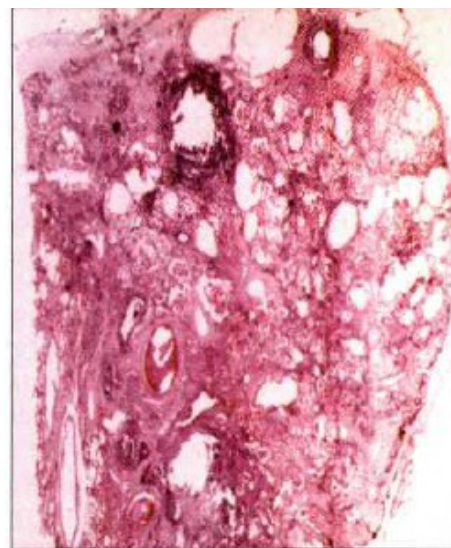
Даволанмаса жараён аста секин ривожланади, бошқа аъзолар ҳам жараёнга жалб қилинади. Кўпинча юқори нафас йўллари ва асосан ҳалқумнинг ташқи ҳалқаси шикастланади. Баъзида, ўлимга олиб келиши мумкин бўлган казеоз зотилжам юзага келади. Секин ривожланиши ҳамроҳлигида секин-аста ўпканинг ўткир ости тарқоқ силидан сурункали тарқоқ силга ўтиши мумкин. Специфик даво ўчоқларнинг сўрилишига ва қотишига имқон беради. Ўчоқларнинг тўлиқ сўрилиши кам кўзатилади. Алвеоляр тўсиқда фиброз ва атрофик ўзгаришлар кўзатилади. Касалликни илк даврида пайдо бўлган қайтмас тусдаги эмфиземани ортиради

Ўпканинг сурункали тарқоқ сили одатда ўз вақтида диагноз қилинмаган қайта лимфогематоген тарқалишнинг тўлқини натижасида аста-секин ривожланади. Тарқалишнинг навбатдаги тўлқини илгари ўзгармаган, қон оқими кам бузилган ўпканинг соғлом майдонида янги ўчоқлар ҳосил қилади. Тарқалишнинг кейинги тўлқини иккала ўпкада ҳам ўчоқларнинг “қаватма-қават” жойлашишига шароит яратади. Биринчи бўлиб чўкки ва орқа сегментлар шикастланади.

Патологоанатомик текширувда ўпканинг юқори ва ўрта бўлақларида ўчоқлар кўпроқ миқдорда аниқланади. Ўчоқлар субплеврал жойлашади. Ўпканинг кесилган юзасида оқиш-қўлранг фиброз тортмали ингичка илмоқли тўр, томирларни облитерацияси билан бирга диффуз периваскўляр ва перибронхиал фиброзлар яхши кўринади. Баъзида ўпка тўқимасида ялпи чандиқларни ва сил жараёнининг эскилигини билдирадиган плеврадаги фиброзларни аниқлаш мумкин (2 - расм). Фиброз ўзгаришлар ўпканинг юқори бўлимида бир мунча яққол, пастки бўлимида эса викар эмфизема кўзатилади.



а



б

2 – расм. Ўпканинг сурункали тарқоқ сили.

а – патологоанатомик препарат расми; б – гистотопографик кесма.

Ҳар-хил вақтда пайдо бўлган ўчоқлар орасида морфологик фарқ мавжуд. Янги ўчоқларда яққол маҳсулотли тўқимали реакция устунлик қилади. Анча илгари ҳосил бўлган ўчоқлар атрофи капсула билан қопланган. Эски ўчоқлар қисман фиброз тўқима билан алмашинган. Баъзида қўшилган кальций қавати аниқланади. Бундай ўчоқли тарқалиш полиморф деб аталади.

Ўчоқларнинг бирлашиш томонга силжиши ва парчаланишнинг шаклланиши кучсиз ифодаланган, шунинг учун парчаланиш бўшлиғи секин ҳосил бўлади. Бу жараённинг бир мунча ўзига хослик тарфалари мавжуд. Бўшлиқ кўпинча симметрик иккала ўпканинг юқори бўлагида жойлашади, уни йўли казеоз-некротик массадан тўлиқ ҳоли, девори ингичка, атроф тўқималарда перифокал яллиғланиш ва шиш кўзатилмайди. Бундай бўшлиқлар кўпинча *штампланган* ёки *кўзойнакли* каваклар деб номланади.

Ўпка тўқимасида биомеханик таркибининг бузилиши кичик қон айланиш доирасида гипертензига олиб келади, юракнинг ўнг қоринчасининг гипертрофияси ва секин аста ўпка юракнинг ривожланиши каби бир мунча морфологик ўзгаришлар пайдо бўлади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ сили касалларида СМБ нинг қайта гематоген тарқалиш тўлқини натижасида кўпинча ўпкадан ташқари ўчоқлар шакллиниши, ҳалқум, суяк ва бўғимлар, буйрак, жинсий ва бошқа аъзолар шикастланишига олиб келиши мумкин.

Сурункали тарқоқ сил даволанмаса секин-аста ривожланади ва фиброз-кавакли силга айланади. Асоратли кечганда казеоз зотилжам ривожланади ва касалликнинг тез ривожланишига ҳамда кўпинча беморни тезда ўлимга олиб келиши мумкин.

Этиотроп даво одатда сил ўчоқларининг қисман сўрилишига олиб келади. Кўп ўчоқлар зичлашади ва капсула ҳосил қилади, ўпкада диффуз фиброз ўзгаришлар вақти билан кўпроқ кучайиб боради.

Клиник кўриниши. Тарқоқ силда вужудга келадиган ҳар-хил патоморфологик ўзгаришлар ва патофизиологик парокандалик, уни ҳар-хил клиник кўринишида бўлишига сабаб бўлади. Касаллик баъзида назоратдаги флюорографик текширувда тўсатдан аниқланиб қолади. Аммо, кўпинча, тарқоқ сил касалларининг ўртача 2/3 соғлиғини ёмонлашгани сабабли текшириш жараёнида диагностика қилинади.

Ўпканинг ўткир тарқоқ (милиар) сили одатда 3 – 5 кун давомида ривожланади, клиниканинг яққол юзага чиқиши касалликнинг 7 – 10 кунларига тўғри келади. Биринчи бўлиб интоксикация симптомлари пайдо бўлади: ҳолсизлик, терлаш, иштахани ёмонлашуви, тана ҳароратининг ошиши, бош оғриғи, баъзида диспептик бузилишлар. Ҳарорат 38 – 39 ° С гача тез кўтарилади, гектик типдаги иситма кўзатилади. Интоксикациянинг ўсиши ва функционал бузилишлар тана вазнинг йўқолиши, адинамия, кучли терлаши, карахтлик ёки вақтинча хушни йўқотиш, алаҳлаш, тахикардия ва акроцианоз ҳам кўшилади. Ўзига хос клиник симптом – ҳансираш. Йўтал пайдо бўлиши мумкин, кўпинча қуруқ, баъзида қийин ажарладиган шиллиқли балғам билан. Токсико-аллергик тромбоваскулитнинг ривожланиши натижасида кўкрак кафасининг олдинги соҳасида ва кориннинг юқори қисмида оч пушти тошмалар тошади.

Ўпканинг барча юзасида тимпаник ўпка товуши, сусайган ёки қаттиқ нафас, кам миқдорда қуруқ ёки майда пуфакчали хриллашлар аниқланади. Кўпинча жигар ва талоқ катталашиши, баъзида бироз қорин дам бўлиши кўзатилади.

МНТ ини чуқур функционал парокандалиги билан яққол ифодаланган интоксикация симптомлари қорин тифини эслатади ва милиар силни *тифоид шаклини* диагностикаси учун асосий ҳисобланади. Бундай беморлар кўпинча биринчи бўлиб умумий юқумли касалликлар бўлимига ётқизилади.

Асфикция типигаги ҳансираш, ўсиб боровчи тахикардия, акроцианоз, курук тарқоқ йўтал ҳам, милиар ўчоқларни бронхларни шиллиқ пардасида тошганидан далолат, бундай ҳолатни милар силни *ўпка шакли* билан диагностика қилиши лозим. Милиар силни бундай шаклидаги беморлар кўпинча терапевтик бўлимларга ётқизилади, ўпкада носпецифик этиологияли яллиғланиш устунлик қилади.

Ўпканинг ўткир ости тарқоқ сили одатда секин-аста, бир неча ҳафта давомида ривожланади ва яққол клиник кўринишда бўлмайди. Бирмунча чўзилган шикастланиш бўлишига қарамасдан, бемор ўзини яхши ҳис қилиши ва умумий аҳволи қониқарли бўлиши мумкин. клиник кўринишини кам наъмаён бўлиши ва ўпканинг кўп лаб характердаги шикастланиши ўртасида типик боғлиқлик йўқ.

Ўткир ости тарқоқ сил касалларида яққол вегета-томир дистонияси, руҳий-эмоционал лабиллиги ва ўзига хос эйфория, бемор ўзини ҳолатига тўғри баҳо бермаслик устунлик қилиши кўзатилади.

Касалликни бошланишида кўпинча умумий ҳолсизлик, юқори хорғинлик, иш қобилитини пасайиши, таъсирчанлик, терлаш каби симптомлар пайдо бўлади. Иштаҳа пасаяди, секин-аста тана вазни камаёди. Баъзида тана ҳарорати субфебрил кўтарилиши, биров ҳансираш ва даврий пайдо бўлувчи балғамли йўтал кўзатилади. Кейинчалик кўпинча ёнбошда оғриқ ёки ютинганда томоқда қичишиш ёки оғриқ, товушни битиши юзага чиқади. Бу симптомлар одатда тарқоқ силни типик асоратлари ривожланганидан далолат беради. Ёнбошдаги оғриқ плеврит бўлганлигини, юқори нафас йўлларидаги ўзгаришлар эса ҳалқум сили бўлганини эҳтимолини беради.

Ўткир ости тарқоқ сили беморларини объектив кўрикда турғун қизил дермографизм, ўпка товушини нисбатан симметрик қисқариши ва ўчоқлар йиғилган майдонда кураклар аро ораликда доимий бўлмаган курук хириллашлар аниқланиши мумкин. Баъзида йимирилиш бўшлиқлари шакланганда майда пуфакчали ва ўртача пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силнинг клиник кўриниши сил жараёнини босқичига ва жараёни давомийлигига боғлиқ. Жараён авж олганда ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳани пасайиши ва тана вазнининг камайиши пайдо бўлади. Беморда тахикардия ва кўпинча курук, баъзида кам микдорда балғамли йўтал кўзатилади. Яллиғланиш реакцияси

сўнганда касаллик деярли симптомсиз кечади. Аммо, бундай кам миқдордаги яхши тарафга ўзгариш давом этмайди, бир қанча вақтдан кейин жараён янгидан авж олади.

Сурункали тарқоқ силнинг бир мунча доимий клиник симптоми хансирашдир. Уни ривожланиши секин-аста ўсиб боровчи диффуз пневмофиброз, эмфиземалар билан боғлиқ. Жисмоний ёки эмоционал зўриқиш хансирашни кўзга ташланадиган қилиб қўяди. Сил жараёнининг зўрайишида ва интоксикация кучайганда хансираш яққол кучаяди. Кўпинча беморларда марказий ва вегетатив асаб тизимининг функционал ўзгаришида ҳар-хил неврологик реакциялар кўзатилади. Эндокрин бузилишлар, асосан гипер- ёки гипотиреоз бўлиши мумкин.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силининг характерли белгиларига ўмров усти ва ости оралиғининг тушиши хос. Иккала ўпканинг юқори бўлагидаги фиброз ўзгаришлар, бронхлар деформацияси ва сурункали бронхит кўкрак қафасининг юқори бўлимида қисгарган ўпка товуши эшитилишига сабаб бўлади, кўпинча қуруқ хириллашлар пайдо бўлади. Жараённинг зўрайиш даврида кам сонли нам хириллашлар эшитилиши мумкин. кўкрак қафасининг пастки бўлимида эмфиземага боғлиқ бўлган тимпаник ўпка товуши ва сусайган нафас эшитилади. Сурункали тарқоқ силда каверналар кўпинча “соқов”, яъни каверна перкуссия ва аускультацияда аниқланмайди.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силининг асоратли кечишида ўзига хос клиник ва лаборатор белгилар аниқланиши мумкин. Чаноқ-сон, тизза, ошиқ-болдир ёки бошқа бўғимлардаги, баъзида умиртқа поғанасидаги оғриқлар суяк тизимининг силдан шикастлангани ҳақида гувоҳлик беради, гематурия ва лейкоцитурия – буйракни шикастланганлигини, бепуштлиқ – сил яллиғланиши жинсий аъзоларда ривожланганлигини билдиради. Плеврит симптоми ва ҳалқум сили пайдо бўлиши мумкин.

Бундай оғир, сил менингити ва лобўляр казеоз зотилжамга ўхшаш кўпинча ўлимга олиб келадиган асоратлар ўпканинг тарқоқ силининг ҳамма шаклларида ривожланиши мумкин. Улар яққол кучайган интоксикацион синдромларда ва маҳаллий шикастланишга хос клиник симптомларда юзага чиқади. Менингитда энса мушакларининг ригидлиги, Керниг ва Бабинский симптомлари қўшилади. Лобўляр казеоз зотилжам ривожланганда кучли йўтал, бир мунча миқдорда шиллиқ-йирингли балғам ажралиши, қон туфлаш кўзатилиши мумкин. Нафас аъзоларини объектив текширишда кўп сонли ҳар-хил калибердаги нам хириллашлар эшитилади.

Диагностика. Ўпканинг тарқоқ силининг диагнози беморни комплекс текшириш натижаларига асосланади.

Ўпканинг тарқоқ силида шикоятлар ва клиник симптомларни патогномоник аҳамияти йўқ. Ўпканинг тарқоқ силининг таҳлиллари врачга клиник ҳолатда кўпгина умумий йўналиш беради ва диагностик қидрув алгоритмини аниқлашга ёрдам беради.

Диагноз қўйишда анамнезида БЦЖ билан вакцинация ва ревакцинация, бактерия ажратувчи билан мулоқати, илгари бирламчи сил ўтказганлиги ҳақида маълумот, илгари тарқоқ қуруқ ёки экссудатив плеврит бўлганлиги, ўпкадан ташқари сил билан шикастланган ўчоқлар аниқланиши муҳум маълумотларини беради. Силга қарши иммунитетни пасайтирадиган, тўқималарни гиперсенсibiliзациясига ва бактериемияни ривожланишига имқон бериши аниқланган ташқи ва ички муҳит факторларини аҳамияти катта.

Туберкулин-диагностикасининг (2ТБ билан Манту синамаси) натижалари касалликнинг клиник шакллариغا боғлиқ. Ўткир милиар силда кескин пасайган ҳужайравий иммунитет бўлгани учун туберкўлингa манфий анергия ёки кам мусбат жавоб реакцияси ривожланади. Милиар сил ўз вақтида диганостика қилинганда ҳамда адекват даво фонида туберкўлингa сезгирлик ошиб боради ва секин-аста нормергик ҳолатга келади. Ўткир ости ва сурункали тарқоқ сил асоратсиз кечган касалларда туберкўлин реакцияси ўртача ифодаланган, кўпинча нормергик, асоратли кечганда туберкўлингa сезгирлик пасаяди.

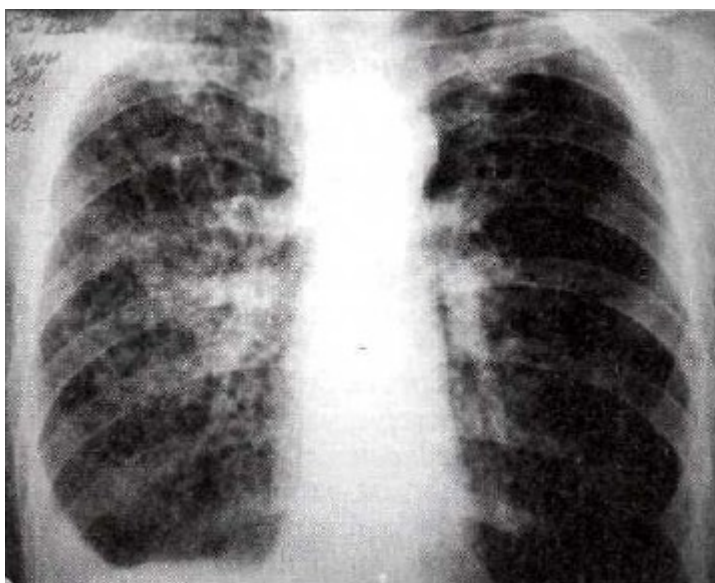
Ўткир милиар силда, йўтал кўпинча бўлмагани учун *балғамни бактериологик текширишни* бажариш ўзига яраша қийин бўлади. Умумий аҳволи оғир беморларда таъсирловчи инглаяция қўлланилмайди. Аммо милиар силда бронхиал ювундида ҳам ўпка тўқимасида емирилиш ўзгаришлари бўлмагани учун СМБ си аниқланмайди. Қонни экиб текширганда СМБ ни 15 – 18% ҳоллардагина аниқлаш мумкин.

Ўткир ости ва сурункали сил касалларида балғамда СМБ специфик жараённинг авж олган даврида ва ўпкада парчаланиш бўшлиқлари пайдо бўлганда аниқланади. Бактерия ажратувчилар одатда унча кўп бўлмайди, шунинг учун люминесцент микроскопда экиб текшириш зарур. Ўпка тарқоқ сили беморларида СМБ ўртача ярмида аниқланади.

Беморларни рентгенологик текшириш муҳим аҳамиятга эга бўлган диагностик маълумотлар беради.

Ўпканинг тарқоқ силда етакчи рентгенологик синдром ўчоқли тарқалиш ҳисобланади.

Гематоген ва лимфогематоген тарқалишга иккала ўпкада нисбатан симметрик жойлашган кўп сонли ўчоқли сояланишлар хос. Лимфоген тарқалишда ўчоқли сояланишлар кўпинча битта ўпкада, кўпроқ ўрта бўлимда аниқланади (3 - расм). Икки тарафлама лимфоген тарқалиш одатда асимметрик бўлади.



3 – расм. Ўпканинг тарқоқ сили. Ўнг ўпкада лимфоген тарқалиш.

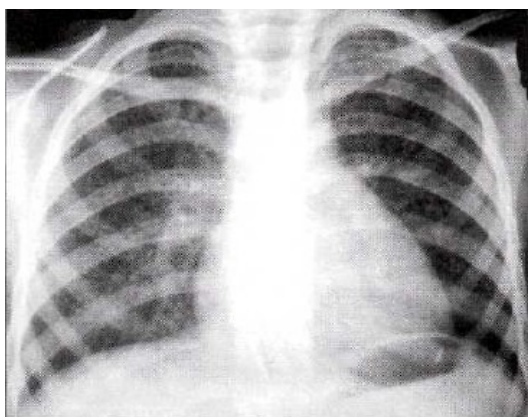
Тўғри проекциядаги ўпка рентгенограммаси.

Ўткир милиар силда касалликнинг биринчи 7 – 10 кунларида ўчоқларнинг ўпкада тарқалишини рентгенограммада аниқлаб бўлмайди. Ўпканинг интерстициал тўқимасини қуюқ қоплаган янги ўчоқларни ўлчами ва зичлиги обзор суратда кўриниш учун етарли эмас. Иккала ўпкада ҳам ҳар бир ўчоқ атрофидаги тўқимада шиш ва ўпканинг интерстициал тўқимасининг зичлашиши ҳисобига ўпка майдонининг тиниқлилигини диффуз пасайиши, ўпка расмининг аниқмаслиги (суркалган), ўзига хос майда доғчали тўрлар кўринади. Касалликнинг 10 – 14 кунларида рентгенографияда ўпканинг чўққисидан то базал қисмигача симметрик жойлашган майда (диаметри 2 мм.дан ошмаган) бир жинсли ўчоқли соялар кўринади. Бундай умумий майда ўчоқли тарқалиш – милиар силнинг рентгенологик белгисига хос. Ўчоқли тарқалишлар, ўпкаларни бир хил шикастлашига қарамасдан, кўпроқ ўпканинг ўрта ва пастки майдонларида қуюғроқ тус олади. Ушбу тушунча ўпканинг тегишли бўлимларининг катта ҳажм ва маълум ҳажмдаги аъзонинг ясси тасвиридаги ўчоқлар йиғиндиси самараси билан асосланган

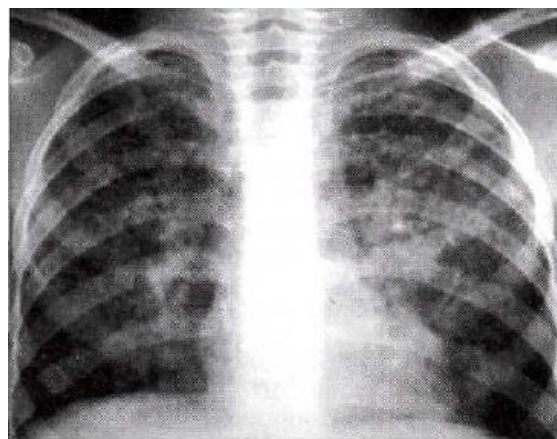
Ўчоқли соя юмалоқ шаклда, кам интенсивликда ва чегаралари аниқмас. Улар кўпинча занжир шаклида жойлашади, бир қанчаси томирлар бўйлаб жойлашади. Кўп миқдордаги ўчоқлар фонида майда томирчалар амалий кўринмай қолади, фақат йирик томир ўзанлари равшан кўринади.

Ўпканинг милар шикастланишидаги барча зарур рентгенологик белгилар КТ қўлланилганда аниқланиши мумкин. КТ нинг юқори кесиш имқонияти майда ва юмшоқ ўчоқларни яхши кўриш имқонини беради ва ўчоқни топографиясини ва таркибини аниқлайди.

Болаларда ўткир тарқоқ сил бирламчи сил асоратли кечганда ривожланади. Рентгенограммада ўчоқларнинг тарқалиши, ҳамда кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталаниши ёки ҳали ўз ривожланиши тугалланганмаган бирламчи сил мажмуасининг таркиби кўринади (4 - расм). Ўткир тарқоқ силда ўчоқлар эрта болалик давридаги болаларда, катталарга қараганда йирикроқ, ўлчами 2 дан 5 мм.гача бўлиши хос.



а

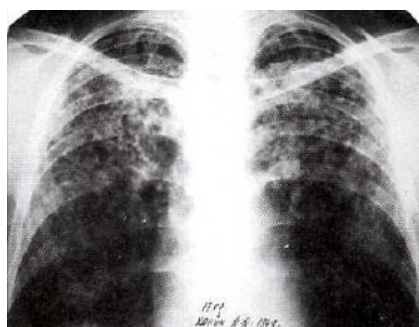


б

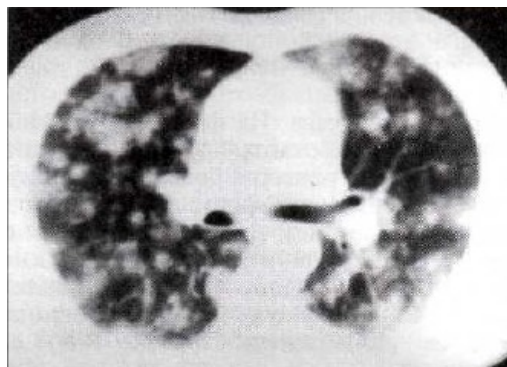
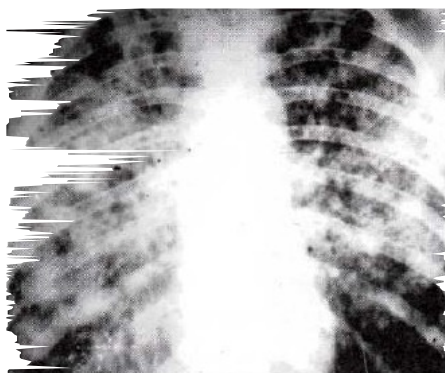
4 – расм. Бирламчи генезли ўткир тарқоқ сил. Бронхопульмонал лимфа тугунларини шикастланиши (а) ўнг томонлама ва (б) чап томонлама. Лимфогематоген тарқалиш. Тўғри проекциядаги ўпка рентгенограммаси.

Ўпканинг ўткир ости тарқоқ сили микобактерияларнинг гематоген тарқалишида ривожланади, ўчоқли соялар кўпроқ ўпканинг юқори ва ўрта бўлимларида тарқалиши, яъни субтотал ўчоқли тарқалиш хос. Ўчоқли соялар бошқа ўчоқ сояларидан алоҳида фарқ қилмайди. Улар асосан йирикроқ (диаметри 5 – 10 мм), кам ёки ўртача интенсивликда (субтотал йирик бир хилдаги ўчоқли тарқалишлар) бўлади (5, 6 - расмлар). Ўчоқ соялари томирларни бўйлама соялари бўйлаб гулчамбар кўринишида жойлашиши мумкин. ўчоқ сояларининг чегараси одатда ноаниқ бўлади. Бир

қанча ўчоқларнинг соялари аралишиб кетади ва ўпка тўқимасининг парчалангани учун ёруғланиш майдони билан фокуси сояланишлар ҳосил қилади. Баъзида емирилишли ўзгаришлар ингичка деворли ҳалқасимон соялар кўринишида бўлади.



5 – расм. Ўпканинг ўткир ости тарқоқ сили. Ўчоқ соялари иккала ўпканинг юқори ва ўрта бўлимларида. Тўғри проекциядаги рентгенограмма.



6 – расм. Ўпканинг ўткир ости тарқоқ сили. Ўпкада йирик ўчоқли соялар.

а – тўғри проекциядаги рентгенограмма; б – КТ.

Келиб чиқиши лимфоген бўлган ўткир ости тарқалиш ўчоқ соялари кўпроқ бир томонлама ўпканинг ўрта ва пастки бўлақларида бўлади. Ўчоқ соялари гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, гуруҳ ўртасида яссисимон лимфангитни тўрли соялари бўлади. Ўпка илдизини ва кўкс оралиғини томографик текширувда кўпинча бир мунча катталашиш, зичлашиш, лимфа тугунларининг баъзи қисмларининг кальцинациялашиши кўринади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силида рентгенограммадаги ўзгаришлар жуда хилма-хил бўлади. Ўзига хос белгиларига нисбатан симметрик полиморф субтотал ёки тотал тарқоқ ўчоқлар киради.

9.16 – расм. Тарқоқ туберкулёзда муҳрланган каваклар. КТ.

Ўчоқларнинг турли вақтларда пайдо бўлганлигига кўра, шаклда ва интенсивликда бўлади. Ўпканинг юқори қисмида ўчоқнинг соялари пастки бўлимларга қарганда йирикроқ бўлади. Ўчоқларда қўшилиб кетишга мойиллик бўлмайди. Янги тошмалар пайдо бўлишига қараб, рентгенограммада аниқланадиган симметрик ўзгаришлар бузулади. Баъзи бир касалларда иккала ўпкасида ҳам ингичка деворли халқасимон ички ва ташқи чегаралари аниқ соялар аниқланади – муҳрланган ёки кўз ойнакли каваклар деб аталади.

Иккала ўпканинг юқори бўлимида ўпка сурати кучайган, яққол интерстицион фиброз билан боғланган тўр-уячали тусда деформацияланган. Икки тарафлама кортико-апиал плевра қаватланиши (швартлари) яхши кўринади. Базал бўлимида ўпка сурати бирлашган, ўпка тўқимасининг тиниқлиги викар эмфизема ҳисобига кучайган.

Қовруғанинг горизонтал жойлашиши ва диафрагма гумбазининг бироз пастда туриши кўринади. Юқори бўлак ҳажмининг камайишининг фиброз билан алоқадорлиги ҳисобига ўпка илидзи сояси симметрик юқорига тортилади (“мажнун тол” симптоми). Рентгенограммада юракнинг сояси ўртача ҳолатда, унинг кўндаланг ўлчами йирик томирлар қисмида торайган (“томчи юрак” симптоми).

Ўпканинг ўткир ости ва сурункали тарқоқ силида қолдиқ ўзгаришлардан кейин рентгенограммада иккала ўпкада ҳам кўп сонли юқори интенсивликда ўчоқли соялар аниқланади.

Сурункали тарқоқ сил секин-аста ривожланганда кўпинча фиброз-кавакли жараён шаклланади. Кўпол фиброз ўзгаришлар ва бронхоген тарқалган полиморф ўчоқлар фонида катта ўлчамдаги муаллақ каваклар пайдо бўлади.

Ўпканинг тарқоқ силининг барча шаклининг лобўляр казеоз зотилжам билан асоратли кечишида, иккала ўпкада ҳам кўплаб йирик (диаметри 5 дан 10 мм.гача) нотўғри шаклдаги яққол ифодаланмаган ўчоқли соялар пайдо бўлади. Яхши кўринадиган ўчоқлар қор парчаларини эслатади. Кўпинча

Ўчоқлар ҳосилали фокусларга ва катта қонгломератларга аралашиб кетади. Лобўляр казеоз зотилжамда ўпкада рентгенологик кўриниш кўпинча “қор бўрони” деб номланади. Иккала ўпкада казеоз некроз тарқалган майдон ва казеоз-некротик жойда ҳосил бўлган бўшлиқ фокусида ҳар-хил диаметрдаги ҳалқасимон соялар аниқланади.

Ўпканинг гематоген тарқоқ сил касалларини фибробронхоскопия қилганда кўпинча бронхнинг шиллиқ пардасида кўплаб сил бўртмачалари аниқланади. Баъзида эрта гематоген тарқалишда бронх сили ёки уни давосидан кейинги қолдиқ ўзгаришлар аниқланади. Фибробронхоскопия қилиш жоғида бронхоальвеоляр ювунди ва бронхдан қистиргич ёрдамидабиопсия олиш, ўпкадан ёки лимфа тугунидан пункцион биопсия олиш мумкин. Бронхоальвеоляр ювундидан ҳужайра элементлари таркибини ва лимфоцитларни санаш специфик жараёнларни бошқа белгиларини аниқлаш мумкин. Касалликнинг сил этиологиялилигини бронхиал биопсия орқали сил гранулёма элементларини аниқлаб тасдиқлаш мумкин.

Ўпканинг ўткир тарқоқ сили касалларида *қоннинг умумий клиник таҳлилида* одатда ўртача лейкоцитоз ёки лейкоцитлар таркиби нормада, эозинофиллар ва лимфоцитлар камайган. Лейкоцитар формулани чапга силжиши билан абсолют ва нисбий нейтрофилез ва бир мунча ЭЧТ ни ошиши кўзатилади. Касаллик зўрайганда лейкопения ва тромбоцитопения ривожланади. Анемик синдром одатда кўзатилмайди. *Умумий сийдик таҳлилида* баъзида оксил аниқланади ва диазореакция мусбат бўлади. Ўткир ости тарқоқ силига ўртача лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, таёкча ядрога силжиш билан ва ЭЧТни ошиши хос. Эритроцитлар сонини камайиши ва олигохромазия бўлиши мумкин. Сурункали тарқоқ силни кўзиш даврида гемограммада аналогик ўзгаришлар кўзатилади. Сил жараёнининг барқарорлик даврида умумий қон таҳлилида яллиғланишга хос ўзгаришлар кам учрайди, баъзида тромбоцитлар бир мунча ошади.

Ўткир миляр сил касалларини *иммунологик текширганда* кўпинча Т-лимфоцитлар популяциясини (асосан Т-хелперлар субпопуляцияси) бир мунча камайганлиги аниқланади ва лимфоцитларни бласттрансформация реакциясини баҳолайдиган функционал активлиги пасайганлиги аниқланади. В-лимфоцитларни фоизи ошади. *Иммунофермент таҳлилда* кўпинча СМБ га антителолар титри бир мунча ошади.

Ўпканинг тарқоқ силида *қонни биокимёвий таҳлилида* баъзида глюкокортикоид фракциясини камайиши ва минералокортикоид маҳсулотларини кўплиги фонидаги буйрак усти безининг пўстлоқ қисмини

етишмовчилиги белгилари аниқланади. Иммуни жавобда катнашадиган, хужайрага таъсир этадиган прогестерон, тестостерон ва бошқа гормонларни секрецияси бузилиши мумкин.

Ўпканинг тарқоқ силида ТНФ текширишда асосан рестриктив тусдаги ҳаво айланишининг бузилиши аниқланади. Улар ўпкадаги морфологик ўзгаришлар ва сил интоксикациясига боғлиқ бўлади. Касалларни текширганда одатда нафас олиш сонини тезлашгани, ЎХС камайгани, артериал ва веноз қоннинг таркибида кислородни миқдорини камайгани аниқланади. Ишлатилган кислород коэффиценти нормадагидан бир мунча паст бўлади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силида рестриктив типдаги вентилицион етишмовчиликдан кўпинча сурункали обструктив бронхитга олиб келадиган обструктив типдаги вентилицион етишмовчилик ривожланади. Бу касалларда сурункали ўпка юрак белгилари кўзатилиши қонундек бўлиб қолган. ЭКГда II ва III уланишларда R тишчани баландлашгани, кенгайгани ва деформациялангани, *эхокардиографияда* – ўнг қоринчани деворини қалинлиги ва ҳажми ошгани аниқланади.

Ўпканинг тарқоқ сили диагнозини клиник тасдиқлаш учун рентгенологик ва лаборатор маълумотлар кўпинча етарли ҳисобланмайди, шунинг учун морфологик тасдиқлаш зарурияти ҳам туғилади. Бунини клиника шароитида қилиш имқони бўлмаса, молекулляр-биологик диагностикага (СМБ праймери учун маҳсус ПЗР (ПЦР)) юзланиш керак. Диагностик даво *exjuvantibus* ҳам қўлланилади.

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.