

САМАРКАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
2-ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР ВА УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ



**Ўпка ва плевранинг носпецифик йирингли
касалликларида ҳамда кўкрак қافаси травмасида
ҳансираш ва кўкрак қافасида оғриқ синдроми**

Даволаш ва касб таълими факультетларининг
7 курс талабалари учун маъруза

Маърузачи: профессор Карабаев Х.К.

Самарқанд – 2016 йил

Маъруза номи: Ўпка ва плевранинг носпецифик йирингли касалликларида ҳамда кўкрак қафаси травмасида хансираш ва кўкрак қафасида оғриқ синдроми. Тушунча, классификация, клиника, симптоматология, диагностика, дифференциал диагностика, асоратлари. УАШ ва жарроҳ тактикаси. Биринчи ёрдам ва даволаш. Консерватив ва оператив даволашга кўрсатмалар.

Маъруза мулжалланган: Даволаш ва касб таълими факультетларининг 7 курс талабалари учун маъруза.

Маърузанинг мақсади:

- ўпка ва плевра деструктив йирингли хасталиклари ,кистаси ва кукрак қафаси шикастланишида хансираш, йутал, кукракдаги оғриқ ва уларнинг асоратлари тушунчаси ва таснифини билиш

- шу хасталикларни тахлил этиш, асосий клиник белгиларини аниқлай билиш

- тахминий ташхисни аниқлай билиш, дифф. ташхисни узлаштириш

- беморларни клиник, биохимик, инструментал, рентгенологик текшириш усуллари билан танишиш ва уларнинг натижаларини тахлил эта билиш

- ўпка деструктив йирингли хасталиклари асоратлари ва кукрак қафаси шикастланишлари асоратларини билиш, диагностика қилиш (пиопневмоторакс, гемоторакс, ўткир нафас етишмовчилиги)

- беморларнинг даволашнинг асосий принципларини билиш

- пиопневмоторакс, пневмоторакс, гемоторакс ва ўткир нафас етишмовчилигида УАШ тактикаси ва биринчи ёрдам бера олиш.

Мавзуни асослаш: ўпка деструктив йирингли хасталиклари билан беморларнинг купайиб бориши замонавий тиббиёт олдига уларнинг даволаш муаммоларини ҳал қилиш масаласини қўйилмоқда. Хозирги кунда кучли антибиотиклар қулланилишига ва пульмонологик хизматнинг такомил этишига карамай ўпка деструктив йирингли хасталиклари купайиб бормоқда. Купинча оғир шакли некротик формасидаги йиринглаш учрамоқда. Бу хасталикда ҳамда кукрак қафаси шикастланишлари гемо- ва пневмоторакс билан асоратланганда ҳаёт учун хавфли вазият вужудга келади, турли хил ўткир асоратлар ривожланади (пиопневмоторакс) ва улар тезлик билан беморларга шошилиш ёрдам курсатишни такозо этади, акс ҳолда улим ҳолатига олиб келади. Шунинг учун ҳар қандай шифокор ўпка деструктив йирингли хасталиклари, ўпка кистаси ва кукрак қафаси шикастланиши ва уларнинг асоратларини текшириш ва даволаш принципларини мукамал билиши ва лозим бўлганда шошилиш ёрдам курсата олиши керак.

Маъруза режаси:

- хансираш, кукракдаги оғриқ, йутал, кон туфлаш синдромларининг мохияти;
- Киска анатомио-физиологик маълумотлар, беморларни текшириш усуллари (рентгенологик бронхография, бронхоскопия, АПГ, БАГ ва бошқалар);
- ўпка абсцесси, ва кукрак кафаси шикастланиши асоратлари тушунчалари;
- ўпка абсцесси ва гангрена этиопатогенези, таснифи;
- ўпка деструктив йирингли хасталиклари, уларнинг асоратлари симптомлари, киесий ташхис;
- беморларнинг текшириш усуллари ва уларнинг натижалари тахлили;
- беморларнинг даволаш асосий принциплари, УАШ тактикаси, биринчи шошилиш ердан, плевра бушлигини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга курсатма;
- пневмоторакс ва гемоторакс турлари, ташхис, биринчи шошилиш ердан, плевра бушлигини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга курсатма, операциядан сунг реабилитация.

МАЪРУЗА БАЁНИ

Статистик маълумотлар. Ўпка ва плевранинг номахсус яллигланиш касалликлари сунгги ўн йилликларда аҳолининг касалланиши, ногиронлиги ва улими борасида кўп мамлакатларда юрак кон-томир касалликлари ҳамда хавфли усмалардан кейин 3-уринга чиқиб олди. Бундай беморлар сони хар йили 5% га ошмоқда. Яна шуни эсда тутиш лозимки, бу касалликларнинг куплари, айникса, сурункалилари орқага қайтмас тавсифга эгадир.

Академик Стручков В.И. нинг маълумотларига кура, ўпка ва плевранинг номахсус яллигланиш касалликлари нафас олиш тизими барча касалликларининг 5-7% ни, плевра эмпиемаларининг эса 9-11% ни ташкил этади.

Ўпка ва плевранинг номахсус яллигланиш касалликларида улим уртача 7-12% ни ташкил этади.

Кон кетиш билан асоратланганда - 26-40%.

СДЛ да шифохонадаги ўлим 20% ни ташкил этса, ўпка гангреназида 50% ни хосил қилади.

□ *Хансираш* — бу нафас етишмовчилиги бўлиб, нафас олиш ва чиқаришда қўшимча куч талаб қилувчи синдромдир.

□ *Хансираш даражалари:*

- I даража - оғир жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши;
- II даража – ўртача жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши;
- III даража – енгил жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши;
- IV даража – дам олиш вақтида пайдо бўлиши;

□ *Хансирашнинг асосий сабаблари:*

Юрак қон томир касалликлари:

- ўткир юрак етишмовчилиги (бир неча соатда пайдо бўлади);
- ЎАТЭ (2-3 дақиқа орасида пайдо бўлади);
- аорта аневризмаси қатламлашуви (бир неча соатда пайдо бўлади);
- юрак тампонадаси (бир неча соатда пайдо бўлади);
- миокардит, кардиамиопатия (бин неча кун, хафтада пайдо бўлади).

Нафас аъзолари касалликлари:

- Юқори нафас йўллари обструкцияси (бир неча дақиқада пайдо бўлади);
- Пневмоторакс (2-3 дақиқа орасида пайдо бўлади);
- ўпка ателектази (бир неча соатда пайдо бўлади);

Хансираш турлари:

- Тахипное,
- Ўпка минутлик нафас хажмининг камайиши,
- Экспиратор,
- Инспиратор.

Келиб чиқиш механизмига кура сабаблари:

- ташки нафас олиш механикасининг бузилиши,
- қон транспорт вазифасини бузилиши,
- тукима нафас олишининг бузилиши.

Юрак ва ўпка касалликларидаги хансирашни қиёсий таққослаш

Белгиси	Юрак-қон томир касалликлари	Ўпка касалликлари
Хансираш	Инспиратор	Экспиратор
Анамнез	Хафақон касаллиги, ЮИК, юрак нуқсони	Ўпка касалликлари
Пайдо бўлиш вақти	Жисмоний ишдан сўнг, тўсатдан	Дам олиш вақтида, аста-секин
Йўтал	Камдан-кам, қуруқ	Йўтал балғам кўчиши билан
Аускультация	Кичик ўлчамли, нам хириллашлар	Қуруқ, тарқоқ хириллашлар

Ўпканинг носпецифик йирингли касалликлари таснифи:

1. Ўпка хуппозии ва гангренаи.
2. Ўпка хуппозидан кейинги пневмосклероз.
3. Бронхоэктазиялар.
4. Ўпканинг йиринглаган кисталари.

Ўпка хуппозии таснифи БИПТИ:

I. Йирингли хуппозлар :

A. Патогенези буйича:

1. аэроген хуппозлар – аспирация окибатида.
2. Гематоген хуппозлар – эмболия окибатида.
3. Травматик хуппозлар.
4. Септик хуппозлар.

B. Кечиши буйича:

1. ўткир хуппозлар
2. сурункали хуппозлар (кузиш босқ., ремиссия босқичи)

B. Жойлашуви буйича:

1. марказий
2. периферик (якка ва куп сонли, сегмент ва булак курсаткичи билан)

G. Асоратланиши буйича:

(асоратсиз, эмпиема, пиопневмоторакс, кон кетиш вабошқалар билан асоратланиши)

II. Гангреноз хуппозлар (йирингли хуппозлар каби кечиши, жойлашуви ва асоратланиши буйича)

III. Тарқалган гангрена.

3. Ўпка абсцесси - бу ўпка 1 сегменти чегарасида перифокал инфильтрация билан чекланган, йиринг тупланган 1-2 бушлик ҳосил қилувчи ўпканинг чекланган йирингли деструктив яллигланишидир. Йирингли бушлик ўпка соғ туқималаридан пиоген капсула билан ажралган.

Ўпка гангренаи деганда ўпка 1 булаги еки бир неча булаги соҳасининг чекланмаган .капсула билан уралмаган ва тарқалишга мойил чириклик-некротик зарарланиши тушунилади.

4. Келиб чиқишига кура ўпка абсцессларининг бронхоген (аспирацион, постпневмоник ва обтурацион), тромбоэмболик (микробли ва асептик) ва посттравматик турлари бор.

5. Ўпка абсцессининг келиб чиқишига кура турлари ва уларнинг учраш фоиизлари:

- пневмоник(пара- ва метапневмоник) - 70%
- аспирацион - 15-20%

- обтурацион - 1%
- гематоген-эмболик - 1-9%
- посттравматик - 1-3%

ЭТИОЛОГИЯ:

- микроорганизм;
- locus minoris resistencia омилларини келтириб чиқарувчи ўпка касалликлари булган макроорганизм.

ўпка хуппози келиб чиқишининг сабаблари:

- зотилжам – 69,4 %
- аспирация – 17,8 %
- грипп – 3,6 %
- жарохат – 1,2 %
- сабаби номаълум – 7,9 %.

Ўпканинг ўткир хуппози ривожланишида куйидаги 3 та омил энг куп ахамият касб этади:

1. Ўпка паренхимасининг ўткир номахсус инфекцион жараёнлари.
2. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши.
3. Ўпка тукумаси кон айланишининг бузилиши ва некрози.

Беморларни жинси ва ёшига кўра ажратилиши.

Эркаклар аёлларга нисбатан 8 марта куп касалланадилар. 80% холларда беморлар ёши 40-60 ташкил этади.

С.И. Спасокукоцкий (1840 й.) ўз монографиясида ўпка хуппози ривожланишига замин яратувчи омилларни курсатиб утган:

– бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши (даволанмаган бронхозотилжамлар);

– ёт жисмлар аспирацияси;

– бронхлар эвакуатор фаолиятининг бузилиши (2-3 йил ва ундан куп чекувчи кашандаларда бронхлар эпителийси киприкчаларни йукотади ва шиллик эвакуацияси йутал ёрдамида амалга оширилади);

– бронхда усма ва чандикли стеноз борлиги.

Бронхоген зотилжамли хуппозлар 70% ни ташкил этади.

30 йилларда ўпканинг ностерил экани исботланган, оғиз ва бурун бушлигида канака микроорганизмлар кузатилса, ўпкада ҳам худди шу флора мажуд бўлади, аммо, бироз кам микдорда. Эндотелий, тирик ўпка тукумаси микробларга карши туради. Ателектазда эса тукуманинг эриши ва кон айланишининг бузилиши юз беради, бу уз навбатида микроблар купайишига олиб келади.

2. Гематоген - эмболик хуппозлар 2- уринни эгаллаб, 10 % ни ташкил

этади.

Микроэмболияларда инфекция тушиши хуппозлар келиб чиқишига сабаб бўлади (метастатик – куп сонли) – бу сепсис, тромбофлебит, остеомиелитларда юз беради.

3. Ўпканинг жароҳатдан кейинги хуппозлари, плевранинг йирингли касалликлари кукрак кафасини тешиб кировчи жароҳатларнинг 3% да учрайди. Бу ҳолат кукрак кафасини тешиб кирмайдиган жароҳатларда ҳам кузатилиши мумкин. Кон куйилиши, ўпканинг жигарланиши билан кечувчи ўпканинг лат ейиши ҳам унинг йиринглашига сабаб бўлиши мумкин.

Вагнернинг фикрича, тинчлик давридаги кукрак кафасларининг жароҳатлари уруш давридагига нисбатан купрок йиринглашга олиб келади.

4. УСД - ўпканинг стафилококкли деструкцияси – стафиллококкли улат (лимфоген, кушни аъзолардан, гематоген ва б.).

Ўпка хуппозларининг сегментлар бўйича жойлашуви:

Унга	Чапда
II сегмент 51,4 %; 38,6 %	12,8 %
VI сегмент 28,5 %; 19,5 %	9,0 %

БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Умумий клиник текширишлар: бемор шикоятлари ва анамнезини аниклаш, визуал куриш, пальпация, перкуссия, аускультация, бронхофония ҳамда кон, сийдик ва балгамни лаборатор текширишлардан ташкари беморларда инструментал махсус текширишларни ўтказиш лозим. Булар жумласига нафас олиш ҳажмларини аниклаш, спирография ва спирометрия, бронхоскопия ва иммунологик ҳолатни ва балгам микрофлораси, уни антибиотикларга сезгирлигини аниклаш, торакоскопия киради. Ўпка структура узгаришлари, унинг морфологиясини аниклашда рентгенологик текширишлар: кукрак кафасини бир неча проекцияда рентгеноскопияси ва рентгенографияси, томография, бронхография, ангиопульмонография, бронхиал артериография, етакчи урин эгаллайди.

КЛИНИКАСИ

1. Ўпка абсцесси клиникаси тусатдан еки пневмония ремиссияси пайтида бемор ахволи огирлашуви, иситма ва совук котиш, кукрак кафасидаги симиллаб огриш ва терлаб кета бериш, бемор ахволи огирлашуви, тахикардия, тахипное, тери ва шиллик каватлар гиперемияси ва курук йутал билан намоён бўлади. Умумий клиник текширувда хасталанган соҳа устида перкутор товуш бугиклашуви, нафас шовкинлари сусайиши,

клиник анализларда лейкоцитоз, лейкоформуланг чапга силжиши, СОЭ ошуви, сийдик анализда оксил аникланиши рентгенограммаларда купинча ўпканинг 2 ва 6 сегментларида юмалок соя перифокал яллигланиш чегараси билан булиши – ўпка абсцессининг 1 фазасига хос.

Ўпка абсцессининг 2 фазаси (абсцеснинг бронхга очилган, яни дренажланган фазаси) йутал огиз тулдириб 400-500 мл йирингли балгам ташлаш билан бошланади. Балгам шиша идишда турганда 3 катламга ажралиши хос (детрит, йиринг ва устида шилимшик).

Беморлар ахволи шундан сунг яхшиланиб, тана харорати ва лейкоцитоз пасаяди. Ўпка хасталанган сохасидаги бугиклик камаяди, аускультацияда амфорик нафас ва катта улчамли нам хириллашлар пайдо бўлади. Ўпка рентгенограммасида горизонтал сатхли суюклиги бор юмалок соя булиши хос.

Ўпка абсцесси асоратлари клиникаси ва диагностикаси

Пиопневмоторакс ўпка абсцесси плевра бушлигига очилганда пайдо булиб, нафас етишмовчилиги, хансираш, тахикардия, тери ва шиллик каватлар цианози, кукрак кафасидаги оғриқ баъзан шок холати, юкори харорат билан намоен бўлади. Перкуссияда кукрак кафаси хаста тарафи пастки кисмларида бугиклик устида тимпанит аникланади. Рентгенологик текширувда кукрак кафаси пастки кисмида горизонтал сатхли соя булиб, юкори кисмларида пневмоторакс, бронх-томир расми йуклиги, ўпка коллапси аникланади.

■ ўпканинг аспирацион асоратлари ва карама-карши тарафи абсцесси клиник манзараси

■ ўпканинг ўткир абсцесси клиникасига ухшаш, фарки – анамнезда.

■ ўпкадан кон кетишига оч кизил ранг, купиксимон, хаво аралаш кон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аникланади. Ташхис учун бронхоскопия ва бронхиал артериография етакчи ахамиятга эга.

■ ўпка абсцессининг сурункали турига утиши гигант (д 5 см. дан катта) ва куплаб абсцесслар булганида, бемор нотугри даволанганида ва абсцесс юкори кутбидан бронхга очилганида учрайди – касаллик бошланишидан 2 ой кейин. Рентгенографияда горизонтал суюклик сатхи бор юмалок соя аникланиб, чегаралари нотекис, пиоген капсула калинлашган бўлади.

Ўпка хуппозининг бронхга очилгунча булган давр, яъни блокланган хуппоздаги белгилар

1. Юкори тана харорати.
2. Интоксикация (захарланиш) белгилари.

3. Кукрак кафасининг шикастланган томонидаги оғриқлар.
4. Курук йутал.
5. Тукиллатиш овозининг кискариши. Нам хириллашлар эшитилади.
6. Юкори ЭЧТ ва лейкоцитоз.
7. Рентгенограммада ўпка тукумасида кучайган, чегараланган соя-ланиш кузатилади.

Ўпка хуппозининг бронхга ёрилгандан кейинги белгилари, узгача килиб айтганда, дренажланган хуппоз белгилари. Эски шифокорларнинг айтишича, “дренажланган хуппознинг ташхиси унинг тупургичидадир”.

1. Ёкимсиз хидли, куп микдорли балгам ажралувчи йутал.
2. Биринчи даврга нисбатан тана хароратининг пасайиши.
3. Кон тупуриш.
4. Амфорик сояли бронхлар дарахтининг пайдо булиши.
5. Рентгенограммада кундаланг суюклик сатхи булган бушлик.

Киёсий ташхисот.

3. ўпка абсцессини ўпка раки ва кистаси, ўпка гангренази ва каверноз туберкулездан фарклаш.

ўпканинг периферик ракида юмалок соя нотекис дагал чегарага эга булиб, ўпка илдизига караб йулакча сояси аникланади, канцероз пневмония клиникасини беради. Рак парчаланганида калин, нотекис чегарали рак бушлиги хосил килиб, биопсияда атипик хужайралар топилади.

■ Асоратланмаган ўпка кистаси рентгенограммада аник юпка чегарали юмалок соя бериб,эхинококкозда эозинофилия булиши, Кацони, латекс ва гемагглютинация реакциялари мусбат булиши хос Кисталар йиринглаганда - уларни ўпка ўткир абсцессидан фарклар булмайди.Факат синчиклаб урганилган анамнез ердам бериши мумкин.

■ Ўпка гангренази бемор умумий ахволининг огирлиги ,акроцианоз,кучли интоксикация, рентгенологик текширувда ўпканинг 1-2 булагии еки хамма ерида аник чегарасиз деструкция учоглари бор сояланиш билан намоен бўлади. Балгам куланса хидли,гушт ювилган сув рангида булиб, ўпка тукумалари секвестрлари хам булиши хос.

Каверноз туберкулез ўпка абсцессидан анамнестик маълумотлар, ўпкани динамик рентгенологик текширувида, одатда, 2-3 хафтада диссеминация белгилари пайдо булиши билан, балгамда туберкулез микобактериялари топилиши ва туберкулин синамалари мусбатлиги асосида фаркланади.

4. Пневмоторакс хансираш,тахикардия,тери ва шиллик каватлар цианози, ўпканинг пучайиб колиши, куks аъзоларининг соглом тарафга силжиши, перкуссияда - кутича товуши, рентгенологик текширувда ўпка коллапси билан намоен бўлади. Клапанли пневмотораксда биринчи уринга

нафас кисилиши ва хаво етишмовчилиги, цианоз, тахикардия чиқади. Перкуссияда кутича товуши, пальпацияда тери эмфиземаси крепитация орқали, рентгенограммада ўпка коллапси ва кукс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши аниқланади.

5. Гемоторакс плевра бушлиги ичига кон кетиши, ўпка коллапси, кукс орқалиги аъзоларининг соғ тарафга силжиши, гемодинамика бузилиши, шок, хансираш билан намоен бўлади. Гемоторакс ташхисида рентгенологик текширишлар ва плеврал пункция етакчи аҳамиятга эга.

6. Пиопневмоторакс клиникаси ва ташхиси пио- ва пневмоторакс клиникалари йигиндиси, йирингли интоксикация, нафас етишмовчилиги белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий аҳамиятга эга.

БЭЖ – ёш беморларда учрайди. Пастки булакларда жойлашади. Анамнезида қайталанувчи бронхит. 3 каватли балгам, эластик тола-лар йук, купинча эрталаблари ажралади. Умумий ахволи кам узгаради, секин ривожланади. Бронхографияда бронхоэктазлар аниқланади.

Пневмосклерознинг хуруж даврида сегмент билан чегараланиш, шиллик-йирингли тавсифга эга булган алохида тупуклар ажралиши билан кечувчи йутал кузатилади. Кон тупуриш, рентген текширувида сегментар сояланиш ёки чизикли тугунлар аниқланади.

Ўпканинг йиринглаган кистаси. Бунда куп микдор балгам билан кечувчи йутал, рентгенда аниқ чегарали ҳамда суюқлик сатхи булган думалок киста аниқланади. Поликистозда эса “ари уяси” белгиси аниқланади.

Парчаланиш боскичидаги ўпка саратони - чегаралари ноаниқ, тортилган хосила, саратон кахексияси кузатилади. Марказий саратонда ателектаз ривожланади. Холсизлантирувчи курук йутал бўлади. Бронхоскопк, бронхографик текширувлар, биопсия ташхис қуйишда муҳим аҳамият касб этади.

Ўпка гангренаси жуда оғир касаллик ҳисобланиб, организмнинг кучли захарланиши билан кечади. Ташхис булим остонасига қираверишда, ҳатто 2 каватли хлорамин билан ишлов берилган чойшаб билан уралишига қарамасдан, аниқ қуйилади. Юзи шишган булиб, акроцианоз аниқланади. Аккилловчи нафас масофадан эшитилади. Ифлос гушт ювиндиси каби куп микдор балгам ажралувчи йутал ёки ифлос шоколад рангидаги ўпка булаклари (секвестрлар) ажралувчи йутал кузатилиши мумкин. Рентгенологик текширувда аниқ чегарага эга булмаган, секвестрацияли куплаб бушликлар аниқланади. Демаркацион чизик булмайди, ўпка туқимаси йиртилиди, шишган бўлади. 1 ҳафта давомида жадал захарсизлантириш,

антибиотиклар, кон куйиш, витаминлар, гемосорбция ўтказилади. Госпитал улим 50% ва ундан ортик. Операциясиз барча беморлар улимга махкум.

Давоси. Бу беморлар каерда даволаниши лозим? Олдин беморлар жаррохлик, хозирда эса ихтисослаштирилган пульмонология булимларида даволанмоқдалар. Хуппозларнинг 80% консерватив усулда даволанадилар, аммо махсус муолажаларни - найчалаш, даволовчи бронхоскопияни (хафтасига 2-3 марта) талаб қилади. Махсус катетерлар билан бронхлар оркали бушлик найчаланади ва 2-3 hafta давомида ювилади.

Хуппознинг четда жойлашувида у трансторакал усулда йугон нина билан пункция қилиниб, йиринг суриб олинади, антибиотиклар юборилади. Трансторакал катетеризация умров ости катетерини қолдириш билан яқунланади.

Постурал дренажлаш тана ҳолатини ўзгартириш билан амалга оширилади.

Мақсадли антибиотикли даво ўтказилади.

33% - 20,0 спирт, 200,0 1% ли CaCl_2 эритмаси вена ичига юборилади.

Умумқувватлантирувчи даво – юкори қувватга эга булган, оксил ва витаминларга бой овкатлар буюриш керак. Шунингдек, ёғли эмульсиялар тавсия этилади, негаки, ёғ етишмовчилигида ўпка сурфактант тизимида парчаланиш юз беради.

Экстрокорпорал детоксикация, иммун восита – АСГГ, кон куйиш, активин ва бошқалар қулланилади.

Агар хуппозлар қуп сонли булса, уларни найчалаш қийин бўлади. Бунда

- а/б ни интрапульмонал юбориш;
- БАГ катетерлаш ва а/б юбориш (томчилаб юборилади);
- реополиглюкин, гемодез;
- гемосорбция қулланилади.

Аэрозоллар, мушак ичига дори юбориш кам самара беради.

Ўпканинг ўткир хуппозининг оқибатлари

1. Тулик тузалиш - 30 % ҳолларда.
2. Клиник тузалиш, лекин рентген текширувда - қолдиқ бушлик - “қурук бушлик” - 50 % ҳолларда.
3. Сурункали хуппозга ўтиш 15 % ҳолларда.
4. Асоратлар ривожланиши ва улим - 5 % ҳолларда.

Қуриб турганингиздек, ўпканинг ўткир хуппозларини даволаш натижалари гангреникига нисбатан анча яхшироқдир. ўпка гангре-наси диагнозини қуйиш қийинчилик тугдирмасида, шифохоналарда қулланилаётган замонавий даводан кейин ҳам 50% улим қузатилади.

Ўткир хуппозларнинг асоратлари

1. Хуппознинг плеврал бушликка ёрилиб, пиопневмоторакс ривожланиши.
2. Бронхиал дарахтга кон куйилиши ва асфиксия.
3. Шикастланмаган сохаларга йиринг сурилиши ва янги хуппозлар ҳосил булиши.
4. Узок масофадаги абзоларда, купинча мияда йирингли учоклар пайдо булиши.

Бронхиал дарахтга кон куйилишида куйидагилар килиниши лозим:

- а) шикастланмаган ўпкага кон окиши ва асфиксиянинг олдини олиш мақсадида 2 бушликли найча билан тезкор интубациялаш;
- б) гемостатик даво;
- в) бронхиал артерияни эмболлаш;
- г) ўпканинг шикастланган сегментини хаво билан таъминловчи бронхни тикиб куйиш.

Янги ҳосил булган хуппозлар хуппозларни даволаш принциплари асосида даволанади.

Метастатик хуппозлар умумкабул килинган режа асосида даволанади.

Пиопневмоторакс – субплеврал хуппознинг ёрилиши оқибатида ривожланувчи иккиламчи касалликдир (асоратланган УУЮД).

С.И.Спасокукоцкий унинг 3 та клиник шаклини ажратади:

1) **ўткир шакли** – агар ёндош швартлар булмаса, ўпканинг коллабирланиши билан кечади; кукс оралигининг сурилиши билан кечувчи пневмоторакс, шок, коллапс ривожланади. Агар ёрдам курсатилмаса, беморнинг улими юз беради.

Белгилари: кукракдаги тусатдан булувчи оғриқ, йутал (баъзан уни тухтатиб булмайди), юрак уриши ва нафаснинг тезлашуви, цианоз, АБ нинг пасайиши, нафас етишмовчилиги. Тукиллатганда кутича овози эшитилади. Аускультацияда нафас эшитилмайди.

Биринчи ёрдам – плевра бушлигини урта умров чизиги буйлаб 2-3 ковургалар оралигидан хавони олиб ташлаш учун пункциялаш. Агар манфий босим пайдо килишнинг иложи булмаса, плевра бушлигини Бюлау буйича нофаол найчалаш лозим.

2) **Енгил шакли** – оғриқ ва йутал куринишида юзага чиқади. R – текширувда кукрак кафасида суюклик сатхи, ўпка коллапси, харорат, лейкоцитоз. Бемор асоратнинг бошланиш вақтини билади.

Даволаш - плевральная пункция ва плевра бушлигини найчалаш. Иккита нуктадан найчалаш энг маъкули ҳисобланади. Торакоскопияда

хуппозни гидрофил елим билан елимлаш хам мумкин.

Плеврал пункция килиш услуги.

Фаол найчалаш электр сургич, сув окимли сургич ёки вакуум ёрдамида амалга оширилади (Бобров буйича).

2-3 кун мобайнида плевра бушлиги найчаланиб, йиринг суриб олинади. Натижада ўпка кукрак кафаси девори билан ёндашади.

Агар 3-4 кун давомида ўпка ёзилмаса, демак, найчалаш бесамара булган. Ундан ташкари, найчалар тегиб турган жойда ёток жаралар пайдо булиши мумкин. Шунинг учун бундай холларда операция килиш курсатма булиб, бронх окмаларини тикиш, улган тукималарни олиб ташлаш ва плевра бушлигини найчалаш лозим бўлади.

Ўткир хуппозларнинг сурункалига утиш сабаблари.

- I. 1. Куплаб ўткир хуппозлар.
2. Тукима секвестрининг мавжудлиги.
3. Пастки булакда жойлашуви.
4. Бушлик диаметрининг 5 см дан катталиги.

II. Беморни даволашдаги хатоликлар.

«Плевра эмпиемаси»

Плевранинг яллигланиши плеврит дейилади.

Плевранинг йирингли яллигланиши ёки плевра бушлигида йигилиши плевра эмпиемаси дейилади.

Эмпиеманинг сабаблари:

Одатда эмпиема кандайдир узга касалликнинг асорати хисобланади.

1. Ўпка касалликлари (хуппоз, йиринглаган БЭ) плевра эмпиемасининг 90% холларда сабаби бўлади. Бу иккиламчи эмпиема дейилади.

2. Кукрак кафасини тешиб кирувчи жароҳатлар (айникса, уруш даврида).

3. Ўпка ва кукрак кафасининг бошка аъзоларида ўтказилган операциялардан кейин хам плевра эмпиемаси ривожланиши мумкин. Бу плевранинг бирламчи эмпиемаси дейилади.

Бактериал микрофлора:

- олдинги вақтда тилларанг стафилококк 1- уринни эгаллаган. Хозирда эса у эмпиемани 25-39% холларда чакиради.

- хозирги вақтда куйидагилар катта ахамият касб этади:

- Гр (-) клебсиелла;
- кукйиринг таёкчаси;
- энтеробактериялар, ичак таёкчаси.
- Ноклостридиал спора хосил килмайдиган анаэроблар (бактероидлар, фузобактериялар, пептококлар, пептострептококлар).

Эмпиемани купинча ноклостродиал анаэроблар чакиради!

Патогенези

Инфекциянинг кириш йуллари турличадир:

- йуналиши буйича – зотилжамли (зотилжам билан бир вақтда);
- метапневмоник - зотилжам ва курак оралиги ҳамда курак кафасининг йирингли касалликларидан сунг;
- Гематоген ва лимфоген йуллар (5% ҳолларда).

Зотилжам ва УУИД да инфекция бевосита плеврага тушади. С.И. Спасокукоцкий буйича зотилжамда, яққол деструкция бўлмай туриб, унча катта бўлмаган субкортикал жойлашган деструкция учоги бўлса ҳам у плеврага ёрилиши мумкин.

Жароҳатларда инфекция манбаи жароҳат ва курак бушлигига снаряд, уқ, осколка, жароҳатловчи жисм билан тушади.

Операциядан кейинги эмпиемаларнинг келиб чиқиши қуйидагича:

- А) ҳеч бир операция мутлоқ стерил шароитларда амалга оширилмайди;
- Б) битишма, швартлар, одатда мудроқ инфекцияга эга бўлади. Битишмаларни ажратиш плеврага инфекция тушишига олиб келиши мумкин;
- В) бронх чултогининг бирламчи етишмовчилигида инфекция бронх чултоги орқали тушиши мумкин;
- Г) плевра эмпиемасининг ривожланишига плеврал варакларни ажратиш, яъни ўпка бушашган ҳолатда (коллапс) ҳаво, қон ёки узга экссудат билан тулган қолдик бушлик қолиши сабаб бўлиши мумкин. Зотилжамдаги сероз (эскичасига симпатик) плеврит ҳам микроблар учун яхшигина озуқа манбаи бўлиб хизмат қилади. Курак кафасини тешиб қирувчи жароҳатларда қузатиладиган пневмо – ёки гемоторакс ҳам эмпиема ривожланишига тўртки бўлиши мумкин.

Д) ивиб қолган гемоторакс эмпиема учун яхши замин ҳисобланади, негаки, у операциясиз сурилиб қетмайди.

ўпканинг эластик қаршилиги ўпканинг бушашига ёрдам беради ҳамда шу билан қолдик бушлик ҳамда эмпиема учун шароит яратиб беради. Қолдик бушликни биринчи қўннинг узидаёқ бартараф этиш лозим! Шунда йиринглаш юз бермайди. Агарда ўпкани тугирламаса, масалан, плевробронхиал окма билан асоратланган ҳуқозда, унда плеврага фибрин чуқиб қолади, у қалинлашади, бутун юза бўйлаб швартлар ҳосил бўлади ҳамда плевра эмпиемаси шаклланади.

Бронхиал окмалар:

(Эмпиемаларнинг очик шакллари беради)

- бронх – плеврал окма
- плевра - тери окмаси

- бронх – плевра - тери окмаси

Плевра эмпиемасининг М.И. Кузин буйича таснифи

1) кечишига кура – плевранинг ўткир эмпиемалари (купинча ёпик шакли).

- плевранинг сурункали эмпиемалари (купинча очик шакли).

2 ойдан сунг плевранинг ўткир эмпиемалари сурункалига утади

2) экссудатнинг тавсифига кура:

а) йирингли; б) чирик.

3) микрофлоранинг тавсифига кура:

а) махсус (сил, актиномикотик).

б) номахсус (стафилококklar, диплококklar, анаэроблар).

в) аралаш флора билан чакирилган.

4) келиб чикишига кура:

а) бирламчи (операция ва жарохатлардан сунг); б) иккиламчи (ўпка касалликларидан сунг);

5) ташки мухит билан алокасига караб:

а) ташки мухит билан алокаси йук (хусусий эмпиемалар) – эмпиеманинг ёпик шакллари – зотилжамларда.

б) ташки мухит билан алокси бор (пиопневмоторакс) – очик шакли– бронхиал окмаларда.

б) жараённинг таркалишига кура:

а) эркин (тотал, субтотал, кичик).

б) чегараланган (халтали): - девор олди; базал; интерлобар; апикал; медиастенал; куп камерали.

Плевра эмпиемасининг Г.И. Лукомский (1976) буйича таснифи

Клиник кечиши	Тури	Патогенези	Таркалганлиги	Ўпка коллапсининг даражаси
йирингли-сурилувчи иситма	Ўпка тукумасининг деструкцияси йук эмпиема	Мета– ва парепневмоник	Чегараланган	I (плащ)
йирингли-сурилувчи иситма	Ўпка тукумасининг деструкцияси бор эмпиема	Жарохатдан сунгги	Эркин эмпиема. Кичик шакли.	
		Метастатик	Таркалган шакли (субтотал)	II (узак)
		Симпатик	Тотал шакли	III (ядро)

Таркалганлик буйича тавсифномаси: чегараланган – плевра бушлиги бир

деворининг шикастланиши; таркалган – плевра бушлиги 2 ва ундан ортик деворларининг шикастланиши; тотал – диафрагмадан то плевра гумбазигача булган плевра бушлиги барча сохаларининг жараёнга тортилиши.

Ўпка коллапси даражасининг тавсифномаси:

I даража – ўпка тукумасининг коллапси плащ чегарасида.

II даража – ўпка тукумасининг коллапси узак чегарасида.

III даража – ўпка тукумасининг коллапси ядрогача етиб боради.

Эмпиеманинг чегараланган (халтали) шакллари

1. Апикал шакли.
2. Паракостал (девор олди) шакли.
3. Парамедиастенал шакли.
4. Булаклараро шакли.
5. Базал шакли.
6. Куп камерали шакли.

Ўткир эмпиеманинг сурункали шаклига утиш сабаблари:

- 1) бронх – плеврал окманинг мавжудлиги;
- 2) таркалган ўпка деструкциясининг мавжудлиги;
- 3) куп бушликли эмпиемалар;
- 4) организм реактивлигининг сустлашуви;
- 5) норациональная даволаш.

Клиник белгилари.

Дастлабки белиглари эмпиемани чакирган касаллик белгилари билан никобланган бўлади. Плевра эмпиемасининг узида куйидаги шикоятлар кузатилади: бикиндаги оғриқлар, чукур нафас ололмаслик, кам микдордаги балгам билан йуталиш, кеча-кундуз давомида катта тебраниш кузатилувчи (эрталаб харорат субфебрил) тана хароратининг юкори рақмларгача ошиши (39-40) , хансираш, иштаханинг йуқолиши, тинчликдаги терлаш.

Объектив:

- тинчликда хансираш;
- цианоз, юз куриниши ўткирлашган;
- организмнинг плевра бушлиги махсули ва йиринг билан захарланиши;
- ковургалараро ораликлар силликлашган;
- тери калинлашган;
- юкори харорат;
- томир уриши 1 дакикада 110 –120 марта;
- шикастланган томон нафасда оркада колади;
- адинамия кузатилади.

Физикал текширувда: агар экссудат микдори 250-300 мл дан куп булса, кукрак кафаси сохасида тумтоклик кузатилади.

Гарлянд учбурчаги – экссудатдан юкорида, экссудат туфайли сикилган ўпка сохасида тумтоклашган – тимпаник товуш.

Раухфус-Грокко учбурчаги – кукс оралигинг соғлом тарафга сурилиши хисобига юз берадиган тумтоклик.

Шкода феномени – тимпанит, огизнинг очик ҳолатида – синган тувак шовкини.

Тумтоклик Дамуазо чизигидан пастда кузатилади, бу рентгенологик текширув билан тасдиqlанади.

Плевра эмпиемасида суюклик сатхи текис бўлиб, у олд томондан куринмайди (соялаган), негаки, ушбу сохаларда суюкликнинг юпка кавати мавжуд бўлади.

Плевра бушлигини пункция қилиш маълумотлари (цитология ва микрофлора билан).

Одатда плевра бушлигига 0,5-1 литр микдорида экссудат (йирингли) йигилади. Ундан ташқари, ўпкада йиринглаш жараёни кечади. Шу туфайли оксил йукотилиши катта бўлади, 3,5-4 г% гача гипопротеинемия, диспротеинемия кузатилади, альбумин/глобулин коэффициенти эмпиемаларда 0,7- 0,6 га тенг бўлиб қолади (меъёрда бу курсаткич 1,5 га тенг). Диурез ошади, негаки гипопротеинемия ва диспротеинемия туфайли организмда яхши ушлаб қолинмайди, қондаги онкотик босим пасаяди. Шунингдек, альбуминларнинг гамма-глобулинларга нисбатан сувни қупрок ушлаш хусусияти ҳам маълум.

Гипокалиемия ривожланади. Эритропоз бузилади ва тезлик билан қамқонлик ривожланади. Иммуниетет сустлашади.

Қуйидаги махсус текширувлар ўтказилади:

- куқрак қафасининг рентгеноскопияси ва рентгенографияси ;
- қолдик бушлик плеврографияси.

Олдини олиш.

- 1) плевра 2 варагининг бир-бирига тегиб туришига шароит яратиш;
- 2) қолдик бушликларни йукотиш (пункция, аспирациялаш, суриб олиш);
- 3) пневмо– ва гемотораксни йукотиш (плевра бушлигини найчалаш ва аспирациялаш йули билан).

Ивиб қолган гемотораксда фибринолитиклар – стрептокиназа, стрептаза қон лахтастарини эритади.

- 4) операцияларда максимал гемостазга эришиш;

- 5) ўпка тугирланиши учун плевра бушлигига яхши вакуум-сургичлар қолдириш.

Даволаш:

Ўтқир эмпиемаларни – консерватив ёки ярим консерватив усулда,

УУИД ни даволаш оркали амалга оширилади.

I усул – плеврал бушликдан йирингни чикариш (пункция ёки найчалаш).

- ёпик эмпиемалар учун пункция (зотилжам ва б.)

- плевра бушлигини найчалаш ва аспиралаш ҳамда ўпкани вакуум остида тугирлаш (80 мм сим.уст.). Олдин Бюлау буйича найчалашдан кенг куламда фойдаланилган.

II усул – бронхиал окмаларни поролон сургичлар билан вақтинча бекитиш.

III усул – сезгирлигига караб юкори дозаларда антибактериал даво.

IV усул – гомеостазни меъёрга келтириш: вена ичига оксиллар, альбумин, К дори воситаларини юбориш, гемосорбция (экстракорпорал), детоксикация.

Сурункали эмпиемаларни даволаш.

Сурункали эмпиемада плевранинг калинлиги 1-2 см гача етиб боради.

Сурункали эмпиемаларни даволаш асосида 2 та принцип ётади:

1. Кукрак кафаси ҳаракатчанлигини ковургаларни кесиш оркали амалга ошириш.

- Интраплеврал тотал торакопластика – Шеде буйича - ҳозирги вақтда кулланилмайди

- Экстраплеврал.

■ Геллер – Лимберг буйича зинапояли торакопластика, купинча интра – экстраплеврал ҳолатда кулланилади. 1986 йилда москвалик профессор Лимбергнинг 100- йиллиги нишонланди.

■ Киршнер буйича мушак пластикаси унчалик катта бўлмаган колдик бушликларда кулланилади.

■ бронхиал окмаларда - бронхни “оёкчадаги” мушак билан тампонада килиш - Абражанов операцияси.

2. Ўпкани швартлардан тозалаш – ўпкани декортикациялаш (Делорм)

Плевропульмонэктомия – бу костал плеврани патологик узгарган ўпка билан биргаликда олиб ташлаш.

Плеврэктомия – бу эмпиемали бушликнинг барча шартли варақларини олиб ташлаш.

1. Кукрак кафаси шикастланиши деганда кукрак кафаси девори еки унинг ичидаги аъзоларнинг турли хил очик ва епик шикастланишлари тушунилади.

2. Кукрак кафаси шикастланишлари очик ва епик, суяклар шикастланмаган ва шикастланган, ички аъзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга бўлинади.

3. Кукрак кафаси шикастланишлари ва ўпка абсцессининг диагностика

усуллари; бемор шикояти ва анамнезини аниклаш, умумий клиник текширишлар (куриш, пальпацияда оғрик, перкуссияда абсцесс 1 фазасида, гемо- ва пиотораксда бугиклик, пневмотораксда – тимпанит, аускультацияда абсцесс 1 фазаси ва гидротораксда нафас олиш сустлиги еки аникланмаслиги, абсцесс 2 фазасида эса амфорик нафас ва катта улчамли нам хириллашлар аникланади. Диагностиканинг энг информатив ва объектив усули - рентген билан текширувдир.

4. Пневмоторакс – бу плевра бушлигида хаво тупланиши булиб, кукрак кафаси девори жарохати еки бронх жарохатидан кириши мумкин.

5. Пневмоторакс турлари: очик, епик, клапанли ва спонтан.

Епик пневмотораксда плевра бушлигидаги хаво атмосфера хавоси билан туташмайди, кукрак кафасидаги жарохат тукумалар силжиши туфайли бекилиб қолади.

Очик пневмотораксда хаво плевра бушлигига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда ташкарига чикиб кетади.

Клапанли пневмотораксда хаво плевра бушлигига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда эса юмшок тукума лахтаги кукрак кафаси девори еки бронх жарохатини епиб куйиши сабаб ташкарига чиқа олмайди.

6. Гемоторакс - плевра бушлигида кон тупланиши булиб, купинча ўпка, ковургалараро артерия еки ички кукрак артерияси жарохати билан боглик. Гемоторакс турлари: кичик гемоторакс (кон сатхи курак уртасигача кутарилиши), урта гемоторакс (1500 мл гача кон тупланиши), катта гемоторакс (бунда куйилган кон хажми 1500 мл дан ошиб кетади).

7. Спонтан пневмоторакс – бу аник сабабсиз ва шикастланишсиз плевра бушлигида хаво тупланишидир. У купинча ўпканинг буллез трансформацияси ва ўпка кистасида учрайди.

8. Пиопневмоторакс – бу плевра бушлигида йиринг ва хаво тупланиши булиб, ўпка абсцессининг плевра бушлигига очилиши натижасида иккиламчи пайдо бўлади. Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очик турига киради.

Кукрак кафаси шикастланишлари ва УУИД-си пиопневмоторакс билан асратлангандаги УАШ тактикаси, ташхиси ва даволаш

1. Ўпка абсцессида беморларни торакал булимига мукамал текшириш ва даволаш учун юборилади.

Даво компонентлари:

- сифатли оксил, ег, ва витаминларга бой овкат тановул килиш
- антибиотик ва протеолитик ферментларни эндотрахеал юбориш
- санацион даво бронхоскопияси (хафтасига 1-2 марта), постурал дренаж
- гемотрансфузия

- экстракорпорал детоксикация (гемосорбция)
- 33% этил спирти ва кальций препаратларини вена ичига юбориш
- иммунокоррекция.

2. Пневмоторакс турли шаклларида стационаргача булган шошилиш ердам:

- Епик пневмотораксда тор
- акал булимга еткизиш, симптоматик даво
- Очик пневмотораксда – окклюзион асептик боғлама куйиш, оғриқсизлантириш, юрак дорилари.
- Клапанли пневмотораксда – плевра бушлигини пункция килиш ва дренажлаш, шокга карши, юрак дорилари, кислород бериш.
- Гемотораксда – плеврал пункция, гемостатиклар, АКБ ва Нь микдорини динамикада кузатув, курсатма буйича гемотрансфузия, катта гемоторакс ва кон кетиш давом этганда – торакотомия.
- Кукрак кафаси шикастланишлари ва УУИД-си гемо- пневмо- пиоторакс билан асоратланганида диагностика ва даво умумий кабул этилган усулда олиб борилиши учун ушбу ҳолатлар ташхиси ва давоси алгоритмларини узлаштириш керак.

Маъруза материаллари узлаштириш даражасини аниклаш учун аудиторияга бериладиган саволлар

- 1.Хансираш синдроми тушунчаси
- 2.Хансираш сабаблари ва турлари
- 3.Хансираш даражалари
4. Ўпка абсцесси бронхга очилгунча давр клиникаси
- 5.Бронхга очилган ўпка абсцесси клиникаси
- 6.Пневмоторакс турлари ва клиникаси
- 7.Очик, ёпик ва таранг пневмотораксда биринчи ёрдам
8. Ўпка абсцесси асоратлари
- 9.Гемоторакс клиникаси
- 10.Пиопневмоторакс давоси.
11. Ўпкада юмалок сояланиш синдроми дифференциал ташхиси.

Адабиётлар:

1. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1991 й.
2. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1994 й.
3. Кузин М.И “Хирургические болезни” М.1997 й.
4. “Клиническая хирургия”, Панцырев Ю.М. редакцияси остида. М .1988

й.

5. Стручков В.И. “ўпка ва плевра йирингли касалликлари” Л.1967 й.
6. Тема буйича укув назорат программаси. (УНП)1997 й.
7. Тема буйича стандарт протоколлар.1997 й.
8. Дж.Мерта “Справочник врача общей практики” М.1998й
9. Хирургия. Руководство для врачей и студентов.Под редакцией В.С.Савельева, М. 1998 й.
10. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т., 2003 г.
11. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т., 2003 г.
12. Асосий жаррохлик синдромларининг ташхис ва даволаш алгоритмлари. Т. 2006 й. Муаллифлар: Аталиев А.Е., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М., Арифжанова З.Ш.
13. ИНТЕРНЕТ маълумотлари.