

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Пастки нафас йўллари касалликларидаги йўтал

Тиббий олий ўқув юртлари Педиатрия иши йўналиши Поликлиник педиатрия ва реабилитология фанидан 7-чи курс талабалари учун ўқув-услубий қўлланма.

Тошкент - 2010 й.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

««Тасдиқлайман»»

УзР ССВ нинг Фан ва ўқув
юртлари бош бошқармаси
бошлиги проф. **Ш.Э. Атаханов**

2010 й «____» _____

№ _____ баённомаси

«Келишилди»»

УзР ССВ нинг Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази директори
М.С. Юсупова

2010 й «____» _____

№ _____ баённомаси

Пастки нафас йўллари касалликларидаги йўтал

**Тиббий олий ўқув юртлари Педиатрия иши йўналиши Поликлиник педиатрия ва
реабилитология фанидан 7-чи курс талабалари учун ўқув-услубий қўлланма.**

Тошкент 2010 й.

Тузувчилар:

**Хамидова З.В. – ТошПТИ «Амбулатор тиббиёти» кафедраси
ассистенти**

**Мусаев М.М. – ТошПТИ «Амбулатор тиббиёти» кафедраси
доценти , т.ф.н.,**

**Гулямова М.А. – ТошПТИ «Амбулатор тиббиёти» кафедраси
асисстенти т.ф.н.**

**Махкамова Г.Т. - ТошПТИ «Амбулатор тиббиёти» кафедраси
асисстенти -**

Такризчилар:

(ташқи такризчи)

**Шамсиев Ф.С. – Тошкент Шифокорлар Малака Ошириш Институти
«Педиатрия» кафедраси мудири, т.ф.д., профессор**

(ички такризчи)

**Хожиметов Х.А. - ТошПТИ «Госпитал педиатрия - 2» кафедраси доценти
т.ф.н.**

Ўқув-услубий қўлланма ТошПТИ МУК кенгашида муҳокама қилинди
2010 йил «__»_____№ ____ баённома.

Ўқув-услубий қўлланма ТошПТИ Илмий Кенгашида тасдиқланди 2010
йил «__»_____№ ____ баённома.

Илмий Кенгаш котиби т.ф.н., доцент

Шамансурова Э.А.

Мавзу: Пастки нафас йўллари касалликларидаги йўтал

1. Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

- “Амбулатор тиббиёт” кафедраси;
- таркатма материал, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали куроллар, слайдлар, видеофилмлар
- ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

2. Машғулотнинг давомийлиги

- 7 соат.

3. Машғулотнинг мақсади

- йўтал, балғамли чўзилувчан йўтал, бронхит, зотилжам, БЭК, ўпка абцесси туғрисида билим бериш.
- йўтали бор бемордан анамнез йиғишни ўргатиш.
- Оилавий анамнезни хисобга олган ҳолда, анамнез йиғишни ўргатиш.
- Мавзуда кўрсатилган патологияли беморларни тўлиқ обектив теширувини ўргатиш.
- Мавзудаги асосий клиник симптомлар ва белгиларни ўргатиш.
- Қонни умумий таҳлилини ва инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилиш тўғрисида билим бериш.
- Бирламчи тизимда ёрдам кўрсатишни ўргатиш.
- Шифохонага ётказиш кўрсатмалари билан таништириш.
- Реабилитацион ишларни олиб боришни ўргатиш.
- хансираш белгиларини кўра билишни ва аниқлашни ўргатиш.
- йўтал турига қараб даво тавсия этишни ўргатиш.
- йўтали бор бемордан анамнез йиғиш

Вазифалар

Талаба билиши керак:

- Бронхит клиникаси, ташҳиси, таққослаш ташҳиси, давоси
- Зотилжам касаллиги клиникаси, диагностикаси, таққослаш ташҳиси, давоси
- Бронхоэктатик касаллиги клиникаси, ташҳиси, таққослаш ташҳиси, давоси
- Катталар ва болаларда, йўтал бўлган беморларга бериладиган асосий саволлар
- Бирламчи тизимда йўтал билан оғриган беморларни олиб бориш тактикаси

Талаба қила олиши керак:

- Йўтал билан оғриган беморларни кўриш ва анамнез йиғиш
- Токсик белгиларини аниқлаш ва баҳолаш
- Йўтал турларига қараб давони тавсия қилиш.

4. Мавзуни асослаш

5. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик

Нафас йўллари касаликлари жуда кўп тарқалган бўлиб, айниқса куз ва баҳор фаслида кўпаяди. Катталарда асоратлари учрайди, уларда сурункали бронхит, сурункали зотилжам, ўпка абцесси, ўпка раки олиб келади. Болаларда ўлим бўйича биринчи ўринда шунинг учун нафас йўллари касалликларига кўпроқ аҳамият бериш керак. Хар бир йўтал билан бошланган нафас йўллари касалликларини олдини олиш керак, шунинг учун болаларни тўхилишдан чиниқтириш, туғри овқатлантириш (фақат кўкрак сути) ва туғри парвариш қилиш керак унинг учун хар бир она узини парваришлаш керак, асосан ҳомиладорлик пайтида. Катталар ўзини турмуш тарзини чекиш, хар хил зарарли воситалардан чекланиши лозим. Ҳар хил жисмоний машқлар билан шуғулланиши керак.

6. Машғулот мазмуни:

6.1 Назарий қисми

ЙЎТАЛ

Умумий амалиёт шифокорига энг кўп учрайдиган шикоятлардан бу йўтал бўлади. Йўталнинг жуда кўп сабабалри мавжуд. Асосан йўтал жуда оғир бўлмаган касалликларда учрайди, лекин бу сил ва ўпка раки касаллигида биринчи синдром бўлиши мумкин.

Йўтал бу ҳимоя воситаси, нафас йўлларидаги ёд жисм, чанг, эксудатни чиқаради. Йўтал пастки нафас йўллари касалликларида кўп учрайди. Сурункали бронхит ташхисини фақат йўтал бўлганда қўйиши мумкин. Бронхиал астмада йўтал кечаси бўлади. Йўтал рухий ҳолатда бўлиши мумкин. ЎРВИ дан кейин йўтал 1 неча ҳафтагача безовта қилади. Сурункали синуситда ҳам йўтал кечаси бўлади.

Йўталнинг хусусиятлари:

- ✓ Баланс шовқинли- трахеит, бронхит, трахея сиқилиши
- ✓ Қўпол, аккилловчи- ҳиқилдоқ жароҳатлари(ларингит, бўғма)
- ✓ Овозсиз- Ҳиқилдоқ қайтувчи нервнинг жароҳати(ўпка раки)
- ✓ Кучсиз- ўпка раки
- ✓ Хуружсимон, репризлар билан- кўкйўтал
- ✓ Оғрикли- трахеит

Вақтга боғлиқлиги:

Тунда:

1. Бронхиал астма
2. Чап қоринча етишмовчилиги
3. Ринит, синусит
4. Сурункали бронхит
5. Кўкйўтал

Эрталаб:

1. Бронхоэктазлар
2. Сурункали бронхит
3. Ошқозон-қизилўнгач рефлюкси

Ривожлантирувчи омиллар:

-Тана ҳолатини ўзгартирганда: бронхоэктазлар, ўпка абсцесси

-Овқатланиш вақтида: диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, қизилўнгач дивертикулити, қизилўнгач-трахея окмаси

Ҳамроҳ белгилар:

Ҳуштаксимон нафас -бронхиал астма

Ҳансираш -бронхиал астма

-ўпканинг сурункали обструктив касалликлари,

- чап қоринча етишмовчилиги

Катталарда узоқ давом этувчи йўтал.

Йўтал 4-8 ҳафтадан узоқ чўзилганда узоқ давом этувчи деб аталади. Ўпка инфекцияси ёки юкумли жараёнлар таъсирида ҳаво ўтказувчи йўллар сезувчанлигини ошиши натижасида кузатиладиган йўталлар одатда камроқ муддатда кечади. Кўп ҳолларда йўтал баъзи инфекциялардан соғайгандан сўнг бир неча ой мобайнида давом этади (микоплазма ва хламидияли зотилжам, кўкйўтал).

Узоқ муддатли йўталнинг бошқа сабаблари

-Сурункали йўтал ўпка саркоидозининг ягона белгиси бўлиши мумкин;

-Ўпка томонидан нитрофуранларга нисбатан кам реакция;

-Йўтал плевритнинг ягона белгиси бўлиши мумкин;

ЧЎЗИЛУВЧАН ЙЎТАЛ САБАБЛАРИ:

- синусит -29%
- бронхиал астма-25%
- синусит ва бронхиал астма-18%
- сурункали бронхит -12%
- қизилўнгач-ошқозон рефлюкси-10%

кам учрайдиган сабаблар:

- бронхоэктазлар
- ўпка раки
- хиқилдоқ раки
- пневмосклероз
- чап қоринча етишмовчилиги
- ўпка сили
- ўпка йўлларида ёт жисм
- хозл-соўк
- кўкйўтал
- муковисцидоз

- руҳий бузилишлар

Болаларда йўтал

Болалардаги йўтал – болалар УАШга йўтал билан кўп шикоят қилади. Болаларда йўтални узоқ муддат давом этиши ота-оналарни хавотирга солади.

Болаларда йўталнинг энг кўп сабабалари:

- Бронхиал астма
- ЎРВИ
- Аллергик йўтал

Хавфли касалликлар:

- Бронхиал астма
- Муковицидоз
- Нафас йўлларидаги ёд жисм
- Қизилўнгач трахеядаги оқмалар

Болаларда ЎРВИдан сўнг ёки аллергия ринитдан кейин синуситга ўтади ва ҳиқилдоқ орқа деворини қитиклайди ва йўталга олиб келади.

Болалардаги чўзилувчан йўтал сабабалари:

- Эмизиладиган болалар
- Сут аспирацияси
- Қизилўнгач ошқозон рефлюкси
- Бронхиал астма

Кичик ёшдаги болалар:

- Бронхиал астма
- Бронхит
- Кўкйўтал
- Муковицидоз
- Бўғма
- Нафас йўлларидаги ёд жисм
- Пка сили
- Бронхоэктозлар

Катта мактаб ёшидаги болалар:

- Бронхиал астма
- Психоген йўтал
- Чекиш

Симуляция ва руҳий бузилиш

Мактаб ёшидаги болалар мактабга боришдан қўрққанда психоген йўтал юзага келади. Бу фақат кундузи юзага келиб, юқумли касалликлар билан боғланмаган.

Бўғма

Одатда бўғма 9 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Боғчаларда касаликлар тез тарқалади. Вовулловчи йўтал билан ҳаракатланади, стридор айниқса тунда кучаяди.

Қариялардаги йўтал

Қарияларда йўталнинг асосий сабаблари сурункали бронхит, ўпка раки, бронхоэктозлар, чап қоринча етишмовчилиги ва ЎРВИ биринчи уринда ўпка ракига текшириш керак.

Балғамни текшириш

Сутка бўйича чакмаган соғлом одамда бронхларда 100-150 мл шилимшиқ йиғилади. Бу шилимшиқ ҳилпилловчи эпителий ёрдамида юқорига йўналтирилади. Балғамнинг ҳиқилдоқдан ҳалқумга ўтиши енгил ва йўтал сезгиларисиз кечади. у бронхларда ҳосил бўлиб йўтал орқали ажралади. Балғам ҳосил бўлишининг энг кўп сабаби чекиш.

Балғам хусусияти:

- ✓ Шилимшиқ(тиниқ ва оқиш)-Вирусли инфекция
- ✓ Йирингли(кўкимтир-сарғиш, лейкоцитлар кўп)-Нафас йўллари инфекцияси асосан бактериал;бронхоэктазлар(кўп миқдорда)
- ✓ Зангсимон балғам-Чап қоринча етишмовчилиги
- ✓ Қонли балғам-Бўлакли зотилжам
- ✓ Ёпишқоқ, шишасимон-Бронхиал астма
- ✓ Кўп миқдорда, сувли-Бронхо-альвеоляр ўпка раки
- ✓ Смородина желеси кўринишида-Ўпка ракининг охириги босқичида
- ✓ Кўп ва қўланса ҳидли-Бронхоэктазлар ва ўпка абсцессида
- ✓ Бронхларга ёпишган кўринишда-Аспергеллёз, ўпка раки, БА
- ✓ Пушти кўпикли-Ўпка шишида

Ҳар хил касалликларда балғамнинг хусусияти ва миқдорий кўрсаткичлари

- ✓ Сурункали бронхит-йирингли ва шиллиқ балғам, 250 мл/сутка
- ✓ Бронхоэктаз-йирингли 500 мл/сутка
- ✓ БА-шилимшиқ ёпишқоқ
- ✓ Ўпка абсцесси-йирингли ва қўланса ҳидли
- ✓ Нафас йўлларида ёт жисм-қуруқ йўталдан сўнг балғам

Артериал гипертензия ва юрак касалликларига чалинган беморларда узок муддатли йўтал.

АПФ ингибиторлари қабул қилаётган беморларда йўтал айнан ушбу дори таъсирида келиб чиққан бўлиши мумкин. Бу ҳолда бошқа АПФ ингибитори буюрилади ёки ангиотензин-2 рецепторлари антогонистлари тавсия этилади,

улар одатда йўтал чақирмайди. Агар бемор ҚД билан хасталанган бўлса, у ҳолда қайси бири зарур: АПФ ингибиторларининг буйрак фаолиятига ижобий таъсири ёки беморда қуруқ йўталнинг юзага келганими.

-В-адреноблокаторлар, ҳатто уларнинг селективлари ҳам, айниқса атопик реакцияларга мойил ва бронхиал дарахт таъсирчанлиги юқори бўлган беморларда йўтал чақириши мумкин.

-Беморларда юрак етишмовчилиги мавжудлигини аниқлаб олиш зарур. Тунда кузатиладиган йўтал енгил даражадаги юрак етишмовчилигининг илк белгиси бўлиши мумкин. Бу ҳолда 1-навбатда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясини қилиш лозим.

Бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари бўлган беморларда узок муддатли йўтал.

-Фиброзли алвеолит-йўтал сабабчиларидан бири бўлиши мумкин(баъзида ревматоид артрит ёки склеродермия қўшилиб келади); шунингдек йўтал ДВ таъсирида юзага келиши(олтин препаратлари, сульфасалазин, пенициламин, метатриксатнинг ноҳўя таъсири) эҳтимолини эсда тутиш лозим.

-Биринчи ўринда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси амалга оширилади. Хос бўлган хусусият-ўпка фибрози, лекин илк босқичларида рентгенда кўринмаслиги мумкин, шу билан бирга альвеолаларда кислород алмашинувини акс эттирувчи ўпканинг алмашув фаолияти сусайганлик белгиси; динамик спирометрияни амалга ошириш вақтида рестриктив ўзгаришлар аниқланиши.

Касбга боғлиқ узок муддатли йўтал

-Агар бемор асбест билан боғлиқ иш жойида ишлаган бўлса;

-Қишлоқ хўжалиги ишчиларини “фермер ўпкаси” ёки БАга гумон қилиш мумкин;

-Йўтал билан бошланувчи касбий БА кимёвий моддалар билан боғлиқ касб эгаларида ривожланиши мумкин;

Чекувчилардаги узок муддатли йўтал

-Эҳтимолли сабаблари-узок давом этаётган ўткир ёки сурункали бронхит;

-Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, айниқса бемор 40 ёшдан катта ва рентгенографиядан ўтганига 6 ойдан ортиқ муддат тўлганида амалга оширилади;

-Йўтал узок муддат йирингли балғам ажралиши билан давом этганда антибиотиклар буюриш лозим(амоксисициллин, доксициклин, котримаксазол);

Йирингли балғам ажралиши билан кечадиган узок муддатли йўтал ва тана харорати кўтарилиши

-Сил касаллигига гумон, ўпка касаллиги билан хаста беморларда эса- атипик микобактериялар юзага келтирган ўпка инфекцияси ривожланиши мумкин. Васкулит бошланиши мумкинлигини ёдда тутиш керак;

Лаборотор текшируви:

Бирламчи текширувлар:1)кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси 2)балғам суртмаси ва экмаси 3)қон умумий таҳлили, қон зардобиди СРО миқдорини аниқлаш(васкулитда ортиши мумкин);

-Эозинофилли зотилжам ҳақида ўйлаш.

ЎТКИР БРОНХИТ

Ўткир бронхит-1 ойгача давом қиладиган, инфекция таъсирида келиб чиқадиган бронхларнинг ўткир шомоллашидир.

Классификация-ЎБнинг умумий қабул қилинган классификацияси мавжуд эмас. Нафас олиш аъзоларининг бошқа ўткир касалликлари билан бир қаторда унинг қуйидаги классификацияси фарқланади:

-Этиологияси бўйича: 1-Вирусли 2-Бактериал

-Ўткир бронхитнинг оғирлик даражасини ҳисобга оладиган функционал классификацияси ишлаб чиқилмаган, чунки асоратларсиз кечаётганда одатда яққол намоён бўлмайди ва оғирлик даражаси бўйича чегараланишни талаб қилмайди.

Турли этиологияли ЎБнинг характеристикаси

Микроорганизм	Характерли белгилари
А гриппи вируси	Бутун бошли мамлакатларда тарқалувчи 3 йилда 1 марта юзага келадиган йирик эпидемиялар; касалликнинг оғир кечиши ва эпидемиялар вақтида ўлим даражасининг юқорилиги.
В гриппи вируси	5 йилда 1 марта содир бўлувчи эпидемиялар. А гриппи вируси билан инфекцияланганга қараганда нисбатан енгилроқ кечиши.
1-3 типлардаги парагрипп	Эпидемиологик жиҳатдан бир-бири билан боғлиқ бўлмаган яқка ҳолатлар.
Аденовирус	Эпидемиологик жиҳатдан бир-бири билан боғлиқ бўлмаган яқка ҳолатлар.
Пневмококklar	Ўрта ёшдаги ва кекса кишиларда учраши ва тўсатдан бошланиши, юқори нафас йўллариининг зарарланиш белгилари.
Микоплазмалар	30 ёшдан катта бўлган кишиларда бошланиш ҳолларида, юқори нафас йўллариининг зарарланиш белгилари, қуруқ йўтал.
<i>Haemophilus influenzae</i>	ЎБ билан касалланганлар ва чекувчилар
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Сурункали бронхит ва иммун танқислиги бор кишиларда

Диагнози-ўткир йўтал 3 ҳафтадан кўп бўлмаган муддат давом этаётган бўлса, балғам бор йўқлигидан қатъий назар, лекин йўтал кузатилиши мумкин бўлган зотилжам ва ўпканинг бошқа сурункали касалликлари белгилари аниқланмаган тақдирда қўйилади.

Клиник кўринишлари-ЎБнинг асосий клиник кўринишлари қуйидагилардан иборат:

-Интоксикация белгилари(беҳоллик,қалтираш,субфебрилитет,бел ва мушак пайларидаги оғриқлар)

-Йўтал олдин қуруқ,кейин шиллиқ-йирингли

-Ҳансираш кўпинча ўпка ёки юракнинг асосий касалликларининг оғирлашиши билан боғлиқ

-Аускультацияда-ўпкадаги тарқоқ қуруқ ёки нам хирллашлар

-Фарингит ва конъюнктивит белгилари.

Лаборатор маълумотлар - Чапга силжиган таёкча ядроли лейкоцитоз.Бактериологик(балғамни экиш) ва бактериоскопик(грам бўйича бўйш) текширувлар.Вируслар ёки микоплазмаларга АТларни аниқлаш.

Инструментал текширувлар - Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси:ўпка тўқимасида ўзгариш йўқ(дифференциал диагностика учун муҳим).

Дифференциал диагноз-

Зотилжам билан- Ўпка зарарланишининг маҳаллий белгиларининг аниқланиши:крепитация,товуш титрашининг кучайиши ва рентгенографик ўзгаришлар.

Кўкйўтал билан- Муқаддам эмланган катта ёшдагиларда доимий йўтал.Диагностик стандарти:экмада бактериялар ўсиши ёки ижобий ПЦР.

Сурункали синуситлар- Шилимшиқни нафас олиш йўлларига оқиб кириши,буруннинг қўшимча бўшлиқларидаги ноқулай сезги.Диагностик стандарти:бурун ёндош бўшлиқларининг КТси.

Бронхиал астма-Белгиларнинг хуружсимон ва тўлқинсимон бўлиши.В2 агонистлардан енгил тортиши

Гастроэзофагеал рефлюкс- Кўп овқат истеъмол қилиш ва ётган ҳолатда йўталнинг кучайиши,тана ҳолатини ўзгаортирганда унинг камайиши.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар- ЎБга чалинган беморларни шифохонага ётқизишнинг ҳожати йўқ ва уларни УАШ врачлари даволаши лозим.

Номедикаментоз даво:

-Балғам ажралишини енгиллаштириш

-Беморга монанд гидратацияни сақлабтуриш ҳақида тушунча бериш(кўп суюқлик ичиш)-Гидратацияни пасайиши бронхлардаги шиллиқнинг ёпишқоқлигини ошишига олиб келиб,унинг ажралишини қийинлаштиради.

Беъорга атроф муҳитнинг йўтал чақирувчи омиллари(тутун, чанг) таъсирини олдини олиш зарурлигига эътиборини қаратиш лозимлиги тавсия этилади.

Медикаментоз даво:

-*Йўтални босувчи воситалар*(декстрометорфан ёки кодеин) кучли йўталда қўлланилиши мумкин-улар уйқу бузилишига олиб келувчи ва ҳаёт тарзига жиддий таъсир этувчи йўталда йўталиш даврини қисқартиради.

-Кучли йўталда қўлланиладиган бронходилитаторлар-Сальбутамол классик усуллар (гидратация ва йўтални босувчи воситалар) кучли йўтални енгиллаштирмаса, айниқса бронхларнинг гиперреактивлик белгиларида (узоқдан эшитилувчи хириллашлар) дозаланган индивидуал ингаляторлар орқали буюрилади.

- Мукалтин, солотка илдизи, пертуссин, бронхолитин, тусопрекс, либексин, бромбексин ва бошқалар.

-Антибиотиклар билан даволаш:

-Асоратларсиз кечувчи ЎБни антибиотиклар билан даволаш мақсадга мувофиқ эмас.

-Асосланиши.Кўпчилик ЎБлар-аксарият ҳолларда вирусли этиологияга эга.

—Далиллар 9 та рандомизациялашган ва назоратда бўлган тадқиқотлар антибиотиклар билан даволашнинг самарадорлиги шубҳали эканлигини кўрсатди.

-Антибиотиклар билан даволаш бронхларнинг яққол зарарланиш белгилари бўлганда кўрсатилган: йирингли балғам ажралиши ва унинг миқдорини ортиб бориши, ҳансирашнинг пайдо бўлиши ёки кўпайиб бориши ва заҳарланиш белгиларининг кучайиши.

-Бронхларнинг бактериал зарарланиш белгиларисиз кечаётган 38*С дан юқори гипертермияда ҳароратни туширувчи ДВларини қисқа муддатли қўллаш мумкин.

Кейинги олиб бориш(Диспансеризация)-Одатда ўткир асоратсиз бронхит билан боғлиқ йўтал 4-8 ҳафта давомида тўхтайд.

Беморларни кейинги олиб бориш тамойили

Белгиси	Муддатлари	Иловалар
Йўталнинг мавжудлиги	Биринчи ташрифдан кейин 2-4 ҳафта	4-8 ҳафтадан узоқ давом этувчи йўталда кўкрак қафасининг рентгенографияси.Агар касаллик аниқланмаса- ЛОР хасталик, БА ва гастроэзофагеал рефлюксни инкор қилиш мақсадида диагностик қидирувни давом эттириш.
Иситмалаш	Биринчи ташрифдан кейин 2-3 кун	Зотилжам ёки бошқа жойлардаги юқумли касалликларни гумон қилиш.
Ҳуштаксимон нафас	Касаллик бошлангандан кейин 6-8 ҳафтадан кам бўлмаган муддатда	БА ёки ишлаб чиқариш ва маиший ҳамда табиий омилларнинг доимий

		таъсирини инкор қилиш мақсадида текширув ўтказиш.
Кўкйўтални аниқлаш	Биринчи ташрифдан кейин 3-5 кун	Кўкйўтал бактериал тасдиқлангандан сўнг 10-14 кун давомида эритромицин буюрилиб эмланмаган (айниқса ўсмирлар) шахслар билан.

Қайталанувчи бронхитда диспансер кузатуви

Қайталангандан кейин 1 йилда 2 ой давомида ўзимизнинг санаторияда Шоҳимардонда дам олиши керак. УАШ 1-йилда ҳар кварталда 1 марта ЛОР , Стоматолог эса 1 йилда 2 марта кўриши керак.

Кузатув вақтида муҳими:

1. Уй шароитида тоза ҳавога аҳамият бериш
2. Даволовчи гимнастика ва массаж
3. Сурункали ўчоқларни аниқлаш ва даволаш
4. Ўтлар билан стимуллаш, давони кетма-кетлик билан олиб бориш 1 йилда 2-3 ой давомида
5. Эрталабки гимнастика, чиниктириш, дам олиш кунлари тоғли жойларга сайр қилиш
6. Аэроионотерапия- Чижевский бўйича

Сурункали бронхитларда диспансер кузатуви

Фитотерапия, аэрозолтерапия, климатотерапияни ҳар куни олиб бориш керак; Даволашни оромгоҳларда олиб бориш керак; антибиотикотерапия ва аутовакцинацияларни олиб бориш тавсия қилинмайди. Лекин рибомунил қабул қилишини ва ўсимликлар билан даволаш яхши натижа беради, чунки бу ҳимояланиш кучини беради.

Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам

Шифохонадан ташқарида орттирилгатг зотилжам - шифохонадан ташқари шароитда юзага келган ўткир касаллик бўлиб нафас йўллари қуйи қисми инфекциялари белгилари (тана харорати кўтарилиши, йўтал, балғам ажралиши - баъзан йиринг аралаш, кўкракда оғриқ, нафас етишмаслиги) ва рентгенологик текширувда ўпкада "янги" ўчоқли инфилтратларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

ХКК – 10 : J5.9 Аниқланмаган бактериал зотилжам.

Эпидемиологияси

Зотилжам анча кенг тарқалган ўткир инфекцион касалликлар қаторига киради.

-зотилжам билан касалланиш катталарда (≥ 18 ёш) 1-11,6 % атрофида.

-ушбу касалликда ўлим ёндош патологияси бўлмаган навқирон ва ўрта ёшдагиларда энг кам (1 - 3 %) учрайди. Катта ёшдагиларда ёндош касалликлар (ЎСОК, хавфли ўсмалар, алкоголизм, ҚД, жигар ва буйрак, юрак қон - томир касалликлари) мавжуд бўлса, шунингдек оғир кечганида бу кўрсаткич 15 — 30 % етади.

Профилактикаси

Зотилжамни олдини олиш учун пневмококк ва гриппга қарши зардоб қўлланилади.

- Эмлаш амалиёти бўйича маслахатчилар қўмитаси (Advisory Committee on Immunization Practice - ACIP.1997) тавсияларига биноан пневмококк зардобини ушбу инфекция ривожланиши юқори хавфи мавжуд бўлганда юбориш лозим: ♦ > 65 ёшда бўлганларда ♦ Ёши 2-64да бўлиб, ички аъзоларида касалликлари (юрак қон-томир тизимли сурункали касалликлари, сурункали бронх-ўпка касалликлари, ҚД, алкоголизм, жигарнинг сурункали касалликлари ва б.қ.) билан хасталанган беморларга ♦ 2 ёшдан 64 ёшгача бўлган, функционал ёки органик аспления (ўроқсимон хужайрали камқонлик, спленэктомиядан сўнг) билан хасталанган беморларга ♦ Иммун танқисли ҳолатидаги 2 ёшдан юқори шахсларга.

- 65ёшгача бўлганларга гриппга қарши зардоб юбориш грипп ва унинг асоратлари жумладан, зотилжамни олдини олишда юқори самара беради. 65 ёш ва ундан юқори бўлган ёшдаги шахсларни эмлаш самараси - паст, лекин юқори нафас йуллари инфекциялари, зотилжам, касалхонада даволаниш ва улим сонини камайтиради. АЗПР тавсияларига биноан (2001 й.) куйидаги хавфли гуруҳларга кирувчи шахсларни гриппга қарши эмлаш керак: ♦ 50 ёшдан катта шахслар ♦ Қариялар уйида узок муддат яшаётганлар ♦ Сурункали бронх-ўпка (бронхиал астма ҳам), юрак қон-томир касалликлари билан хаста беморлар ♦ Доимий тиббий назоратда булган ва утган йилда метаболизм бузилишлари (ҚД), буйрак касалликлари, гемоглобинопатиялар, иммунтанқислиги бўйича шифохонада даволанган шахслар

- ♦ Х.омиладорликнинг 2 ва 3 чоракларидаги аёллар ♦ Шифокор, ҳамширалар, касалхона ва амбулатория муассасаларида ишлайдиган бошқа ходимлар ♦ Хавфли гуруҳга кирувчи шахсларни уйда парвариш қилишни амалга оширувчи тиббиёт хизматчилари.

Эмлашни амалга ошириш учун энг қулай вақт октябр ва ноябрнинг 1 ярми.

Классификацияси

Хозирги вақтда касаллик ривожланган шароитни ва ўпка тўқимаси зарарланиш хусусиятларини, шунингдек беморнинг иммун ҳолатини ҳисобга

олувчи классификация кенг тарқалган. Бу классификацияга мувофиқ зотилжамнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади;

- Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам (даволаш муассасасидан ташқарида орттирилган, синонимлари: уйда, амбулатор).
- Нозокомиал зотилжам (даволаш муассасасида орттирилган, синонимлари: шифохона, шифохона ичи).
- Аспирация оқибатдаги зотилжам.
- Иммунитетда етишмовчилиги бўлган шахслардаги зотилжам (тушаиммун танқислиги, ОИТС, ятоғён иммунсупрессия)

Этиологияси

Шифохонадан - ташқарида орттирилган зотилжамнинг келиб чиқиши бевосита юқори нафас йўлларидаги нормал микрофлора билан боғлиқ. Қуйи нафас йўлларида тушган микроорганизмлардан фақатгина баъзилари, яъни юқори чидамлиликка эга бўлганларигина яллиғланиш жараёнини чақириши-мумкин. Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжамнинг кўзгатувчилари одатда *Streptococcus pneumoniae* (30 - 50%) ва *Haemophilus influenzae* (10%). Шунингдек ушбу касалликни келиб чиқишида атипик микроорганизмлар ҳам қанчадир аҳамият касб этади ва улар ҳисобига касалланиш 8-30-% ҳоллари туғри келади. 1-жадвалда беморнинг ёши, касалликнинг кечиши ва ёндош патология мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда шифохонадан ташқари зотилжамнинг келиб чиқиш сабаблари келтирилган.

Баъзи микроблар бронх-ўпка яллиғланишини чақирмайди ва уларнинг балғамдан топилиши юқори нафас йўлларида борлигидан далолат беради, буларга кўкимтир стрептококклар, *Staphelococcus epidemidis* ва бошқа коагулаза-манфий стафилококклар, шунингдек *Entezococcus spp.*, *Neisseria spp.*, лар киради.

Диагнози

Клиник ва рентген белгилари

- Бемор тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, хаво етишмаслик, балғам ажралиши ва ёки кўкрада оғриққа шикоят қилганда зотилжамга шубҳа туғилмоғи лозим. Шунингдек ҳеч бир асосиз беҳоллик, тез чарчаш, кечалари терлаш хос.
- Бемор текширилганда аниқланадиган зотилжамга хос объектив белгилар: ўпканинг зарарланган қисми соҳасида перкутор товуш қисқарган (буғиқлашган), чегараланган бронхиал нафас, жарангдор майда пуфакчали хириллашлар ёки инспиратор крипитация, бронхофония ва товуш титраши кучайши.
- Айрим беморларда зотилжамнинг ўзига хос белгилари аниқланмаслиги ёки умуман ташқи белгиларисиз кечиши мумкин, шу сабабдан диагнозни аниқлаш мақсадида кўкрак қафаси рентгенофафияси ўтказилади.
- Кўкрак қафаси рентгенофафиясида ўпкада инфильтрат-ўчокни аниқлаб, қуён нафас йўллари инфекциясининг ўзига хос белгилари билан биргаликда

зотилжам диагнозини тасдиқлаш имконини беради. Рентген ёрдамида инфильтратнинг тарқалганлиги, плевра бўшлиғида суюқликни ва юрак етишмовчилиги беморда бор йўқлиги аниқланади.

•Қўп ҳолларда клиник белгилар ва рентгенофафияга асосланиб, зотилжоммиши келиб чиқиш сабаблари туғрисида аниқ, ҳулосага келиб бўлмайди.

1-жадвал. Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам билан касалланган беморлар гуруҳи ва тахминий кўзгатувчилари.

Беморларнинг хусусиятлари	Тахминий кўзгатувчилар
Амбулатор беморлар 60 ёшгача, ёндош касалликларсиз шахсларда оғир бўлмаган даражадаги шифохонадан ташқаридаги зотилжам.	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>
Амбулатор беморлар 60 ёшдан юқори ва ёки ёндош касалликлари бор оғир бўлмаган шифохонадан ташқаридаги зотилжам.	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Шифохонадаги ётқизилган беморлар Шифохонадан ташқаридаги оғир бўлмаган зотилжама	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> . <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Шифохонага ётқизилган беморлар Шифохонадан ташқаридаги оғир зотилжам	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Legionella spp.</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>

Лаборатор диагностика ва текширишнинг қўшимча усуллар

•Қон клиник таҳлиliga таяниб, зотилжам кузгатувчиси тўғрисида қарор чиқариб бўлмайди. Лейкоцитлар сонини $10-12 \times 10^9/\text{л}$. ортиши-бактериал инфекция, уларнинг сонини $3 \times 10^9/\text{л}$. дан паст ёки $25 \times 10^9/\text{л}$. дан юқори бўлиши ноҳуш белгидан далолат беради. Касалликнинг хос белгиси СРО микдорининг ортишидир.

•Қон биохимик таҳлили (буйрак, жигар фаолияти синамалари, гликемия ва бошқалар) махсус маълумот бермайди, аммо аниқланган ўзгаришлар қатор аъзолардаги патологик жараёндан далолат бериши мумкин ва бу пархезда аҳамиятга эга.

•Нафас етишмаслиги бор беморларда артериал қондаги газлар микдорини аниқлаш шарт. Бунда PaO_2 микдори 60 мл. сим. уст.дан паст бўлса гипоксия кузатилади ва бу ноҳуш белги ҳисобланади. Беморни реанимация бўлимига жойлаштириш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

•Микробиологик текширувнинг асосий усули - қаттиқ йўталда ажраладиган балғамни Грамм усулида буяш ва уни экиш. Суртмада лейкоцитлар сони 25 дан

кам ва 10 дан ортиқ эпителий хужайралари аниқланса биров катталаштириб, камида 8-10 кўрув майдони қурилади, текширувни тўхтатиш мумкин, чунки текширилаётган манба оғиз бўшлиғидаги моддадан иборат. Балғам текширилаётгана кузгатувчи $\geq 10^6$ КОЕ мл. миқдорда аниқланса, унинг диагностик қиймати юқори деб баҳоланади. «Бактериоскопия экилган балғам натижаларининг тахминий клиник белгиларига мувофиқ олиб борилади. Ахволи оғир беморларга (жумладан касалхонага ётқизилган кўчилик беморларга) антибактериал даво бошлаш олдида вена қони 2 маротаба муҳитга экилади, (қон турли веналардан 30-40 минут оралиқда олинади).

•Плевра бўшлиғида суюқлик мавжуд бўлиб, уни пункция қилиш имконияти бўлганда (рентгенографияда 1 см.дан ортиқ, эркин ҳаракатланувчи . суюқлик кўриниши), уни олиб текшириш лозим. Аниқланиши зарур: лейкоцитлар ва унинг формуласи, рН, ЛДг фаоллиги, оксил миқдори Грамм бўйича суртма ва кислотага тургун бактерияларни бўйаш, аэроб, анаэроблар ва микобактерияларни аниқлаш учун экиш.

•Фибробронхоскопия ва инвазив текширувнинг бошқа усуллари (трансторакал аспирация ва биопсия) бронхоген карцинома йод модда аспирацияси, сил касаллигига гумон тутилса (лекин балғам аралаш йўтал, "обструкцияли зотилжам" кузатилмаган ҳолларда) ўтказилади.

•Диагноз кеч аниқланганда ва антибактериал даво кеч бошланганда (8 соатдан ортиқ) касаллик прогнозига салбий таъсир кўрсатади.

Диагностик мезонлари

•Шифохонадан ташқаридаги зотилжам диагнози рентгенда аниқланади: у ўпка тўқимасининг ўчоқли инфильтрацияси ва қуйидаги белгилардан ҳеч бўлмаганда 2 таси мавжуд бўлганда қўйилади:

• Касалликнинг ўткир тана ҳарорати кўтарилиши билан ($>38^{\circ}\text{C}$) бошланиши: Балғамли йўтал: • Объектив белгилар (крепитация) ва ёки майда пуфакчали хириллашлар (дағал бронхиал нафас) • Лейкоцитлар сони ортган ($>10 \cdot 10^9$) ва ёки таёкча ядроли сурилиш.

•Ўпкадаги ўчоқли инфильтрациянинг рентгенологик далили (кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ёки йирик тасмали флюорография) йўқлиги, зотилжам диагнозини ноаниқ қилади.

•Тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, нафас етишмаслиги, балғам ажралиши ва ёки кўкракдаги оғриқларга шикоят қилаётган беморда рентген текширув, ўтказилиши имконияти бўлмаса ва маҳаллий белгилар аниқланмаса – бронхиал нафас, майда пуфакчали хириллашлар, крепитация, бронхофония ва овоз титрашининг кучайиши шифохонадаги ташқаридаги зотилжам диагнози шубҳалидир.

Амбулатор беморларга бажарилиши зарур бўлган текширувлар

Беморга аниқ, диагноз қўйиш ва касалликнинг кечиш даражаси ҳамда шифохонага ётқизиш зарурияти бор йўқлигини аниқлаш учун касаллик тарихи ва объектив кўришдан ташқари зарурий текширув усуллари мавжуд:

• Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси 2 кўринишда, • Қоннинг умумий тахлили • Имконият бўлганда қоннинг биохимик таҳлилини (аввало мочевино, креатинин, аминотрансфераза, электролитлар) ўтказилиши мақсадга мувофиқ.

Амбулатор шароитда зотилжамни микробиологик текширувини ўтказиш кам маълумот беради ва антибактериал воситани танлашга деярли таъсир кўрсатмайди.

Шифохонага ётқизилган беморларга бажарилиши зарур бўлган текширувлар. Беморга аниқ диагноз қўйиш ва даволаниши лозим бўлган бўлимни (умумий терапия ёки реанимация бўлимлари) аниқлаш учун, касаллик тарихи ва объектив кўрувдан "ташқари қуйидаги зарурий текширувлар ўтказилади: • Кўкрак қафаси рентгенографияси - 2 кўринишда • Қоннинг умумий тахлили • Қоннинг биохимик тахлили - мочевино, -креатинин, электролитлар, аминотрансферазалар •Микробиологик текширув, Грамм бўйича бўялган балғам суртмаси микроскопияси •Қўзғатувчини аниқлаш ва унинг антибиотикларга сезгирлигини баҳолаш учун : балғамни экиш •Гемокультура тахлили (30-40 минут оралиғида турли веналардан қон олинад). Оғир кечаётган зотилжамда УСВ ўтказиш заруриятини аниқлаш учун артериал қоннинг газ таркиби (PaO_2 , PaCO_2) ўрганилиши мақсадга мувофиқ. Плевра бўшлиғига суюқлик йиғилганида уни пункция қилиш ва олинган хужайравий, биохимик, микробиологик текширувдан ўтказиш.

Дифференциал диагностикаси:

Дифференциал диагноз қуйидаги касалликлар ва патологик ҳолатлар билан ўтказилади

- Ўпка сили.

-Ўсмалар ♦ Ўпканинг бирламчи раки (айниқса, бронхиолоальвеолеар ракнинг зотилжам тури) ♦ Эндобронхиал метастазлар ♦ Бронх аденомаси ♦Лимфома.

-ЎАТЭ.

• Иммунопатологик касалликлар: ♦ Тизимли васкулитлар ♦ Системали қизил волчанкадаги зотилжам ♦Аллергик бронх - ўпка аспергиллози ♦Облитерловчи бронхит шаклланган зотилжам билан ♦ Бирламчи ўпка фибрози ♦Эозинофилли зотилжам ♦Бронхоцентрик фануломатоз.

• Бошқа касалликлар ва патологик ҳолатлар: ♦ Сурункали юрак етишмовчилиги ♦ Дори пневмопатияси ♦ Ёт модда аспирацияси ♦ Саркоидоз ♦ Ўпка альвеолалари протеинози ♦ Липоидли зотилжам ♦ Думалоқ ателектаз.

Даволаш

Даволаш мақсади

•Қўзғатувчи эрадикацияси • Касаллик белгиларини тўхтатиш • Лаборатор кўрсаткичлар ва функционал ўзгаришларни меъёрига келтириш •Ўпка

тўқимасидаги инфильтрация ўчоқларининг сурилишига эришиш •Касаллик асоратини олдини олиш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар

Қуйидаги гуруҳ беморлари шифохонага ётқизилмоғи лозим:

◆Объектив текширув натижаларида нафас олиш сони 1 минутда 30: диастолик $AB \leq 60$ мм. см.уст., систолик $AB < 90$ мм. см.уст., юрак уриши 1 минутда ≥ 125 марта, тана ҳарорати $< 35,5$ C ёки ≥ 40 C, эс - хушдаги ўзгаришлар.

• Лаборатор ва рентген маълумотлар: Периферик қонда лейкоцитлар миқдори $< 4,0 \cdot 10^9$ ёки $> 25,0 \cdot 10^9$: $SaO_2 < 92\%$ (пульсоксиметрия маълумотлари бўйича), қон зардобиди креатинин $> 176,7$ мкмоль/л. ёки мочевино > 7 ммоль/л., 1 бўлакда кўп соҳани эгаллаган зотилжам инфильтрати, ўпкада емирилган бўшлиқ (бўшлиқлар), плеврада суюқлик, ўпкадаги ўчоқли инфильтрациянинг тез авжолиши (2 кун давомида инфильтрат ўлчамларининг $> 50\%$ катталашиши), гематокрит $< 30\%$ ёки $Hb < 90$ г/л., ўпкadan ташқарида инфекция ўчоқларининг бўлиши (менингит, септик артрит ва бошқалар), сепсис ёки аъзолар фаолиятининг етишмовчилиги, коагулопатия билан юзага чиқадиган метаболик ацидоз ($pH < 7,35$).

• Уй шароитида шифокор тавсияларини бажариш ва муқобил парвариш қилиш имкони йўқлиги.

• Бемор ёши 60 дан юқори ◆ Ёндош касалликлар (сурункали бронхит ёки ЎСОК, бронхоэктазлар, хавфли ўсмалар, ҚД, СБЕ, сурункали юрак етишмовчилиги, сурункали алкоголизм, гиёҳвандлик, тана вазнини сезиларли даражада катталиги (цереброваскуляр касалликлар) ◆ Бошланғич антибактериал даво самарасизлиги ◆ Бемор ва/ёки унинг оила аъзоларининг истаги ◆ Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам оғир кечаётган ва беморларда кузатилаётган тахипноз, минутда ≥ 30 , систолик $AB < 90$ мм. сим. уст., икки томонлама ёки бир неча бўлакдаги зотилжам инфильтрацияси, ўпкадаги катталашиб бораётган инфильтрация ўчоқлари, септик шок ёки вазопрессорларни юбориш зарурияти > 4 сб'ат давом этса УБЕ (ўтқир буйрак етишмовчилиги) - тезлик билан реанимация бўлимига жойлаштириш зарур.

Дориларсиз даволаш

Дециметр тўлқинли даволаш, ультра юқори тўлқинли даволаш, магнит даволаш, электр ва фонофарез каби физиотерапевтик даволаш усулларини қўллаш мақсадга мувофиқ эканлигини тасдиқловчи далиллар мавжуд эмас. Ажралиб чиқётган балғам миқдори кунига 30 мл. дан ортган холларда нафас гимнастикаси ўтқизиш самарадор эканлиги исботланган.

Дорилар билан даволаш

Зотилжамни даволашда **антибактериал** терапия илмий асосга эга бўлган ягона, усулдир. **Иммуномодуляторлар, биоген стимулловчилар, витаминлар, антигистамин** дори воситаларни юбориш мақсадга мувофиқ

эканлиги исботланмаган. НЯҚВ маълум муддатта яъни иссиқ тушириш ва оғриқ колдириш зарурияти бўлган вақтдагина буюрилади.

Амбулатор беморлар.

Амбулатор беморларда ўтказиладиган антибактериал даволаш бўйича тавсиялар 2 жадвалда келтирилган.

- 1 гуруҳ 60 ёшдан кичик ва ёндош касалликлари бўлган беморлар. Уларда талаб даражадаги клиник самарани оғиз орқали қабул қилинадиган дори воситалари ёрдамида олиш мумкин. Танлов воситаси сифатида амоксициллин ва макролид антибиотиклари тавсия этилади. Беморларда β-лактам антибиотикларга таъсирчанлик бўлмаса ёки касаллик атипик сабабларга (микоплазма, хламидия) кўра келиб чиққан деб гумон қилинганда макролидлар қўлланилгани маъқул. Кўмакчи дори воситалари сифатида респиратор фторхинолонлар тавсия этилади.

- Иккинчи гуруҳга 60 ёшдан катта ва/ёки ёндош касалликлар - ҚД сурункали юрак етишмовчилиги, СБЕ, жигар циррози, алкоголизм, гиёҳвандлик, умумий дистрофиясига чалинган беморлар киритилган. Бу гуруҳ беморларда ҳам ижобий самара антибиотикларни ичишга буюрилганда олиниши мумкин. Аммо уларда касаллик келиб чиқишида грам - манфий микроорганизмларнинг иштироки юқори бўлганлиги сабабли танлов воситаси сифатида «ҳимояланган» аминопенициллинлар ёки цефуроксим тавсия этилади. Ёрдамчи восита сифатида респиратор фторхинолонлар буюрилади.

Жадвал. Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжамни амбулатор даволашда антибактериал терапия.

Гуруҳ	Қўзгатувчи	Танлов ДВ	КумакчиДВ
1.Ёндош касалликлари йук, 60 ёшдан кичик беморларда оғир зотилжам	S.pneumoniae M.pneumoniae C.pneumoniae H. influenzae	Амоксициллин ёки макролидлар ичишга	Респиратор фторхинолонлар (левофлоксацин) ичишга. Доксициклин ичишга.
2.Оғир бўлмаган зотилжам, 60 ёшдан катта ва/ёки касалликлари бор беморлар	S.pneumoniae C.pneumoniae H. influenzae S.aureus Enterobacteriaceae	Амоксициллин +клавулон кислота ичишга ёки тефрукам ичишга	Респиратор фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксатин) ичишга

Даволаш учун антибактериал дори воситаларини танлаш керак: амоксициллин, макролидлар, цефуроксим, цефатаксим, цефтриаксон, ципрофлоксацин, гентамецин ва бошқалар.

Антибактериал терапиянинг самараси даво бошлангандан 48-72 соат ўтгач баҳоланади. Бу муддат ичида интоксикация ва тана ҳароратининг камайганлиги, нафас етишмовчилиги белгилари бартараф этилганлиги самарадорликнинг асосий мезонлари ҳисобланади. Беморда юқори ҳарорат ва интоксикация сақланиб турса ёки касаллик белгилари авж олиб борса, даво самарасиз деб ҳисобланади ва антибактериал препаратни бошқасига алмаштириб, беморни шифохонага ётқизиш масаласи кўрилади. Антибактериал терапияни ўзгартириш бўйича тавсиялар 5-жадвалда берилган. Даволаш муддати одатда 7 - 10 кунни ташкил этади. Касаллик келиб чиқишида хламидия ёки микоплазма сабабчи эканини тасдиқловчи клиник ва эпидемиологик белгилар бўлганда даволаш муддати 14-кун, стафилококк ёки грамманфий энтеробактериялар сабабчи бўлса 14-21 кунни ташкил этиши зарур.

- Рентгенография назоратида инфильтрат сақланиб турса бу ҳолат антибиотиклар билан даवони давом эттиришига асос бўлмайди, шу билан бирга зотилжамнинг клиник, рентген ва лаборатор белгилари узоқ муддат сақланиб турган ҳолларда ўпка раки, сил, сурункали юрак етишмовчилиги каби касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак.

- Даволаш жараёнида бемор умумий аҳволи ва муолажа самарасини баҳолаш мақсадида қуйидаги текширувларни ўтказиш мақсадга мувофиқ:

- Қон умумий таҳлили - касалликнинг 2-3 куни ва антибактериал терапия тугагандан сўнг.

- Қон биокимёвий таҳлили - биринчи текширувда ўзгаришлар мавжуд бўлганда, 1 ҳафта ўтгач такроран текширилади

- Конни газ таркибини текшириш (оғир кечганда) - кўрсаткичлар меъёрига келгунга қадар ҳар куни аниқланади

- Кўкрак қафаси рентгенографияси - даволаш бошлангандан 2-3 ҳафта ўтгач (шифохонадан чиқишдан олдин) ёки бемор аҳволи ёмонлашганда.

Хирургик усулда даволаш

Хирургик усуллари (антибактериал терапия билан бир қаторда) касалликнинг йирингли деструкцияли асоратларида (плевра эмпиемасида) қўлланилади. Кўп ҳолларда торакотомик дренаж баъзан эса-торакоскопия ва декортикация бажарилади.

Кейинги кузатув

Ўпкадаги ўчоқли инфильтратлар сўрилганлигини аниқлаш учун касаллик бошлангандан 2-3 ҳафта ўтгач рентгенологик назорат ўтказилади. Агар жараён давом этаётган бўлса ёки касалликнинг чўзилиб кетиш хави бўлганда рентген назоратни 4 ҳафта ўтгач такрорлаш мақсадига мувофиқ. Алоҳида ҳолларда КТ, фибробронхоскопия ўтказилади. Диспансеризация 1 йилгача.

Прогнози

Кўп ҳолларда иммун тизими мустаҳкам, навқирон ва ўрта ёшли беморларда тана ҳарорати 2-4 кун ичида меёрига келади, рентгенологик "соғайиши" эса 4 ҳафтагача.

Чўзилувчан зотилжамда диспансер кузатуви

Чўзилувчан зотилжам ўтказган беморлар УАШ назоратида бўлади. Физиотерапия, стимуловчи терапия, витаминотерапия ва аэрозольтерапия ёки кислород билан даволаш индивидуал олиб борилади(1 йилда 4 маротаба, стационардан чиққан пайтда 3ой бой 9 ой). Кейинчалик аҳволига ва ҳамроҳ касалликларга қараб бориш керак. ОРВИ нинг олдини олса касаллик қайталанмайди.

Сурункали зотилжамда диспансер кузатуви схемаси

Диспансеризация асосланади	1. Болаларда сурункали зотилжам 2. Болаларда сурункали зотилжам бўйича ўтказиладиган операциялар
Кўрув назорати	1. Енгил оғирлик даражасидаги зотилжамда- педиатр+пульмонолог 2-3 ойда 1 марта ; Ремиссияда 1 йил ичида 6 ойда 1 марта 2. Ўрта ва оғир оғирлики даражасидаги зотилжамда- педиатр+пульмонолог 1 ойда 1 марта, узоқ муддатли ремиссияда 3 ойда бир марта. Кўрсатмага кўра жарроҳ кўриги йилида 2 мартадан камаймаслиги керак
Диққат қилинг	Умумий ҳолатига, жисмоний ривожланишига, кўкрак қафаси шаклига, йўталнинг хусусиятига, балғамга, хириллашга, кўзғалиш давомийлигига ва частотасига
Кўшимча текширув усуллари	Тана ҳароратини ўлчаш, сил синамалари, қон таҳлили спирометрия, стационарда кўрсатмага кўра- бронхография, бронхоскопия, рентгенография Балғамнинг антибиотикларга сезгирлигини текшириш
Самарадорлик кўрсаткичи	Ўзини яхши ҳис қилиш. Кўзғалиш баъзан бўлади ёки йўқ, турғун эмас. Рентген маълумотлари ва функционал синамалар кўрсаткичларинингш яхшиланиши

Бронхоэктазлар

Бронхоэктаз бронх деворини йирингли ялиғланиши натижасида унинг қайтариб бўлмайдиган деструктив кенгайишидир. касалланиш : 2001 йилдан 100000 аҳолига 34,7 ҳолат.

Классификацияси

- **анатомик** -*варикозли* бронхоэктазлар(тасбехсимон) –бронх кенгайган қисмларининг ўзгаришга учрамаган қисмлари билан навбатма-навбат келиши хос- *учруқсимон* бронхоэктаз-бронх бушлигининг кенгайган қисми аста –секин бўшлиги ўзгармаган бронхга ўтиб боради **қопсимон* бронхоэктаз* *цилиндирсимон* бронхоэктаз.

-**патоморфологик**- *атрофик* бронхоэктаз-бронх кенгайган қисми деворининг юпкалашиши ва атрофияси* *гипертрофик* бронхоэктаз- бронх шиллиқ ва мушак қавати гипертрофияси ва уларнинг қалинлашиши.

-**этипатогенитик** **тузма ва ортирилган* бронхоэктаз.

- ✓ ателектатик бронхоэктаз- ўпканинг катта ателектазлари негизида ривожланувчи ва кўпчилик бронх шохларининг бир текис кенгайиши билан келувчи бронхоэктаз, бунда ўпка тўқимаси “ари уяси” кўринишига эга бўлади.
- ✓ деструктив бронхоэктаз – одатда, бронх ва унинг атрофидаги тўқималарнинг йиринглашидан келиб чиқувчи қопсимон бронхоэктаз.
- ✓ постбронхитли бронхоэктаз- сурунка бронхитда бронх девори дистрофик ўзгаришлари оқибатида ёки ўткир бронхитда бронх девори йирингли чириши ёки тонуси бузилиши натижасида юзага келиши натижасида юзага келувчи бронхоэктаз.
- ✓ постстенотик бронхоэктаз- бронх деворида шиллиқ тўпланиши ва унинг атонияси оқибатида торайган қисмини пастида юзага келувчи бронхоэктаз.
- ✓ ретенцион бронхоэктаз- бронх деворининг шиллиқ тўпланишдан кенгайиши ёки тонуси йўқолиши оқибатида ривожланган бронхоэктаз.

патоморфологияси

- ✓ бронхлар кенгайиши
- ✓ йирингли яллиғланиш
- ✓ бронхлар шиллиқ қавати некротик ўзгаришлари
- ✓ перибронхиал фиброз

клиник манзараси

- ✓ эрталаблари уйқудан тургач ва уйқудан олдин мунтазам пайдо бўлувчи йирингли балғам ажралиши билан йўтал.
- ✓ қон туфлаш
- ✓ нафас олганда кўкрак қафасида оғрик
- ✓ кўрик
 - ✓ кўкрак қафаси бочкасимон
 - ✓ тирноқлар соат ойналари шаклида

- ✓ аускултацияда маълум бир соҳада жойлашган нам хириллашлар* нафас етишмовчилиги белгилари
- ✓ ўпка –юррак белгилари.

Ўпка сурункали обструктив касаллигига чалинган беморни шифокори

амалиёт назоратида бўлиш тартиби.

Даражаси	Текширувларни такрорлаш сони	Мутахассис маслаҳати
1	йилда бир марта клиник кўрув, бронходилатация билан синовли спирометрия- йилда бир марта усок кўзиганда:кут ва кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси	7-14 кун мобайнида ўтказилган даво самарасиз бўлса пульмонолог маслаҳати амалга оширилади
2	текширувлар ҳажми ва сони юқоридагидек	кўрсатмалар юқоридагидек
3	йилида икки марта клиник кўрув бронхоскопия билан синовли спирометрия-йилда бир марта. кут ва кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, экг йилда бир марта sat 02*-йилда 2 марта	пульмонолог маслаҳати: касаллик кўзиганда, нафас етишмовчилиги авж олганда, диагнозни тасдиқлаш ва меҳнат қобилияти йўқотилганлигини аниқлаш учун.
4	текширувлар ҳажми ва сони юқоридагидек	пульмонолог маслаҳати: касаллик зўрайганда, нафас етишмовчилиги авж олганда, сурункали юрак етишмовчилиги белгиларида диагнозни тасдиқлаш ва меҳнат қобилиятини йўқотилганлигини аниқлаш учун.

Лаборатор текширувлар :

Қон –лейкоцитлар сонининг ортиши ,эчт кўтарилиши камқонлик
 Балғамни текшириш- уч қаватли чўкма бактериологик текширувда касаллик
 қўзғатувчисини аниқлаш
 гипоксемия

маҳсус текширувлар

- ✓ ташқи нафас фаолиятини текшириш-рестриктив ёки рестриктив-обструктив нафас бузилишлари .
- ✓ рентгенологик текширувлар *жароҳатланган соҳада перибронхиал фиброз, ателектазлар, тўрсимон ўпка тўқимаси, кўп миқдорда кистоз ўзгаришлар, томир сурати деформацияси.
- ✓ бронхография- юқумли жараёнда ёки қон туфлаш вақтида бажариш мақсадга мувофиқ эмас , чунки бронх шиллиғи контраст моддани ўтишига тўсқинлик қилади, зотилжам эса бронхларни вақтинча кенгайтишини юзага келтиради “дарахтнинг кесилаётган шохларига” ўхшаш цилиндрсимон бронхоэктазлар. қопсимон бронхоэктазларда бронхларнинг дистал қисмлари шишириб қўйилганга ўхшаб кўриниши. қарши кўрсатма-йодга таъсирчанлик кт кўп ҳолларда бронхоэктазларни аниқлашга ёрдам беради.
- ✓ фибробронхоскопия-касаллик бошланганига кўп муддат ўтмаган ёки жараён бир тамонлама бўлганда тавсия этилади, бронхография билан биргаликда бажарилиши мумкин * бронхоэктазнинг тури ва жойлашган ўрнини аниқлаш ҳамда қон кетиш жойини топишга ёрдам беради* бронхда ўсма ёки ёт модда мавжудлигини истисно қилиш учун кўмак беради * муҳитга экиш учун манба олишга имкон яратади.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: касаллик авж олганда бронхоскопия қилиш керак пайтда ва сурункали юрак етишмовчилик белгиларида ва меҳнат қобилияти йуқолганлигини аниқлаш учун пульманологияга ётқизиш тавсия этилади, хирургик усул билан даволаш учун хирургия бўлимига ётқизилади (жароҳатлаган қисм резекцияси учун).

Даволаш

- ✓ Консерватив* Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш * Постурал дренаж * бронхолитик ва балғам эритувчи воситалар билан ингляциялар * оксигенотерапия Ра О2 55 мл. сим устунидан паст бўлганда ўтгазиш * бронхлар шиллиқ модда ёки мицелия иплари билан берктлиб қолганда — даволаш бронхоскопияси * бронходелататорлар (тербутамин, салбутамол) ингляцияси айниқса бронхиал астма ёки ўпка аспергиллёзи ёндош бўлиб келган беморларга тавсия этилади. Антибиотиклар 1-2 ҳафта мобойнида * ампициллин 250-500 мг ҳар 6 соатда ичиш учун ёки амоксицилин 1г дан кунига 3 марта * тетрациклин 250-500 мл. ҳар 6 соатда ичилади * ГК- бронхиал астма ва ўпка аспергиллёзида.
- ✓ Хирургик усул билан даволашни бронхоэктазнинг ҳар қандай турида ва ўпкада сурункали яллиғланиш жараёни мавжуд бўлганда ёши 5-6 ойликдан 40 ёшгача бўлган беморларда амалга ошириш

мумкин. 40 ёшдан катта беморларда хирургик амалиёти асоратли бронхоэктазлардагина бажарилади: ўпкадан қон кетиши, абсцессланиш, турғун ателектаз, аспергиллома. * операция турлари: жароҳатланган қисм резекцияси, лобэктамия билобэктамия, аралаш резекция, пульмонэктамия. Болалар ва ўсмирларда ўпка тўқимасини қолдириб, фақат бронхлар экстерпациясини бажариш мумкин. Жараён икки томонлама бўлганда хирургик амалиётни бир неча босқичда бажариш мақсадга мувофиқ, бунда кўпроқ ўзгаришга учраган соҳада биринчи бўлиб операция бажарилади.* бронх артериясини эмболлаш –ўпкадан қўп қон кетганда ҳаётий кўрсатма бўйича бажарилади .

Асоротлари

- ✓ Қайталанувчи зотилжам
- ✓ Ўпка гипертензияси
- ✓ Иккиламчи амилоидоз
- ✓ Ўпка юрак

Профилактикаси

- ✓ Чекишни ташлаш
- ✓ Зотилжамни тўғри даволаш
- ✓ Бронхлар обструкциясига ўз вақтида диагноз қўйиш ва даволаш.

Ўпка абсцесси

Ўпка абсцесси-ўпка тўқимасидаги чегараланган некроз ўчоғи бўлиб, битта ёки кўплаб бўшлиқлар ҳосил бўлишига олиб келади. Ўткир ва сурункали(2 ойдан кўп давом этадиган) абсцессларга бўлинади. Жойлашиши:кўпинча-юқори бўлак орқа сегментида(S-2) пастки бўлак юқори сегментида(S-6).

Этиологияси:

- Аспирацияли пневмония
- Staphylococcus aureus ёки Staphylococcus pyogenes лар келтириб чиқарадиган ва ўпка деструкцияси билан кечувчи йирингли пневмония
- Ўпка инфаркти
- Септикопиемия
- Бирламчи ўчоқда гематоген йўл билан тушувчи септик эмболлар
- Оғиз бўшлиғи тубининг флегмонаси, юқори лаб фурункулларида лимфоген инфекция
- Нафас йўлларидаги ёт жисм

- Ўпкадаги хавфли ўсманинг емирилиши
- Плевра эмпиемаси, диафрагма ости абсцессларида йирингли алоқа йўл билан тарқалиши

Клиник манзара

- Ўткир ва сурункали абсцесснинг клиник белгилари:

- Тахипноэ
- Тахикардия
- Кўкрак қафасининг ассимметрияси нафас ҳаракатлари
- Абсцесс устида перкутор товушнинг бўғилиши
- Нафас шовқинларининг сусайиши
- Турли колибргадаги нам хириллашлар
- Абсцесс бўшлиғи дренажланганда амфорик нафас олиш
- 3 қаватли балғам: сарғимтир шиллиқ+сувли қават+йиринг.

- Ўпканинг ўткир абсцесси

- Кўкрак қафасидаги оғриқ
- Ҳансираш-йирингли балғам билан(бадбўй ҳидли) йўтал
- Баъзида қон тупуриш
- Ҳароратнинг гектик кўтарилиши

- Тўсатдан кўп микдорда (оғизни тўлдириб) бадбўй ҳидли балғам ажралиши-абсцесснинг бронхга ёрилганлиги белгиси. Бемор аҳволининг қисқа муддатли ўзига хос яхшиланиши

- Ўпканинг сурункали абсцесси

- Йирингли жараёнларнинг вақт-вақти билан кўзгаб туриши
- Ремиссия даврида йўтал, тана ҳолатини ўзгартирганда йирингли балғам ажралишининг кўпайиши
- Қон тупуриш эҳтимоли
- Чарчаш
- Озиб кетиш
- Кечалари терлаш
- Ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари “барабан таёқчалари” шаклидаги бармоқлар

Лаборатор текширишлар

- Қон-нейтрофилли лейкоцитоз, чапга силжиши билан, анемия, гипоальбуминемия
- Балғам микроскопияси-нейтрофиллар, турли хил бактериялар
- Плеврал суюқлик-нейтрофилли цитоз

Махсус текширишлар

- Кўкрак қафасидаги аъзоларнинг тўғри ва ён проекциялардаги рентгенографияси

-Ўткир абсцесс-абсцесс шаклланиш даврида-ҳажми ўзгармаган ҳолда ўпка тўқимасининг сояланиши, бронх орқали ёрилгандан кейин аниқ ички деворлари ва суюқлик сатҳи бўлган бўшлиқ

-Сурункали абсцесс инфильтрация зонаси билан ўралган каттик деворли бўшлиқ

- КТ
- Бронхоскопия йиринг аспирацияси билан, микрофлорани ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун

Дифференциал диагностика

- Бронхлар раки
- Бронхоэктазлар
- Плевра эмпиемаси
- Сил
- Замбуруғли ўпка инфекциялари
- Вегенер гранулематози
- Бронхга ёрилиб кирган диафрагма ости ёки жигар абсцесси
- Бронхоген ёки паренхиматоз кисталар(туғма)

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: Бу беморларни фақат шифохонада даволаш керак, чунки бронхларда йиринг куп, керак бўлса хирургик даво ўтказиш лозим (пневмотомия).

Даволаш

Парҳез: Энергия қиймати-кунига 2000-5000 ккал.гача, оксил миқдори кўп(110-120 г/кунда) ва ўртача миқдорда камайтирилган ёғлар(80-90 г/кунда). А, С, В гуруҳи витаминлари кўп бўлган овқатлар(буғдой кепаги, наъматак қайнатмаси, жигар, хамиртуруш, хўл мева ва сабзавотлар, шарбатлар) миқдори оширилади, кальций, фосфор, мис, рух тузлари бўлган овқатлар буюрилади. Ош тузи кунда 6-8 г.гача камайтирилади, суюқлик чекланади.

Консерватив даволаш :

- Клиник- рентгенологик соғайишгача антибиотикотерапия. –Балғамни, қонни бактериологик текширувлари ва микроорганизмларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлагандан кейин препаратлар танланади. Антибиотикограмма олингунча антианаэроб фаолликка эга бўлган кенг таъсир доирали антибиотиклар биргаликда ишлатилади
- Дезинтоксикацион ва симптоматик терапия
- Бронхоскопия вақтида трансбронхиал дренажлаш
- УТТ ёки рентгеноскопия назоратиёрдамида тери орқали абсцесс бўшлиғини дренажлаш

Хирургик даво: Кўрсатмалар:

- Антибиотиклар билан даволашнинг самарасизлиги

- Ўпкадан қон кетиши
- Ўпка ўсмасини инкор қила олмаслик
- Абсцесс ўлчамининг 6 см.дан катталиги
- Абсцесснинг плевра бўшлиғига ёрилиб, эмпиеманинг бошланиши
- Сурункали абсцесс

Операция турлари:

- Бир лаҳзали пневмотомия- абсцесс бўшлиғи устида плевранинг париетал ва висцерал япроқлари орасида битишмалар бўлса
- Икки лаҳзали пневмотомия- битишмалар бўлмаса
- Абсцессни пункция қилиб бўлгач, кўкрак қафаси девори орқали дренажлаш ёки троакар ёрдамида дренаж киритиш
- Сурункали абсцессларда- ўпканинг бир бўлагини ёки бутунлай олиб ташлаш

Асоратлари

- Жараённинг диссеминацияланиши
- Бош мия абсцесси
- Менингит
- Плевра эмпиемасининг пайдо бўлишини келтириб чиқарувчи плеврвл бўшлиққа перфорация
- Пневмоторакс
- Ўпкадан қон кетиши

Кечиши ва прогнози

- Ўткир абсцесс яхши даволанмаса, сурункали формага ўтиши; тузалиб кетгандан кейин 3 ойдан сўнг қайта рентгенография қилиш
- Прогноз ижобий: кўп ҳолларда абсцесс бўшлиғи ёрилиб, бемор тузалиб кетганлиги қайд этилади.

Ўпка раки

Тарқалиши: Ўпка раки 75-79 ёшли шахсларда кўп тарқалиши аниқланган.

Профилактикаси: 80% ҳолларда кашандалик билан боғлиқ эканлигини ҳисобга олсак, касалликни олдини олишда асосий йўналиш шубҳа туғдирмайди.

-Радионуклид ва асбест билан боғлиқ корхона ишчиларини узоқ муддат давомида назорат қилиш тавсия этилади, аммо бундай кузатувнинг самарадорлиги аниқланмаган;

-Касбий касалликка шубҳа туғилганда беморга махсус касб касалликлари ёки пулмонология клиникасида текширувдан ўтиш тавсия этилади;

-Радионуклид ва асбест таъсири натижасида келиб чиққан касалликлар билан хаста беморлар мунтазам клиник текширувдан ўтишлари ва керакли даво олишлари зарур;

-Кўп мамлакатларда хавфсизлик қотдаларига кўра асбест билан ёпиқ хоналарда ишлаш таъқиқланади;

-Хонадонларда таркибида асбест тутган моддаларни қайта ишлаш ва қўллаш умуман маън этилади;

Классификацияси:

Клиник-анатомик шакллариға кўра:

-Ўпка ракининг 2 асосий шакли фарқланади: 1)Марказий 2)Периферик.

-Атипик шакллари: 1)Панкост синдроми билан кечувчи периферия раки 2)Медиастинал рак 3)Ўпканинг бирламчи карциноматози;

-Медиастинал ракка кўкс оралиғи лимфа тугунларида метастазлар хос, бирламчи ўчоқ аниқланмаган. Лимфоген метастазлар ўсманинг ўзига нисбатан тезроқ ривожланади;

-Бирламчи карциноматоз-ўпканинг 2 томонлама бирламчи кўп сонли раки.

Морфологиясига кўра:

-Аденокарцинома(без тўқимали рак)-ўпка ракининг ҳужайравий жиҳатдан энг кўп тарқалган тури. Ўпканинг хавфли ўсмалари ичида 30-45%ни ташкил этади;

-Ясси ҳужайрали рак-учраши бўйича 2-ўринда туради(25-40% ҳолларда);

-ЎМР-ўта хавфли ўсма. Ўпка хавфли ўсмалари ичида 20%ни т/э.

-Йирик ҳужайрали хавфлилиқ даражаси юқори бўлмаган рак, кам учрайди-5-10%

Метастазлар:

-Кўкракдан ташқари соҳаларга метастазлар:бош миёга, жигар, суяк ва буйрак усти безларига;

-Маҳаллий тарқалиши ва кўшни аъзоларга метастаз;

-Кўкс оралиғи, кўкрак девори катта томирлари ва перикардга ўсиб кириши;

-Ўпка дарвозаси, кўкс оралиғи, ўмров усти ва қўлтиқ ости лимфа тугунларига метастазлар;

-ЎМРнинг жуда эрта босқичларида кўкрак, шунингдек кўкракдан ташқари соҳаларга ҳам метастаз беради, шу сабабдан фақат маҳаллий терапия ўтказиш имконияти жуда кам ва дори воситалар билан даволаш асосий усули бўлиб хизмат қилади.

Диагностика:

Диагноз қўйишнинг илк босқичлари, нисбий эрта белгилари(50% ҳолларда)

-йўтал ёки унинг хусусиятининг ўзгариши

-кон туфлаш

-оғрик(кўкракда ёки кўкрак қафасидан ташқарида)

-нафас етишмаслиги

-иштаҳа йўқолиши, тана вазни камайиши

Физикал ва инструментал текширув маълумотлари:

-Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммасида сояланиш соҳалари

-Бўйин, ўмров усти, қўлтиқ ости лимфа тугунларининг катталашуви

-Метастазлар бош миёда, суяк, жигар, буйрак усти безларида

-Аускультацияда ўзига хос хириллашлар ва стридор.

Клиник кўриниши Касаллик аниқлангандан сўнг беморларнинг 80-90% шикоятлари юзага келади, касаллик кечи стадияларида аниқланади.

Ўпка ракида йўтал – 42%

Кўкракда оғриқ - 22%

Хуштаксимон нафас – 15%

Қонли йўтал – 7%

Хансираш – 5%

Холсизлик, озиш, овозидан бўғилиши кузатилади.

Инструментал текширув

- Кўкрак қафаси рентгени
- Кўкрак қафаси КТ
- Фибробронхоскопия

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: шу ташхис тасдиқлангандан кейин дархол онкологияга ётқизиш шарт, у ерда радикал нур ва химия терапия ўтқазилади.

Амалий маслаҳатлар

- 50 ёшдан катталарда доимий йўталда айниқса чекадиганларда ўпка ракига шубҳа қилинади.
- Агар ўпка ракига шубҳа қилинганда ўсма рентгенда кўринмаса фибробронхоскопия қилиш шарт.
- Қонли йўтал бўлганда биринчи навбатда ўпка ракига шубҳа қилинади.
- Ўрта ёшидаги одамларда қонли йўтал бўлса ўпка силини биринчи белгиси бўлиши мумкин.
- Айримларда йўтал кучли бўлиб, обморк ва қушишгача олиб келади.
- Кўп миқдордаги қонли йўталда бронхоэктаз ва ўпка сили ҳақида ўйлаш керак.
- Яшил-сарик рангли балғам бактериал инфекцияда кузатилади ва ўзида кўп миқдорда лейкоцитлар тутади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

Интерактив ўйинлар:

Талабаларни 2 гуруҳга бўлинг.

1-гуруҳ учун вазифа – жадвал тузинг, бронхит клиник қурилиши, ташхиси, таккослаш ташхиси, давоси. УАШ тактикаси.

2-гуруҳ учун вазифа: - Жадвал тузинг. Зотилжам касаллиги клиник қурилиши, ташхис, таккослаш ташхиси, давоси, УАШ тактикаси

Бу ҳолатларни муҳокама қилинганда асосий симптомлар ва белгиларни эътиборга олиш керак.

«Қутичадан сакраб чиқиш» ўйини.

Катнашувчилар: талабалар ва уқувчи.

Йўтал синдроми мавзуси бўйича олдиндан тайёрлаб қўйилган саволларни қоғозга ёзиб қўйинг. Бир нечта қоғозга қуйдаги саволларни ёзиб қўйинг: «ўзингизни бўш қўйинг, жавоб бериш керак эмас, бирон – бир латифа айтиб беринг».

Ҳар бир талаба савол ёзилган қоғозни олиш керак ва жавоб бериши керак.

Саволлар:

1. Йўтал қайси касалликларда кўп учрайди
2. Ўткир ва сурункали йўтал сабаблари
3. Нафас йўллари касалликларини лаборатор ва инструментал текшируви.
4. Нафас йўллари касалликлари билан оғриган беморларни олиб бориш тактикаси.
5. Йўтал билан мурожат қилган беморлардан қандай савол бериш керак (анамнез).

Жавоблар эталони:

1. Йўтал нафас йўллари касалликларида кўп учрайди (ОРВИ, бронхит, зотилжам, бронхоэктатик касалликлари, ўпка раки, ўпка абцесси, ўпка сили).
2. Ўткир йўтал сабаблари: қуруқ йўтал, ОРВИ, микоплазма инфекцияси, ёд жисм, ўпка раки, плеврит, Зарарли моддалар билан нафас олиши. (чанг, тутин).

Сурункали йўтал сабаблари:

- синусит -29%
- бронхиал астма-25%
- синусит ва бронхиал астма-18%
- сурункали бронхит -12%
- қизилўнгач-ошқозон рефлюкси-10%

3. Лаборатор текшируви

Бирламчи текширувлар: 1) кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси 2) балғам суртмаси ва экмаси 3) қон умумий таҳлили, қон зардобда СРО микдорини аниқлаш (васкулитда ортиши мумкин);

-Эозинофилли -зотилжам ҳақида ўйлаш.

Балғамни текшириш

Сутка бўйича чакмаган соғлом одамда бронхларда 100-150 мл шилимшиқ йиғилади. Бу шилимшиқ ҳилпилловчи эпителий ёрдамида юқорига йўналтирилади. Балғамнинг ҳиқилдоқдан ҳалқумга ўтиши енгил ва йўтал сезгиларисиз кечади. у бронхларда ҳосил бўлиб йўтал орқали ажралади. Балғам ҳосил бўлишининг энг кўп сабаби чекиш.

Инструментал текширувлар-Кўкрак қафаси аъзоларининг

рентгенографияси: ўпка тўқимасида ўзгариш йўқ (дифференциал диагностика учун муҳим).

4. Кейинги олиб бориш (Диспансеризация)-Одатда ўткир асоратсиз бронхит билан боғлиқ йўтал 4-8 ҳафта давомида тўхтайд.

Қайталанувчи бронхитда диспансер кузатуви

Қайталангандан кейин 1 йилда 2 ой давомида ўзимизнинг санаторияда Шохимардонда дам олиши керак. УАШ 1-йилда ҳар кварталда 1 марта ЛОР ва Стоматолог эса 1 йилда 2 марта кўриши керак.

5. 1. Қачондан бери йўталади?

2. Йўталганда балғам ажраладими (ранги, миқдори, қон қўшилганми,)?

3. Йўталганда томоғи қичишадими?

4. Кўкрак қафасида оғрик бўладими?

5. Қалтираш ва иситмалаш, терлаш бўладими?

6. Хансираш бўладими?

7. Бурун оқиши ва кўз ёшлари фасилга боғлиқми?

8. Касбингиз нима, охирги пайтида вазнингиз камайдими?

9. Кечаси оёғингиз шишадми?

6.2. Тахлилий қисми

Клиник ҳолат.

50 ёшли эркак сурункали йўтал билан шикоят қилди.

1-савол: Сизнинг таққослаш ташҳисингиз?

(Жавоб: сурункали ўпка касалликлари, ўпка сили, ўпка раки).

2-савол: Эркакга туғри ташҳис қўйиш учун қандай саволлар берасиз?

(Жавоб: қачондан бери? Қунига неча марта? Қон аралашганми? Қанча вазн ёқотди ва қанча вақт давомида? Ўтган анамнез насли, дорилар, саёхатлари, ва зарарли одатлар борми бошқалар.)

Қўшимча маълумот: Йўтал 10 йилдан бери кузатилади, 10 кг охирги 2 йилга озди, 15 ёшдан бери чакади 1 кунда 2 та пачка сигарет, йўтал балғамли айниқса эрталаб кўкимтир рангида кўп миқдорда кузатилади?.

3 – савол: Бу беморни кўришда нимларга эътибор бериш керак? **(Жавоб:** кўрик пунктлари: тана ҳарорати, териси (ранги), лимфа безлари катталашган, ўпкани аускультациясида қуруқ нафас, нам ва қуруқ хириллашлар бор.

Қушимча маълумот: курувда беморнинг мазаси йуклиги кўриниб турибди. АД 130/70, пульс – 108 регулар. Ўпкада нам ва қуруқ хириллашлар кўп.

4 – савол: Қайси текшириш усули ташҳисни тасдиқлаши мумкин?

(Жавоб: ташҳис: сурункали ўпка касаллиги, текшириш усули – ўпка рентгени, балғамни экиш).

Вазиятли масала

40 ёшли эркак, анамнезида 10 ойдан бери йўталга шикоят қилади. Йўтал кечки пайт бошланиб кейин хуружли йўталга ўтади ва нафаси сиқади. Эрталаб балғам кам миқдорда оқиш рангда бўлади. Отаси бронхиал астмадан улган.

Ёшлигидан кўп шамоллийдиган сигарет чакади охирги 2 йил ичида нафаси сиқади айниқса кечаси.

Кўрик пайтида кўкрак қафаси шишган, кокурға ораси кенгайган, нафаси сиқади, ўпкада кўп миқдорда шовқинли қуруқ нафас эштилади. Рентгенда ўпка расмини ўзгарганлигини кўрамиз.

Савол: Бу беморга қандай ташхис қўйиш мумкин?

Жавоб эталони: БА

6.3. Амалий қисм

Йўтал бўлган беморлардан анамнез йиғиш

Ўткир йўталда бериладиган совоплар:

1. Қачондан бери йуталади?
2. Йўталганда балғам ажраладими (ранги, миқдори, қон қўшилганми,)?
3. Йўталганда томоғи қичишадими?
4. Кўрак қафасида оғрик бўладими?
5. Қалтираш ва иситмалаш, терлаш бўладими?
6. Хансираш бўладими?
7. Бурун оқиши ва куз ёшлари фасилга боғлиқми?
8. Касбингиз нима, охирги пайтида вазнингиз камайдими?
9. Кечаси оёғингиз шишадими?
10. Танани ўзгартирганда йўтал ўзгарадими?
11. Майда нарсалар нафас йўлларига тикилмаганми?

Рецептура бўйича вазифаларни бажариш (дориларни чиқариш шакли, дозаси, миқдори ва қўлланилишини кўрсатиб, рецептлар ёзиш):

Рецепт ёзинг: бемор 40 ёш, йўтал ташхиси билан, бромгексин .

1.Rp: Bromhexini 0,008

D.t.d №10 in caps.

S. 1 капс. Кунига 2 маҳал овқатдан 20 минут олдин (эрталаб ва кечкурун).

Рецепт ёзинг: бемор 15 ёш, мукалтин таблеткаси

2.Rp: Mucaltini 0,05

D.t.d №20 in tab.

S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал.

7. Малака, кўникма ва билимларни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма- рецепт
- вазиятли масала;
- ўзлаштирилган амалий кўникмаларни намойиш этиш.

8. Жорий баҳолаш мезонлари

Ўзлаш-тириш (%)	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
86-100%	Аъло	Аъло баҳо олмоқчи бўлган талаба: Нафас йўллари асосий анатомио-физиологик

	«5»	хусусиятларини билиши керак. ◆ бронхит, зотилжам, бронхоэктатик, ўпка абцеси, ўпка сили. ◆ Классификацияни билади. ◆ Оилавий анамнезни ҳисобга олган ҳолда, анамнез йиғишни билади. ◆ Мавзуда кўрсатилган патологияли беморларни тулиқ обектив теширувини ўтказа олади. ◆ Асосий клиник симптомларни ва белгиларни билади. ◆ Қонни умумий таҳлилини ва инструментал текширувлар натижасини таҳлил қилишни билади. ◆ Бирламчи тизимда ёрдам кўрсатишни билади . ◆ Шифохонага ётқизиш кўрсатмаларини билади. ◆ Реабилитацион ишларни олиб боришни билади. ◆ Санатор-курорт даволашга кўрсатмаларни ва профилактикани билади. Йўтални сабаблари • йутали бор болалар ва катталарда, анамнез йиғганда бериладиган 9-та асосий (саёҳатлар, овқат, антибиотиклар/дорилар, контактлар, шифохонага ётиш, қишлоқ-хўжалик ҳайвонлари билан контакт). • Йўтал билан кечадиган энг хавли касалликлар (Ўпка раки, ўпка сили, нафас йўлларида ёд жисм, ВИЧ инфекцияси сабаби бўлиши мумкин, юрак қон томир чап қоринча етишмовчилиги). • Узоқ муддатли йўтал чақирувчи омиллар (2 та препарат ингибитор АПФ, В-адреноблокатор, чап юрак етишмовчилиги, чекувчилар, касбга боғлиқ асбест) ва бирламчи тизимда йўтал билан беморларни олиб бориш тактикаси. • Йўтал билан ҳамроҳ симптомлар (ҳансираш, ҳуштаксимон нафас). • йўтал турига қараб даво тавсия этиш. • йўтали бор бемордан анамнез йиғиш. <u>Ўткир йўтал бўлганда.</u> 1. қуруқ йўтал (ёд жисм, чанг ва тутин, юқори нафас йўлларида инфекцияси).
--	-----	---

		2. Товуқ гўшти, тухум, музқаймоқ, денгиз озиқ-овқатларини истеъмол қилдингизми? 3. Сиз билан бирга йўталганлар борми? 4. Яқин орада саёхатга чиқдингизми? Қайси фаслда йўтал кўпаяди? 5. Балғамли йўтал бўладими ва ранги қандай бўлади? 6. Олдин шунақа бўлганми? 7. Яқин орада даволанганми ёки ёпиқ типдаги муасасаларда яшаганми (қариялар уйи)? 8. Яқин орада антибиотиклар олганми? 9. Ўзидаги муаммоларга ўхшаш муаммолар бор одамлар билан контактда бўлганми? 10. Жинсий ҳаёт, гомосексуал алоқалар 11. Чекиш зарарли одатлариз борми? 12. Қишлоқ-хўжалик ҳайвонлари билан контакт 13. Ситемали касаллиги борлиги <u>Сурункали йўтал бўлганда</u> 1. йўтал билан қон ва балғам келадими? 2. Яқин орада саёхатга чиқанмисиз? 3. Йўталганда кўкрак қафасида оғриқ бўладими? 4. Қариндошларда йўтал борми? 5. Қандай дориларни ичасиз? 6. Спиртли ичимликлар ичасизми? 7. Сут, йогурт, музқаймоқ сизга қандай таъсир қилади? 8. Тана ҳароратингиз ошганми? 9. Охириги пайтларда оздингизми? 10. Охириги пайтларда кузда оғриқ, ёш оқиши бўлганми? 11. Сизда стресслар тез тез бўлиб турадими (уйда, ишда, депрессия)?-
71-85%	Яхши «4»	- Яхши баҳо олмоқчи бўлган талаба: Пастки нафас йўллари асосий анатомио-физиологик хусусиятларини (ҳаммасини эмас) билиши керак. ◆ бронхит, зотилжам, бронхоэктатик, ўпка абцеси, ўпка сили(ҳаммасини эмас) билиши керак. ◆ классификацияни билади. ◆ Оилавий анамнезни ҳисобга олган ҳолда анамнез йиғишни билади. ◆ Асосий клиник симптомларни ва белгиларни билади. ◆ Қонни умумий таҳлилини таҳлил қилишни

		билади. ♦ Бирламчи тизимда ёрдам кўрсатишни билади. ♦ Шифохонага ётқазиш кўрсатмаларини билади. ♦ Санатор-курорт даволашга кўрсатмаларни ва профилактикани билади.
56-71%	Коникар-ли «3»	Қоникарли баҳо олмоқчи бўлган талаба: ♦ бронхит, зотилжам, бронхоэктатик, ўпка абцеси, ўпка сили. Таъриф бериш ♦ Анамнез йиғишни билади. ♦ Айрим клиник симптомларни ва белгиларни билади. ♦ Бирламчи тизимда ёрдам кўрсатишни билади. ♦ Шифохонага ётқазиш кўрсатмаларини билади.
0-55%	Коникар-сиз «2»	Анамнез йиғишни билмайди. Клиник белгиларни билмайди. Беморни кўрувунни ўтказолмайди. Қонни умумий таҳлилини таҳлил қилишни билмайди. Бирламчи тизимда ёрдам кўрсатишни билмайди. Шифохонага ётқазиш кўрсатмаларини билмайди. Даволашни билмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (270 мин)
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзун асослаш)		5
2.	Уйга берилган топшириқни муҳокама қилиш	сўров, тушунтириш	30
3.	Беморларни қабулда ёки кундузги стационарда кўрикдан ўтқазиш	Бемор кўриги	60
4.	Амалий кўникмаларни такомиллаштириш, муляжлар билан ишлаш	Клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	60
5.	Машғулотнинг амалий қисми бўйича	Сўров,	15

	муҳокама	тушунтириш	
6.	Машғулот мавзусини муҳокама қилиш–рефератив ахборот, семинар, баҳс-мунозара.	рефератив ахборот, семинар, баҳс-мунозара	45
7.	Гуруҳдаги иш: мавзу бўйича видеокассеталар намойиши, вазиятли масалаларни муҳокама қилиш, компютерли дастурлар, ишбилармон ўйинлар ва ҳ.к.	Намойиш, интерактив усуллар – актив, пассив	45
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулоаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10

10. Назорат учун саволлар

1. Катталарда чузилувчан йўтални 5-та сабабин айтинг

Жавоб: синусит, бронхиал астма, сурункали бронхит, чап қоринча етишмовчилиги, ўпка раки.

2. Йўтал билан оғриган беморга бериладиган асосий 5-та саволни айтинг.

Жавоб: Антибиотиклар дорилар, контакт, госпитализация, систем касалликлар, қишлоқ ҳўжалик ҳайвонлари билан контакт

3. Болалардаги йўтални кўп учрайдиган сабаблари.

Жавоб: Сут билан аспирацияси, ошқозон қизилунгач рефлюкси, бронхит, кўк йўтал, ёд жисм, психоген (ўспиринларда) ёлғон нафас сиқиши (ложный круп).

4. Йўтал билан боғлиқ бўлган 3- та энг ҳавфли касалликни айтинг.

Жавоб: Ўпка сили, ўпка раки, чап қоринча етишмовчилиги.

5. Йўтал чақирувчи 2-та препарат номини айтинг.

Жавоб: ингибитор АПФ, В-адреноблокатор.

6. Зотилжамда қандай симптомлар кузатилади.

Жавоб: лихорадка, бўшашиш, ҳансираш, йўтал.

7. Ноинфекцион йўтал сабаблари қандай

Жавоб: чап қоринча етишмовчилиги, ўпка раки, ўпка абцесси, депрессия

ТЕСТЛАР

1. Бронхлар деформацияси бўлган сурункали пневмония билан оғриган болаларни поликлиникада реабилитацион терапия курси	йилига 2 марта	йилига 1 марта	йилига 3 марта	йилига 4 марта	ҳар ойда	1
2. Болаларни ўткир бронхит билан оғриши энг кўп сабабалари	вируслар	бактериялар	содда бир хужайрали организмлар	замбуруғлар	риккетциялар	1
3. Болаларда обструктив бронхитнинг етакчи клиник симптоми	нафас олишнинг қийинлашиши (ҳарсиллаш)	истма	кўкрак қафасида оғриқ	холсизлик	истма	1
4. Истма нафас олишнинг қийинлашиши, перкутор товушнинг қисқариши болаларда учрайди	ўткир пневмонияда	сурункали бронхитда	ўткир бронхитда	бронхиал астмада	обструктив бронхитда	1
5. Қайси пневмония билан оғриган бемор болада қизғиш жигарранг балғам кузатилади	крупоз	ўчоқли	сегментар	интерстициал	полисегментар	1
6. Пневмониянинг этиологик факторларини аниқлаш учун ўтказилади	балғам экмаси	умумий сийдик тахлили	ўпка рентгенографияси	қон умумий тахлили	бронхография	1

Кўп жавобли

7.Нафас олишни баҳолаш:	нафас чиқаришни нг чўзилиши пастки нафас йўллари нинг торайганли ги белгилари ҳисобланад и	нафас олиш нафас чиқариш билан бирга келиши	кўкрак - ўмров - сўрғичсимон мушакларнинг тинч ҳолатда нафас олишда иштироки, нафаснинг оғир бузулишини билдиради	стридор бу - шовқинли нафас бўлиб, халқум ва трахея даражасида нафас олиш йўллари обструкция си билан кечади	ўпка ателекта зида трахея ўрта чизикда жойлаш ади	134
8.Йўталга хослиги тўғрими:	бронхитда сушт	ўпка ракида хуружси мон	бронхиал астмада - тунда	чап коринча етишмовчи лигида хансираш билан бирга кечади	ошқозон - қизилўн гач рефлюк сида - эрталаб	345
9.ўпкаканин г сурункали обструктив касалликлар ига олиб келувчи омиллар	наслий фактор	атроф- муҳитни нг ифлослан иши	нафас йўллари инфекцияси	чекиш	қон айлани ш етишмо вчилиги да АПФ ингибит орларин и қўллаш	1234

11. Адабиётлар

Асосий

1. Дж.Мерта 349-360 бет.
2. «Клиническое руководство для ВОП с доказательной медициной»
3. Руководство «общая врачебная практика» под ред. Ф.Г. Назырова 323-366
4. 2000 та – касалликлар справочник.

Қўшимча

1. Н.А., Мухина- Ички касалликлар , 2 –чи том,
2. Э.А.Шомансурова ва муал. Болаларда ўткир нафас йўллари касалликларни диагностикаси, даволаш стандартлари, реабилитация ва диспансеризацияси.Тошкент, 2004