

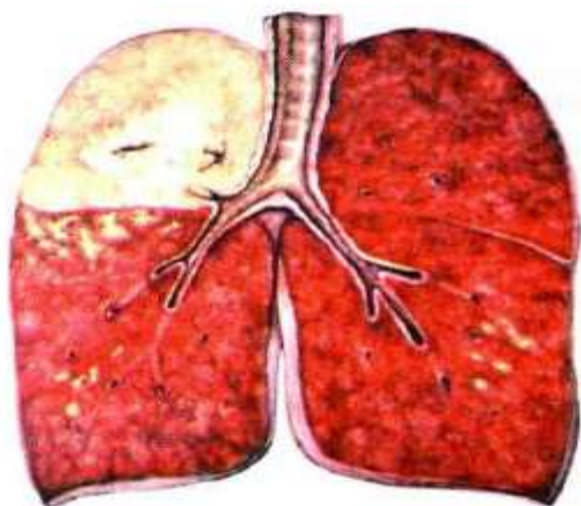
**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ФТИЗИАТРИЯ, ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

**“Тасдиқлайман”**  
Ўқув ва тарбиявий ишлар проректори, доцент:  
Г.Ж.Жарылкасынова \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 йил

Кафедра йиғилиш баённомаси  
\_\_\_\_\_ 2019 йил  
Фанлараро услубий комиссия  
йиғилиш баённомаси \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 2019 йил  
Марказий услубий комиссия  
йиғилиш баённомаси \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 2019 йил

***ФТИЗИАТРИЯ ФАНИДАН ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА***

*Даволаш ва педиатрия, тиббий педагогика ва ОХИ факултети*  
*4- курс талабалари учун*



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНИСТУТИ**

**ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

**Билим соҳаси:** 700000 - Соғлиқни сақлаш ва  
ижтимоий таъминот  
**Таълим соҳаси:** 720000 - Соғлиқни сақлаш  
**Таълим йўналиши:** 5720100 - Даволаш иши  
5140900 - Тиббий-педагогика

**ФАННИНГ НОМИ:** ФТИЗИАТРИЯ

**Тузувчилар:** т.ф.н., доцент: Муаззамов Б.Р.  
т.ф.н., ассистент: Усмонов И.Х.  
ассистент: Жумаев М.Ф.  
ассистент: Рустамова С.А.

**Такризчилар:** Облоқулов А.Р – т.ф.д. проф., юқумли  
касалликлар ва эпидемиология  
кафедраси мудири,  
Мансурова М. Х – т.ф.н., микробиология  
кафедраси доценти.

## Мундарижа

Титул.....	1-2 бет
Аннотация.....	3 бет
Намунавий укув дастури.....	4-14 бет
Ишчи дастур.....	15-29 бет
Силлабус.....	30-45
Замонавий педагогик технологиялар.....	46-62 бет
Оралик ва ОСКЕ саволлари.....	63-65 бет
Тест саволлари.....	66-86 бет
Вазиятли масалалар.....	87-120 бет
Амалий қисм:	
Маъруза №1.....	121-125 бет
Маъруза №2.....	126-138 бет
Маъруза №3.....	139-150 бет
Маъруза №4.....	151-163 бет
Маъруза №5.....	164-169 бет
Маъруза №6.....	170-177 бет
Маъруза №7.....	178-186 бет
Маъруза №8.....	187-195 бет
Маъруза №9.....	196-208 бет
Маъруза №10.....	209-225 бет
Амалий машғулот №1.....	226-240 бет
Амалий машғулот №2.....	240-249 бет
Амалий машғулот №3.....	250-259 бет
Амалий машғулот №4.....	260-276бет
Амалий машғулот №5.....	277-290 бет
Амалий машғулот №6.....	290-303 бет
Амалий машғулот №7.....	304-311 бет
Амалий машғулот №8.....	312-323 бет
Амалий машғулот №9.....	324-333 бет
Амалий машғулот №10.....	333-355 бет
Мустакил иш мавзуси.....	356 бет
Рейтинг низоми.....	357-362 бет
Глоссарий.....	363 бет
Мундарижа.....	364 бет

## Аннотация

Ушбу ўқув услубий мажмуа 4-курс даволаш ва педиатрия, тиббий педагогика ва ОХИ факультети талабалари учун мўлжалланган. Ўқув услубий қўлланмада фтизиатрия фанига оид ўқув ва ишчи дастури, тест саволлари, вазиятли масалалар, оралиқ ва якуний баҳолаш саволлари, маъруза ва амалий машғулотлар мавзулари ва мавзуларга оид қисқача тушунчалари берилган. Амалий машғулот ва маърузаларни силнинг клиник таснифи бўйича туберкулёз этиологияси, патогенези, клиник кўринишлари, ташхислаш, даволаш усуллари ва профилактикаси, ўпкадан ташқари аъзолар сили, туберкулёз беморларини даволаш усуллари, силга қарши муассасалар, уларнинг тузилиши, вазифалари, гуруҳларга ажратиш, силнинг махсус ва химио профилактикаси, туберкулёз ўчоғи ва унда олиб бориладиган ишлар, туберкулёз касаллигини аниқлашда УДТнинг ўрни, СЭС вазифалари мавзуларида тўлиқ ва аниқ ёритилган. Бундан ташқари туберкулин, турлари, туберкулин ёрдамида ташхислаш усуллари кўрсатиб ўтилган. Фтизиатрия фани бўйича йўриқнома, талабаларни баҳолаш рейтинг низоми, талабалар мустақил иши мавзулари баён этилган. Бундан ташқари мажмуада ДОТС дастури, тамойиллари, вазифалари, дастур асосида даволаш тоифалари, фазалари, ДОТС(+) тўғрисида маълумотлар берилган. Шу билан бирга тиббиёт институти талабаларининг туберкулёз касаллигини ўрганишдан асосий мақсади мажмуада кўзда тутилган нозологик турларнинг типик кўринишлари, клиникасини ўрганиш, ўз вақтида касалликнинг асосий белгиларини аниқлаш, даволаш ва профилактик ишларида керак бўладиган билимларни эгаллаш зарур. Мазкур мажмуада туберкулёз касаллиги этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, туберкулёз касаллигининг асосий клиник симптомлари, уларнинг ташхисот принциплари, қиёсий ташхисот аспекти, шошилиш ҳолатлари тез ёрдам кўрсатиш чоралари, шунингдек профилактика асослари (умумий ва махсус) киритилган. Шу билан фан бўйича асосий ва қўшимча адабиётлар рўйхати кўрсатилган.

## КИРИШ

Ҳозирги кунда туберкулёз касаллиги кенг тарқалган ва умумий амалиёт шифокори фаолиятида кўп учрайди. Бу эса тиббиёт ходимлари (врачлар, ҳамширалар) олдида қийинчиликлар туғдирмоқда. Олий ўқув юрти талабаларига туберкулёз касаллигини ўқитиш муҳим масалаларидан биридир.

Тиббиёт институти талабаларининг туберкулёз касаллигини ўрганишдан асосий мақсади мажмуада кўзда тутилган нозологик турларнинг типик кўринишлари, килиникасини ўрганиш, ўз вақтида касалликнинг асосий белгиларини аниқлаш, даволаш ва профилактик ишларида керак бўладиган билимларни эгаллаш зарур. Мазкур мажмуада туберкулёз касаллиги этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, туберкулёз касаллигининг асосий клиник симптомлари, уларнинг ташхисот принциплари, қиёсий ташхисот аспектлари, шошилинич ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш чоралари, шунингдек профилактика асослари (умумий ва махсус) киритилган.

Мазкур мажмуа фанни дастур асосида даволаш ва тиббий-педагогика факультети талабаларига қандай етказиб беришни ўргатади. Шунингдек, бу мажмуа туберкулёз касаллиги патологиясининг асосий назарий ва клиник аспектлари бўйича умумий амалиёт шифокори, шунингдек тиббиёт коллежлари учун ўқитувчилар тайёрлашга ёрдам беради.

Туберкулёз касаллиги циклини ўрганиш жараёнида бакалавр-талаба асосий назарий билимларини, амалий кўникмаларини туберкулёз фанидан ўқитиш учун қўлланиладиган асосий принципларини ўзлаштириши лозим.

Дикқатингизга тақдим этилаётган услубий мажмуа 4 курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун мўлжалланган. Бу мажмуа дарсга тайёрланиш билан бир қаторда, ўз-ўзини назорат қилиш учун мўлжалланган дастур ва дастур асосида тайёрланган мавзуларнинг долзарблиги, мақсади, мавзунини билиш учун зарур бўлган билим-кўникмалар, мустақил тайёрланиш учун вазифалар, муаммоли масалалар, интерактив ўйинларни ўз ичига олади.

Биз ўйлаймизки, ушбу мажмуа 6 курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабаларининг туберкулёз касаллигини ўзлаштиришларига ёрдам беради.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ**  
**ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

Рўйхатга олинди  
№ \_\_\_\_\_

200\_ йил “ \_\_\_\_ ”

Ўзбекистон Республикаси Олий  
ваўрта махсус таълим  
вазирлигининг 200\_ йил \_\_\_\_”  
\_\_\_\_\_даги “ \_\_\_\_ ”-сонли  
буйруғи билан тасдиқланган

**ФТИЗИАТРИЯ**

**фанининг**

**ЎҚУВ ДАСТУРИ**

Билим соҳаси:	700000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Талим соҳаси:	720000	– Соғлиқни сақлаш
Талим йўналиши:	5720400	– Стоматология

Тошкент – 2018

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201\_\_ йил “\_\_” \_\_\_\_ даги “\_\_”-сонли буйруғининг \_\_-иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 201\_\_ йил “\_\_” \_\_\_\_ даги \_\_\_\_-сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент Тиббиёт Академиясида ишлаб чиқилди.

#### **Тузувчилик:**

Парпиева Н.Н.  
Ходжаева М.И.  
Массавиров Ш.Ш.

ТТА фтизиатрия кафедра мудираси т.ф.д.  
Фтизиатрия кафедраси доценти т.ф.н.  
Фтизиатрия кафедраси ассистенти

#### **Тақризчилар:**

Рустамова М.Т.  
Тошпулатова Ф.К.

ТТА УАШ кафедра мудираси профессор  
ТошПТИ фтизиатрия кафедраси мудираси т.ф.д.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услубий кенгашида тавсия қилинган (201\_\_ йил \_\_\_\_ даги «\_\_» «\_\_»-сонли баённома)

## **Фаннинг долзарблиги**

Ушбу дастурда “Фтизиатрия” фанининг мазмуни, предмети ва методи ҳамда моҳияти акс эттирилган. Фтизиатрия фани бўйича дастур назарий билимлар ва амалий кўникмалар асосида талабаларга врачлик мутахассислигини яхши ўзлаштириш учун муҳим бўлган мустақил ўқув таркиби ва талабаларнинг умумий амалий шифокори (УАШ) тайёрлаш бўйича жараён мобайнида мустақил иши, шунингдек фтизиатрия ўқув жараёнини ахборот-услубий таъминловларидан иборат.

Ўзбекистон Республикасида жамиятни демократлаштириш ва иқтисодий бозор таъминлари асосида ислох қилиш борасида белгиланган ишларни амалга оширишда, тиббиёт ходимларининг вазифаси атроф муҳитни ҳимоялаш, касалликларни олдини олиш, ва уларни енгишдан иборат. Бунинг учун талабаларни ўқитиш фтизиатрия фанидан мукамал билим бериш ва бу билимларни келгусида етук мутахассис сифатида ишлай олишлари учун асос яратишга қаратилган бўлиш керак.

Ушбу дастур умумий амалиёт шифакорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий-профилактика факультетлари талабаларига фтизиатрия фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур фтизиатрия фанининг асосий бўлимларидан иборат бўлиб, бундан ташқари ўз ичига назарий ва амалий билимларни, амалий кўникмаларни, эпидемиологик ҳолатни баҳолай билишни, туберкулёзга қарши курашиш йўллари ҳамда туберкулёзга нисбатан аҳолининг муносабатини, тушунчаларини ва хулқи ўзгаришига олиб борадиган тадбирларни киритади.

### **Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги**

Фтизиатрия фани умумқасбий фан ҳисобланиб, даволаш ва тиббий-педагогика факультетларида 7- ва 8-семестрларда ҳамда тиббий-профилактика факультетида 9- 10- семестрларда ўқитилади.

Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган тиббий-биологик ва клиник (тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, нормал физиология, биоанорганик ва биологик кимё, микробиология, рентгенология, терапия, хирургия, юқумли касалликлар) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлиш талаб этилади.

### **Фаннинг илм-фан, тиббиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни**

Фтизиатрия фани ҳозирги вақтда долзарб муаммо бўлган туберкулез касалликларини келиб чиқиши, клиник кечиши, асоратлари, ҳамда даволаш ҳақидаги фан бўлиб, умумий амалиёт шифокор фаолиятида муҳим ўрин тутаяди. УАШ туберкулез эпидемиологиясининг бутун жаҳон бўйлаб ёмонлашувини эътиборга олган ҳолда бу муаммога жиддий ёндашуви зарур.

### **Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш**

Талабаларнинг “Фтизиатрия” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни тадбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги педагогик ва ахборот технологияларидан фойдаланилади.



**Фан модулининг дастури (module syllabus)**

<b>Ўқув курсининг тўлиқ номи:</b>	Фтизиатрия		
<b>Курснинг қисқача номи:</b>	ФТ	Код: ФТ	
<b>Кафедра:</b>	Фтизиатрия		
<b>Ўқитувчи ҳақида маълумот:</b>	Парпиева Н.Н.		E-mail
<b>Семестр ва ўқув курсининг давомийлиги</b>	Даволаш иши (Касбий таълим) йўналиши учун 7, 8-семестрда 18 кун; тиббий-профилактика иши йўналиши учун 9, 10-семестрда 9 кун		
<b>Ўқув соатлари ҳажми:</b>	<b>йўналиш</b>	Даволаш иши, касбий таълим (даволаш иши) / тиббий-профилактика иши	
	<b>жами:</b>	<b>160/80</b>	
	шунингдек:		
	маъруза	<b>18/6</b>	
	семинар		
	амалий	<b>90/48</b>	
	мустақил таълим	<b>52/26</b>	
<b>Ўқув курсининг статуси</b>	Умумкасбий фанлар блоки		
<b>Дастлабки тайёргарлик:</b>	“Фтизиатрия” фанини ўқитиш талабалар томонидан тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, нормал физиология, биоорганик ва биологик кимё, микробиология, рентгенология, терапия, хирургия, юқумли касалликлар оид фанлардан олинган етарли билим ва кўникмаларга асосланади.		
<p><b>Фаннинг предмети ва мазмуни:</b> – талабаларга бўлажак умумий амалиёт шифокорини туберкулез касаллигига доир билимларига асосланган ҳолда аҳоли ўртасида туберкулез касаллигини эрта ва ўз вақтида аниқлаш, қиёсий ташхислар, ТБ профилактикаси, аҳоли ўртасида барча омилларни инobatга олиб соғлом турмуш тарзига доир тушунчаларни шакллантиришга йўналтирилган.</p>			
<p><b>Фанни ўқитишдан мақсад</b> – юқори малакали мутахасислар – умумий амалиёт шифокорлари (терапевтлар, жаррохлар, акушер-гинекологлар)ни тайёрлаш ҳисобланиб, фтизиатрия фани учун керакли ҳажмдаги билим, маҳорат ва амалий кўникмаларга эга бўлиши керак: туберкулезни ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, эрта аниқлаш, профилактикаси ва даволаш, ҳисоб-китоб ҳужжатларини юритиш, туберкулез бўйича асосий эпидемиологик кўрсаткичларни билиш.</p>			

### Фаннинг вазифалари:

- Туберкулез касаллигини этиология, эпидемиология, патогенези, клиник таснифи, кечиши, асоратлари ва даволаш тамойиллари бўйича билимларини шакллантириш.
- Туберкулез касаллигига қарши курашишнинг турли ёшдаги аҳоли орасида ҳар йили диспансеризацияни ташкил этишда билимларни шакллантириш.
- Туберкулезни махсус ва санитар профилактика усулларини ўргатиш ва туберкулез инфекцияси манбаасида соғломлаштириш ишларини ташкиллаштириш;
- Туберкулез бўйича асосий эпидемиологик кўрсаткичларни ҳисобга олиш, касалликни барвақт аниқлаш ва профилактик чора-тадбирларни режалаштириш, туберкулез клиникаларида инфекцион назорат, улар ижросини назорат этиш ҳамда санитар-ветеренария назоратини ташкил этиш;
- Туберкулез касаллигига қарши курашиш тадбирлари ва умумий амалиёт шифокорлар фаолиятини назорат этиш ҳамда туберкулезга қарши диспансерлар олиб бориши лозим бўлган тадбирлар бўйича билимларини шакллантириш.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсиясига асосан инструктор хужжатларига мувофиқ туберкулезни олдини олишда, эпидемияга қарши чора-тадбирларни ўтказишда билимларни шакллантириш.

“Фтизиатрия” ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни, ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг этиологияси, патогенези, клиник шакллари, MDR-ТБ, ОИВ-ТБ муаммоларини.

- ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг асосий синдромлари асосида тактика, ташхислаш, қиёсий ташхислаш, туберкулёз эрта аниқлаш принциплари, олдини олиш усуллари, БЖССТ кўрсатмаларига кўра инфекцияни назорат қилишни.

- туберкулёзга шубҳа туғилган беморни текшириш режасини туза олиши туберкулёзга клиник скрининг ўтказишни, беморлар тури ва даволаш категориясини аниқлашни, даволаш режасини тузишни, ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзнинг оқибатларини аниқлашни.

- туберкулёз инфекцияси ўчоғини текшириш, эпидемияга қарши режалар тузиш ва аҳолининг ахборот билан таъминлаш ҳамда бу инфекцияга бўлган муносабатини ўзгартириш ҳақида **билиши керак**;

- беморлар сўраб-суриштиришни, кўрикни, клиник ва биокимёвий лаборатория наижаларини солиштиришни, МБТ га бактериологик текширувни.

- рентгенограммалар, туберкулин тестлари натижаларини баҳолаш, даволовчи ва диагностик плеврал ва орқа мия пункцияларини қила олиши.

- туберкулёз профилактикаси усулларини (махсус, химиопрофилактика, санитар профилактика), шунингдек туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик режимни назорат қилишни.

- туберкулёз беморининг тиббий хужжатлари ТБ – 01, ТБ – 03, ТБ – 05 ни тўлдиришни, БЖССТ томонидан тавсия этилган бошқа ҳисобот шакллари юритишни **қўникмаларига эга бўлиши керак**.

### Курснинг тематик таркиби ва мазмуни

Т/р	Мавзу	Маъруза	Амалий (семинар)	Мустақил иш
<b>Даволаш иши ва касбий таълим (даволаш иши) йўналишлари учун</b>				
1.	Туберкулез ҳақида таълимнинг ривожланиш тарихи. Туберкулез этиологияси.	4	4	3

	патогенези ва иммунитети.			
2.	Туберкулез клиникасида инфекция назорат. Янги усул ва воситаларни қўллаган ҳолда атроф муҳит объектларини зарарсизлантиришдир		5	3
3.	Туберкулез диагностикаси: объектив ва клинико-лаборатор текшириш усуллари. Туберкулин синамалари, функционал текшириш усуллари, рентгенодиагностика ва бронхоскопия.	2	4	3
4.	Туберкулезнинг клиник таснифи. Бирламчи туберкулез.	2	4	3
5.	Тарқоқ туберкулез. Туберкулез менингити.	2	4	3
6.	Иккиламчи туберкулез. Ўпканинг ўчоқли ва инфильтратив туберкулези ва упка туберкулемаси.	2	4	3
7.	Иккиламчи туберкулез. Ўпканинг кавернали, фиброз-кавернали ва цирротик туберкулези	2	4	3
8.	Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулези. Туберкулез ва ОИВ/ОИТС, замонавий эпидемиологияси ва аниқлаш усуллари	2		3
9.	Туберкулезнинг турли шакллари ва ўпка сурункали носпецифик касалликларида йўтал характери. Ўпка туберкулези ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларининг қиёсий ташхиси.		6	3
10.	Туберкулезнинг турли шакллари ва ўпка сурункали носпецифик касалликларида иситма характери. Ўпка туберкулези ва ЎСНКининг қиёсий ташхиси.		6	3
11.	Ўпка инфильтратлари. Турли генезли инфильтратларнинг клиник-рентгенологик ва морфологик характеристикаси. Ўпка туберкулезининг инфильтратив шакллари қиёсий ташхиси.		6	3
12.	Периферик лимфа тугунлари туберкулези. Лимфоаденопатияни туберкулез ва бошқа касалликларда қиёсий ташхислаш.		6	3

13.	Плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиш механизми. Туберкулез плеврити. Турли этиологияли плевритлар қиёсий ташхиси. Терапевтик, хирургик даволаш усуллари.		6	3
14.	Ўпка туберкулезининг хансираш билан кечувчи клиник шакллари, уларнинг қиёсий ташхисоти. ТҚД шароитида беморлар реабилитацияси.		6	3
15.	Туберкулезнинг шошилиш тиббий ёрдам талаб қилувчи асоратлари: спонтан пневмоторакс, қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши, нафас.		6	3
16.	Туберкулез ва ёндош касалликлар: ТБ ва қандли диабет, ТБ ва ОИТ касалликлари, ТБ ва хомиладорлик, ТБ ва алкоголизм, ТБ ва ўпка раки, ТБ ва рухий касалликлар.		6	3
17.	Туберкулезни даволаш усуллари. БССТ кўрсатмасига асосан даво натижаси мониторинги ва баҳолаш. Туберкулезнинг дориларга турғун тури ва даволаш тактикаси. (МЛУ-ТБ).		6	3
18.	Ўзбекистонда туберкулезга қарши курашишни ташкил этиш. Туберкулезга қарши муассасалар. Туберкулез инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулез инфекцияси ўчоғидаги эпидемияга қарши чора-тадбирлар режаси. Туберкулез профилактикаси усуллари. Туберкулезга қарши курашишда УДМнинг ўрни	2	4	3
	<b>Оралик назорат (ОН)</b>			
	<b>Якуний назорат (ЯН)</b>			
	<b>Умумий</b>	<b>18</b>	<b>90</b>	<b>54</b>
<b>Тиббий-профилактика иши йўналиши учун</b>				
1	Туберкулез хақида таълимотнинг ривожланиш тарихи. Туберкулез этиологияси, эпидемиологияси, патогенези ва иммунитети. Туберкулезни аниқлаш усуллари.	2	10	4
2	Туберкулез клиникасида инфекцион назорат. Янги усул ва воситаларни қўллаган ҳолда атроф муҳит объектларини зарарсизлантиришдир		6	3

3	Туберкулезнинг клиник таснифи. Бирламчи туберкулезнинг клиник шакллари, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.	2	4	3
4	Ўпканинг тарқоқ туберкулези, клиник вариантлари, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.		6	3
5	Иккиламчи ўпка туберкулезнинг клиник шакллари, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.		12	4
6	Ўпка туберкулезининг касб касалликлари билан биргаликда кечиши. Силикотуберкулез, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.		6	3
7	Ўпкадан ташқари абзолар туберкулези. Туберкулез ва ОИВ/ОИТС, замонавий эпидемиологияси ва аниқлаш усуллари		6	3
8	Ўзбекистонда туберкулезга қарши курашишни ташкил этиш. Туберкулез профилактикаси ва даволаш тамойиллари	2	4	3
	<b>Якуний назорат (ЯН)</b>			
	<b>Умумий</b>	<b>6</b>	<b>48</b>	<b>26</b>
<b>Таълим бериш ва ўқитиш услуги:</b>	Маъруза, амалий машғулотлар, мустақил ишлар (айлана стол, кейс стади, мастер-класслар)			
<b>Мустақил ишлар:</b>	Ўқув лойиҳалар, гуруҳли тақдимот, рефератлар, кейслар, докладлар, кроссвордлар, постер, проспект, эссе ва х.з.			
<b>Маслаҳатлар ва топшириқларни топшириш вақти</b>	Кунлар	Вақти	Ауд.	
1.				
2.				
3.				
<b>Билимларни баҳолаш усуллари, мезонлари ва тартиби:</b>				
<b>ЖН ва ОН нинг баллари ишчи дастурда берилди</b>				
<b>Баҳолаш усуллари</b>	Тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар ва х.з.			
<b>Фан бўйича талабалар</b>	<b>Назорат шакллари</b>			

**билимини назорат  
қилиш ва баҳолаш**

Баҳолаш турлари фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда сўровлар, оғзаки савол-жавоб, ёзма иш, тест синовлари ёки бошқа кўринишда ўтказилиши мумкин.

**Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш мезони**

<b>Балл</b>	<b>Талабанинг билим даражаси</b>
86 - 100 балл	<p>-мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш;</p> <p>-мавзу бўйича ўз фикрини тўлиқ баён этиш, барча берилган саволларга тўлиқ тўғри жавоб бериш, таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофафа қилишда фаол қатнашиш, мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб бориш ва олиб борилган тажриба ишлари бўйича мустақил баённома туза олиш;</p> <p>-Олинган натижаларни СанҚваМеъёрлар билан солиштириш ва ўз фикрини баён этиш;</p> <p>-мавзу бўйича вазиятли масалаларни ечиш, тест саволларига тўлиқ ва тўғри жавоб бериш;</p> <p>-эркин тасаввурга эга бўлиб, керак бўлганда ўқитувчи билан ўз фикрини алмашиш.</p>
71 - 85 балл	<p>-мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш;</p> <p>-мавзу бўйича ўз фикрини етарли даражада баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш;</p> <p>- таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофафа қилишда қатнашиш,</p> <p>-мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш;</p> <p>-мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича мустақил текшириш баённомасини тўлдиритиш;</p> <p>-берилган уй вазифаси мавзуси бўйича аниқ тасаввурга эга бўлиш.</p>
55 - 70 балл	<p>-мавзу бўйича ўз фикрини баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш;</p> <p>- аудиторияда мавзунини муҳофафа қилишда қатнашиш,</p> <p>-мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш;</p> <p>-мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича</p>

		<p>мустақил текшириш баённомасини ўқитувчи ёрдамида тўлдириш;</p> <p>-берилган уй вазифаси мавзуси бўйича тасаввурга эга бўлиш.</p>
	0 - 54 балл	<p>-мавзу бўйича ўз фикрини баён этолмаслик, берилган саволларга жавоб беролмаслик;</p> <p>- аудиторияда мавзуни муҳокама қилишда қатнашмаслик;</p> <p>-мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этмаслик;</p> <p>-берилган уй вазифаси мавзуси бўйича тасаввурга эга эмаслик.</p>

**Фанга доир видео маърузалар, видео роликлар:** Ҳар бир маъруза ичида мавзуга мос видеороликлар кўрсатилади (ЎУМ)

**Глоссарийлар:** Ҳар бир мавзу учун глоссарий тузилади (ЎУМ)

**Ахборот ресурс база:**

**Асосий адабиётлар:**

1. Шибанов Ф.Б “Туберкулез” (дарслик) М,1982 й
2. Перелман М.И., Корейкин В.А. «Туберкулез», М., 1990 й.
3. Ганиев К.Г. «Туберкулез касаллиги» (дарслик), Тошкент, 1995
4. Ибрагимов М.А., Турсунов В.И., Содиков А.С. «Туберкулез» (дарслик), 1999
5. Убайдуллаев А.М. «Туберкулёз касалиги», Тошкент, 2009 й.
6. WHO Policy on TB Infection Control in Health Care Facilities, Congregate Settings and Households.WHO, 2009

**Қўшимча адабиётлар:**

1. Рабухин А.Е. «Нафас олиш системаси туберкулези», М., 1976.
2. Хоменко А.Г. «Нафас олиш системаси туберкулези», М., 1981.
3. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявления туберкулеза легких», М., 1996
4. Александрова А.В. «Рентгенологик диагностика туберкулеза органов дыхания», М., 1989
5. Визел А.А., Гурелева М.Е. «Туберкулез», М., 2000.
6. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Поликлиника шароитида туберкулезга ыарши ишлар », М., 1977.
- 7.Томан К. «Туберкулез: выявление и химиотерапия» вопрос и ответы. Женева: ВОЗ, 1980.
8. Guideline for control of Tuberculosis in Prison. WHO, TB-СТА, ICRC, 2002

9. Tuberculosis Infection Control. A Practical Manual for Preventing TB. Francis J. Curry  
National Tuberculosis Center, 2006

10. Тилляшайхов М.Н. ва муалиф. «Туберкулезга қарши муасалаларда инфекция назорат бўйича қўлланма», Т, 2013.

11. Jon Crofton, Norman Horn, Fred Miller “Clinic of tuberculosis”, М., 1997

12. Jon Crofton, Norman Horn, Fred Miller “Tuberculosis disease”, Т., 1999

13. Enarson D.A., Rider G.L., Arnadottir T., Tribuk A. «Организация борьбы с туберкулезом», Женева, ВОЗ, 2003.

14. Приказ №160 «О совершенствовании противотуберкулезной службы в Республике Узбекистан», Тошкент, 2003

#### **Интернет сайтлар:**

1. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
2. [www.medlinecs.ru](http://www.medlinecs.ru)
3. [www.medbook.ru](http://www.medbook.ru)
4. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)



## Кириш

Фтизиатрия фани бўйича дастур назарий билимлар ва амалий кўникмалар асосида талабаларга врачлик мутахассислигини яхши ўзлаштириш учун муҳим бўлган мустақил ўқув таркиби ва талабаларнинг умумий амалий шифокори (УАШ) тайёрлаш бўйича жараён мобайнида мустақил иши, шунингдек фтизиатрия ўқув жараёнини ахборот-услубий таъминловларидан иборат.

Ўзбекистон Республикасида жамиятни демократлаштириш ва иқтисодиётни бозор тамоиллари асосида ислоҳ қилиш борасида белгиланган ишларни амалга оширишда, тиббиёт ходимларининг вазифаси атроф муҳитни ҳимоялаш, касалликларни олдини олиш, ва уларни енгишдан иборат. Бунинг учун талабаларни ўқитиш фтизиатрия фанидан мукамал билим бериш ва бу билимларни келгусида етук мутахассис сифатида ишлай олишлари учун асос яратишга қаратилган бўлиш керак.

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифакорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг даволаш, тиббий-педагогика, тиббий-профилактика ва стоматология факультетларининг талабаларига фтизиатрия фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур фтизиатрия фанининг асосий бўлимларидан иборат бўлиб, бундан ташқари ўз ичига назарий ва амалий билимларни, амалий кўникмаларни, эпидемиологик ҳолатни баҳолай билишни, туберкулёзга қарши курашиш йўллари хамда туберкулёзга нисбатан аҳолининг муносабатини, тушунчаларини ва хулқи ўзгаришига олиб борадиган тадбирларни киритади.

### **Фан бўйича билим, малака ва кўникмага қўйиладиган талаблар**

Фтизиатрия ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни, ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг этиологияси, патогенези, клиник шакллари, МДР-ТБ, ОИВ-ТБ муаммоларини.
- ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг асосий синдромлари асосида тактика, ташхислаш, қиёсий ташхислаш, туберкулёзни эрта аниқлаш принциплари, олдини олиш усуллари, БЖССТ кўрсатмаларига кўра инфекцияни назорат қилишни.
- туберкулёзга шубҳа туғилган беморни текшириш режасини туза олиши туберкулёзга клиник скрининг ўтказишни, беморлар тури ва даволаш категориясини аниқлашни, даволаш режасини тузишни, ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзнинг оқибатларини аниқлашни.
- туберкулёз инфекцияси ўчоғини текшириш, эпидемияга қарши режалар тузиш ва аҳолинини ахборот билан таъминлаш ҳамда бу инфекцияга бўлган муносабатини ўзгартариш ҳақида **билиши керак**;
- беморлар сўраб-суриштиришни, кўрикни, клиник ва биокимёвий лаборатория наижаларини солиштиришни, МБТ га бактериологик текширувни.
- рентгенограммалар, туберкулин тестлари натижаларини баҳолаш, даволовчи ва диагностик плеврал ва орқа мия пункцияларини қила олиши.
- туберкулёз профилактикаси усуллари (махсус, химиопрофилактика, санитар профилактика), шунингдек туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик режимни назорат қилишни.
- туберкулёз беморининг тиббий ҳужжатлари ТБ – 01, ТВ – 03, ТВ – 05 ни тўлдиришни, БЖССТ томонидан тавсия этилган бошқа ҳисобот шакллари юритишни **кўникмаларига эга бўлиши керак**.

### **Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги**

Фтизиатрия фани терапевтик фан ҳисобланиб, 7- ва 8-семестрларда даволаш, тиббий-педагогика, стоматология; 11- 12-семестрларда даволаш ва тиббий-педагогика; 8-семестрда тиббий-профилактика факультетларида ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган тиббий-биологик ва клиник (тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, нормал физиология, биоанорганик ва биологик кимё, микробиология,

рентгенология, терапия, хирургия, юкумли касалликлар) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

### **Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни**

Фтизиатрия фани хозирги вақтда долзарб муаммо бўлган туберкулез касалликларини келиб чиқиши, клиник кечиши, асоратлари, ҳамда даволаш хақидаги фан бўлиб, умумий амалиёт шифокор фаолиятида муҳим ўрин тутди. УАШ туберкулез эпидемиологиясининг бутун жахон бўйлаб ёмонлашувини эътиборга олган холда бу муаммога жиддий ёндашуви зарур.

### **Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар**

Талабаларнинг фтизиатрия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда замонавий ёруғлик микроскопи, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

## **Асосий қисм**

### **Туберкулёз ҳақида тарихий маълумотлар**

Туберкулёзни ўрганишда асосий ривожланиш босқичлари. Туберкулёзни ўрганишни ривожланишида Гиппократ, Абу Али ибн Сино, Лаэннек, Вильмен, Кох, Г.И.Соколовский, Н.И. Пирогов, Г.А.Захарьин, С.П.Боткин, А.И.Абрикосов, В.А.Воробьев, И.А.Струков, М.П.Похитоновлар меҳнатининг аҳамияти. Ўзбекистон Республикасида туберкулёзга қарши курашиш давлат тизимини шакллантиришда В.П. Серебрянников, А.Н. Крюков, П.Ф. Боровский, М.И. Слоним, П.П. Ситковский, Ш.А. Алимов, И.Г. Гаспарян, А.А. Каланходжаев, Б.А. Абраров, Т.М.Кариев ва А.М.Убайдуллаев каби олимларнинг ўрни.

### **Туберкулёз эпидемиологияси**

Турли мамлакатларда, МОД ва Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолат. Асосий эпидемиологик кўрсаткичлар. Туберкулёзга қарши курашишнинг ДОТС дастури бўйича (ЖССТ тавсиясига асосан) замонавий усуллари. Туберкулёз инфекцияси ўчоқлари ва юқиш йўллари. Хайвонлар орасида туберкулёзнинг тарқалиши ва унинг инсонлар орасидаги туберкулёз бўйича эпидемиологик кўрсаткичига таъсири.

### **Туберкулёз микробиологияси**

Туберкулёз кўзгатувчиси: микобактерия турлари. Туберкулёзмикобактериясининг дориларга турғун, Л – шакллари, филтрланувчи шакллари, “атипик” шакллари. Микобактериянинг дориларга турғун, мультирезистент турларини эпидемиологик ва клиник аҳамияти.

### **Туберкулёзнинг патологик анатомияси**

Туберкулёз яллиғланишидаги морфологик реакция. Туберкулёз гранулёмаларининг тузилиши. Туберкулёзнинг турли клиник шакллари ва асоратининг морфологияси. Туберкулёз жараёни сўнаётган даври морфологияси. Туберкулёздан кейинги қолдиқли ўзгаришлар. Туберкулёз ривожланиш морфологиясида эволюция қонунлари.

### **Туберкулёз иммунологияси**

Туберкулёзга қарши табиий турғунлик ва туберкулёзга қарши иммунитет, уларнинг механизми, аъзо ва тизимларда туберкулёзга қарши иммунитет. Секин ривожланувчи юқори сезгирлик (СРЮС). Туберкулёзда аллергия ва иммунитетнинг ҳамкорлиги. Туберкулёз патогенезида иммунитет феноменларининг аҳамияти.

### **Туберкулёзни ташхислашнинг умумий тамойиллари ва усуллари**

Туберкулёз билан хасталанган беморни текшириш – мулоқотнинг аҳамияти, беморнинг яшаш ва меҳнат шароити. Касаллик симптомлари, беморнинг шикоятлари. Нафас аъзолари туберкулёзи билан хасталанган беморларни кўздан кечириш, перкуссия ва аускультацияни аҳамияти. Лаборатор текшириш. СМБни аниқлашда бактериоскопик, бактериологик ва биологик усуллар. Нафас аъзолари туберкулёзининг рентгенологик ташхиси. Рентгенологик текшириш усуллари.

Туберкулёзда СРЮСни аниқлаш усуллари, туберкулин турлари, туберкулин синамаларини ўтказишда турли усуллар. 2ТБ билан утказиладиган Манту туберкулин синамаси. Бажариш техникаси, натижалар интерпретацияси ва аҳоли орасида туберкулёздан захарланишни ўрганиш.

### **Туберкулёзда нафас олиш ва қон айланиши функцияларини ўрганиш**

Ўпканинг нафас функцияси ва туберкулёз беморларида уни ўрганиш усуллари (ЎТС, НМХ, ЎМВ, нафас паузаси ва бошқалар). Ўпка туберкулёзида юрак-қон томир тизими функциясини текшириш усуллари (ЭКГ, БКГ, ВКГ) ва уларни клиник баҳолаш.

## **Туберкулёзнинг клиник таснифи**

Туберкулёз таснифининг тузилиш тамоили. ЎЗРда қабул қилинган клиник тасниф, МКБ10, ЖССТ тавсиясига асосан ташхисни асослаш. Ўзбекистонда қабул қилинган туберкулёз таснифига мувофиқ клиник ташхис қўйиш.

## **Туберкулёзнинг клиник шакллари**

Бирламчи туберкулёзнинг клиник шакллари, клиник симптоматология ва ташхислаш усуллари, кечиши, асорати ва оқибати. Таққослама ташхис усуллари, ҳисоб шакллари. Ўпка туберкулёзининг иккиламчи клиник шакллари. Ўпканинг тарқоқ туберкулёзи. Ўткир, ўткир ости ва сурункали ўпканинг тарқоқ туберкулёзи. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш. Иккиламчи туберкулёз шакллари ўз вақтида аниқлаш: ўчоқли, яллиғланган туберкулёз ва ўпка туберкуломаси. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш. Туберкулёзнинг деструктив шакллари. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.

**Синдромлар:** Йўтал. Патогенези, клиникаси, кечиши, даволаш усуллари.

Таққослама ташхиси:

Нафас олиш аъзолари касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари, трахеобронхит, ўткир бронхит, ларенгит, бронхопневмония, кандидомикозли бронхопневмония, абсцедирланган бронхопневмония, вирусли пневмония, крупоз пневмония, экссудатив плеврит, бронхоэктазлар, бронхиал астма;

Болаларда йўтал – овқат аспирацияси, туғма эзофаготрахеал окма, сурункали фарингит, сурункали тонзиллит, чақалокларда ўткир ринофарингит, ҳалқум абсцесси, қизамиқ, кўк йўтал;

Бошқа касалликлар – пневмоцистоз, муковисцидоз, туғма агаммаглобулинемия (антитело йўқлиги синдроми), невропатик йўтал, истерик йўтал, ларингоспазм, юракнинг чап қоринча декомпенсацияси, ўткир диффуз гломерулонефрит, ўткир ўпка шиши.

Иситма. Патогенези, клиникаси, кечиши, даволаш усуллари. Таққослама ташхиси:

Сунъий иситма ва конституционал гипертермия;

Умумий инфекция –ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзнинг клиник шакллари, сепсис, диафрагма ости абсцесси, қорин тифи, бруцеллез, менингококкли сепсис, безгак;

Ўчоқли инфекция – ўқир пневмония, крупоз пневмония, апикал гранулема, диафрагма ости абсцесси, жигар ости абсцесси, холангит ва жигар абсцесси, пиелонефрит, паранефрит, йирингли бронхоэктазлар;

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари – системали қизил бўрича, ревматоидли артрит, тугунчали периартериит, Крон касаллиги;

Ўсмалар – буйрак ўсмалари, жигар ўсмалари, лимфогрануломатоз, лимфосаркома;

Бошқа касалликлар – қон ва қон ишлаб чиқарувчи аъзолар касалликлари, тромбофлебит, сурункали гепатит ва жигар циррози, тиреотоксикоз, дорили иситма.

Ўпка инфилтратлари. Патогенези, клиникаси, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари. Рентгенологик кўринишининг характерли ўзгаришлари.

Таққослама ташхислаш:

Ўпка касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари (юмшоқ ўчоқли ўпка туберкулёзи, бронхолобуляр инфилтрат, аниқ ва ноаниқ чегарали юмалоқ инфилтратлар, туберкуломалар); ўпка раки; бронхопневмониялар; бўлакли ва сегментли пневмониялар; ўчоқли пневмония; илдиз олди пневмония; тугалланмаган пневмония; эхинококк; ўпка абсцесси; ўпканинг хавфсиз ўсмалари; актиномикоз.

Бошқа касалликлар – диафрагма усти абсцесси, остеомиелит, сут бези ўсмаси, суякларнинг хавфли ўсмалари.

Плевритлар. Патогенези, клиникаси, плевра бўшлиғида суяқлик йиғилишни ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари. Ташқи кўриниши, миқдори, ранги, таркибига кўра плеврал суяқлик тавсифи.

Таққослама ташхислаш:

Инфекциялар – туберкулёз микобактерияси, бактериялар, вируслар, микоплазма, диафрагма ости абсцесси;

Ўсмалар – лимфогранулематоз, лимфосаркома, плеврада хавфли ўсмалар метастазлари, Мейгс синдроми, мезотелиома;

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари – системали қизил бўрича, ревматоидли артрит;

Ўпка артерияси тромбоемболияси – йирик тармоқларининг девор олди тромбози, ўпка инфарктини ривожланиши билан майда тармоқларэмболияси;

Травма – пневмоторакс, гемоторакс, хилоторакс;

Плевра бўшлиғига суюқлик тўпланиши билан ажралаиб турувчи касалликлар ва синдромлар – пневмония, плевра швартлари, ўпка ва кўкс оралиғи ўсмалари, фиброторакс, ўпканинг эхинококкли кистаси, диафрагманинг юқори туриши.

**Лимфоаденопатиялар.** Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Лимфа тугунларининг катталаниши сабаблари:

Сурункали лимфолейкоз – пролимфоцитар лейкоз, тук хужайрали лейкоз, Т-лимфоцитар лейкоз, Сезари синдроми;

Лимфогранулематоз. Лимфосаркома, Брилл-Симмерс касаллиги. Беркиттлимфосаркомаси.

Ўткирлейкоз – ўткир лимфобластлейкоз, ўткир миелобластлейкоз, гипопластик анемия;

Бошқа касалликларда лимфа тугунларининг катталаниши – туберкулёз лимфаденити, кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи, мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзи, саркоидоз, хавфли ўсмаларнинг лимфа тугунларига метастазлари, токсоплазмоз лимфаденит, системали қизил бўрича, сифилис, ўткир лимфаденит.

**Хансираш.** Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Таққослама ташхислаш:

Нафас олиш тизими касалликлари – нафас олиш аъзолари туберкулёзининг клиник шакллари, бронхиал астма (атопик, инфекцион, аспиринли, жисмоний зуриқишдан сўнг), обструктив бронхит (вирусли, бактериал, замбруғли, гельминтоз, касбга оид), бронх ўсмалари (аденома, карценоид);

Ўпканинг бошқа касалликлари – бронх ва трахеянинг ривожланиш аномалиялари, бронхаденит, бронхда ёт жисм, спонтан пневмоторакс;

Юрак-қон томир тизими касалликлари – ўпка артерияси тармоқлари тромбоемболияси, тугунли периаартериит, гипертония касаллиги (криз), миокард инфаркти, кардиосклероз, миокардит, кардиомиопатия, аортал стеноз, аортал етишмовчилик, митрал стеноз, митрал етишмовчилик, бактериал эндокардит;

Бошқа касалликлар – ўткир нефрит, мияга қон қуйилиши, эпилепсия, героиндан захарланиш, сепсис, тоғ касаллиги, нейроциркулятор дистония, истерия.

**Кўкрак қафасидаги озрик.** Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Таққослама ташхислаш:

Кўкрак қафаси аъзолари касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари, плевритлар, ўпка ва плевранинг бошқа касалликлари, кўкс оралиғи касалликлари, диафрагма касалликлари;

Кўкрак қафаси девори касалликлари – қовурғалараро нервларнинг шикастланиши, ўраб олувчи лишай, қовурғалараро невралгия;

Кардиалгия – стенокардия, нокоронароген кардиалгия, нейроциркулятор дистония, климактерик кардиопатия, миокардит, кардиомиопатия, ревмокардит, аорталгия;

Кўкрак қафаси ва қўл мушакларининг шикастланиши, суяк ва бўғим касалликлари – фибромиозит, қўлнинг рефлексор дистрофияси, бўйин остеохондрози, Титце синдроми, ксифоидалгия;

Бошқа касалликлар – сут беги касалликлари, Мондор касаллиги.

**Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши.** Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Таққослама ташхис:

Юқори нафас аъзолари касалликлари – альвеоляр пиорея, телеангиэктазия;

Трахея ва бронх касалликлари – бронхит, бронхоэктазия, бронх ўсмалари (хавфли ва хавфсиз);

Ўпка касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари, ўпканинг йирингли пневмонияси, ўпканинг паразитар касалликлари, ўпка эхинококки, аскаридоз, парагонимоз, стронгилоидоз, ўпканинг касбга оид касалликлари;

Юрак-қон томир касалликлари – митрал стеноз, ўпка инфаркти, аорта аневризмаси.

### **Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити**

Туберкулёз плеврити ва менингитининг патогенези ва таснифи. Ташхислаш, кечиш хусусиятлари, клиникаси ва даволаш. Туберкулёз плеврити ва менингитининг таққослама ташхиси. Плевра бўшлиғи пункцияси ва плеврал суюқликни эвакуация қилишга кўрсатмалар. Орқа мия пункцияси усули билан танишиш ва орқа мия суюқлиги интерпретация натижалари билан танишиш.

### **Оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари, трахея ва бронхлар туберкулёзи. Суяк ва бўғим, сийдик-танотуберкулез тизими, ичак, периферик ва мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзи**

Юқори нафас йўллари туберкулёзининг патогенези ва патоморфологияси. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш. Визуал ва эндоскопик текшириш усуллари аҳамияти. Нафас йўллари туберкулёзининг таққослама ташхиси.

Патогенези, умумий ва маҳаллий кўринишлари. Ташхис қўйиш, клиник кечиши ва даволаш хусусиятлари.

### **Туберкулёз, ОИВ ва ОИТС.**

ОИВ/ОИТСни туберкулёз эпидемиологик ҳолатига таъсири. Туберкулёзни ОИВ билан биргаликда клиник юзага чиқиши. ОИВ билан инфекцияланган туберкулёз беморларини даволаш – туберкулёз кимётерапиясини стандартлаштириш, ОИВ билан инфекцияланган туберкулёз беморларини даволашда замонавий кимётерапевтик схемалар. ОИВ билан инфекцияланганлар орасида туберкулёз билан касалланганларнинг ўлим кўрсаткичи.

ОИВ инфекциясидан тиббий ходимларни муҳофазалаш. Тиббий муассасаларда, лабораторияларда ва туберкулёз инфекцияси ўчоқларида инфекция назорати.

### **Ўпка туберкулёзини ўпканинг касб касалликлари билан бирга келиши**

Кониотуберкулез, патогенези ва патоморфологияси. Туберкулезикозли ва туберкулезикатозли туберкулёз беморларини клиник ва рентгенологик белгилари. Туберкулезикозда туберкулёз шакллари ва кечилиши ўзига хос хусусиятлари. Туберкулезикоз билан бирга кечадиган ўпка туберкулёзининг рентгенологик ва асбоб-ускуналар билан текшириш усуллари. Кониотуберкулез профилактикаси, даволаш.

### **Туберкулёзни даволагандан кейинги қолдиқ ўзгаришлар**

Ўпкадаги туберкулёздан кейинги патология. Катта ва кичик қолдиқ ўзгаришлар ва уларни туберкулёзнинг қайталанишида аҳамияти. Қолдиқ ўзгаришлар бор шахсларда туберкулёз профилактикаси.

### **Ўпка туберкулёзининг асоратлари**

Ўпкадан қон кетиш, қон туфлаш ва спонтан пневмоторакс патогенези, ташхиси ва даволаш тамоиллари. Туберкулёз асоратларида таққослама ташхис, ўпкадан қон кетишда, спонтан пневмотораксда ва ўпка-юрак етишмовчилигида шошилиш ёрдам.

### **Туберкулёз профилактикаси**

Махсус профилактика. БЦЖ вакцинаси. БЦЖни тери ораси ва ревакцинация қилиш техникаси, муддати, шахсларни танлаш усули, ревакцинацияга мухтожлар, маҳаллий реакция кузатилганлар ҳисоби. Ревакцинация асорати ва уни даволаш. Вакцинация ва ревакцинация асорати. Кимёпрофилактикага кўрсатмалар ва усуллари.

Махсус кимёпрофилактикага мухтож турли ёшдаги гуруҳлар контингентиди кимёпрофилактикани ташкиллаштириш. Туберкулёздан кейинги ўзгаришли шахслар ва носпецифик касаллиги бор беморларда туберкулёз кимёпрофилактикаси.

Туберкулёз беморлари ишлаши мумкин бўлмаган, яъни, болалар муассасалари, озик-овқат корхоналари ва бошқа аҳоли билан доимий мулоқатда бўладиган иш шароитини талаб қилувчи муассасаларидан бактерия ажратувчи туберкулёз беморларини ажратиш ва инфекция назорати. Туберкулёз билан касалланишни пасайтиришда санитар-оқартирув ишларининг ўрни. Тиббий муассасалар, лаборатория ва туберкулёз беморлари ўчоқларида хавфсизлик чора-тадбирлари.

### **Туберкулёзни эрта аниқлаш.**

Турли ёшдаги гуруҳларда туберкулёзни аниқлашнинг эрта усуллари. Болалар ва ўсимрларда туберкулёзни аниқлашда Манту 2ТБ ягона ишлатиладиган синамадир. Синама техникаси, қўллаш муддати ва реакция натижаларининг интерпретацияси. Туберкулёзга қарши диспансерларда текшириш ва кузатишни талаб қилувчи, туберкулёз билан касалланиш хавфи юқори бўлган шахсларнинг аниқлашда туберкулин синамаларини қўлланилиши. Туберкулёзга гумон қилинган шахслар ва уларнинг текшириш усуллари ва кузатиш (ЖССТ тавсиясига асосан).

Аҳоли гуруҳларини мажбурий ва систематик флюорографик текширишдан ўтиши (мажбурий контингент, хавfli контингент). Ўпкасида рентгенологик ўзгаришлар аниқланган шахслар ва уларнинг кузатиш усуллари. Умумий тиббий тармоқлар ва туберкулёзга қарши муассасаларда флюорографик хона ишларининг ташкиллаштириш. Аҳоли орасида туберкулёзни эрта ва ўз вақтида аниқлаш чора-тадбирларини режалаштириш ва ташкиллаштириш. ШВП ва ҚВП, туғруқхона, болалар муассасаларида туберкулёзга қарши ишлар мажмуаси ва уларни ташкиллаштириш.

МДСЭНда туберкулёзга қарши ишлар. Туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолат ва динамик таҳлили. Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида ишлар. Санитар-ветеринар назоратида қатнашиш, туберкулёзга қарши курашишда, комплекс режани тузиш учун билимларни шакиллантириш ва умумий даволаш тармоқлари ва туберкулёзга қарши диспансерларда туберкулёзга қарши курашиш чора-тадбирларини назорат қилиш ишларини амалга ошириш.

ВТЭКда туберкулёзга қарши ишлар. Вақтинчалик ишга яроқсизлик, туберкулёз беморларини ВТЭКга юбориш муддатлари ва кўрсатмалар.

Буйруқлар, услубий кўрсатмалар ва тавсиялар, туберкулёзга қарши кураш чора-тадбирларини ташкиллаштириш ва ўтказиш қўлланмалари.

### **Туберкулёз беморларини даволаш тамойиллари ва усуллари**

ДОТС дастури бўйича беморларни даволаш тоифаларини аниқлаш. Туберкулёзга қарши дорилар. Кимётерапиянинг асосий тамойиллари – ЖССТ тавсиясига асосан, назоратли антибактериал давони ўтказиш. Коллапсотерапия турлари (пневмоторакс, пневмоперитонеум) ва ўпка туберкулёзида жаррохлик усуллари ва уларга кўрсатмалар.

### **Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар**

Амалий машғулотларда талабаларбеморларни клиник-лаборатор ва рентгенологик текшириш усуллари, шунингдек туберкулёз клиник шакллари кийсий ташхислаш ва синдромал ташхислаш усуллари ўрганадилар.

## **Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:**

- 1.Туберкулёз клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
2. Ўпка туберкулёзини ташхислаш ва туберкулёзни лаборатор ташхислаш.
3. Туберкулёзда иммунитет ва аллергия. Туберкулёзни ташхислашда туберкулин синамаси.
4. Клиникада ўпка туберкулёзини функционал текшириш усуллари.
5. Туберкулёзни ташхислашда бронхоскопия ва рентгенология усуллари.
6. Туберкулёзнинг клиник таснифи.
7. Талабалар билан биргаликда ўпка туберкулёзи беморларини кўриги ва касаллик тарихини тўлдириш.
8. Бирламчи туберкулёзни эрта ташхислаш. Бирламчи ўпка туберкулёзини ўтказганларда колдик ўзгаришлар.
- 9.Ўпканинг тарқалган туберкулёзи. Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.
- 10.Ўпканинг яллиғланган туберкулёзи. Ўпка туберкуломаси. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.
- 11.Туберкулёзни деструктив шакллари. Кавернали ўпка туберкулёзи. Фиброз-кавернали ўпка туберкулёзи.
- 12.Цирротик ўпка туберкулёзи. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.
- 13.Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси. Туберкулёзни даволаш усуллари ва қоидалари.
- 14.Туберкулёзга қарши препаратлар.
- 15.Туберкулинотерапия, коллапсотерапия, даволашни жаррохлик усуллари.
- 16.Туберкулёзга қарши муассасалар. Туберкулёзга қарши диспансерни таркиби ва ишлари.
- 17.Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги эпидемияга қарши чора-тадбирлар режаси. Туберкулёзга қарши диспансер.
- 18.Болалар ва ўсимрларда туберкулёзни аниқлаш усуллари.
- 19.ДОТС стратегияси бўйича туберкулез беморларини аниқлаш, даволаш, даволаш натижаларини баҳолаш ва кузатиш.
- 20.УДТ нинг туберкулезга қарши курашишдаги ўрни. Туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолатни баҳолаш.
- 21.Туберкулёзни профилактика усуллари.

## **Синдромлар:**

1. Йўтал, балғам ажралаши. Ўпка туберкулёзи турли шакллари ва ЎСНК да йўтал ва балғам ажралаши характери.
2. Иситма. Тана ҳарорати ошиши механизми. Номълум этиологияли иситма. Ўпка туберкулёзи турли шакллари ва ЎСНК да иситма характери.
- 3.Ўпка инфилтратлари. Турли генезли инфилтратларнинг клиник-рентгенологик ва морфологик характеристикаси. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича вазиятни баҳолаш.
4. Плевритлар, плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиш механизми. Плевритлар таснифи. Турли этиологияли плевритлар қиёсий ташхиси.
5. Лимфаденопатиялар. Регионал, кўкрак ичи, мезентериал лимфа тугунларини патологоанатомик тузилиши.
6. Ўпкадан ташқари туберкулёз шаклларининг қиёсий ташхиси.
7. ОИВ-ТБ, туберкулёзнинг дориларга турғун тури (МЛУ-ТБ).
8. Ҳансираш. Ҳансирашни патофизиологик механизми. Ҳар-хил шаклдаги туберкулёз ва туберкулёздан кейинги ўзгаришларда хансираш.
9. Ўпкадан ташқари туберкулезни таққослама ташхислаш.
10. Кўкрак қафасида оғриқ билан кечувчи туберкулёз асоратлари-қон туфлаш ва ўпкадан қон



кетиши, спонтан пневмотракс. Кўкрак қафасида оғриқ ва ўпкадан қон кетишни таққослама ташхислаш. Ташхислаш ва тезкор терапевтик чора-тадбир усуллари.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойтадилар.

Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустақамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали куроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

### **Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар инобатга олинмаган**

#### **Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни**

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

#### **Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:**

1. Нафас олиш системасини эмбрионал ривожланиши ва анатомияси.
2. Ўпканинг функционал морфологияси. Замонавий шароитда ўпка туберкулезининг морфологик куриниши.
3. Туберкулез этиологияси. Туберкулез микобактериясини дориларга чидамлилиқ тури.
4. Ташки нафас ва юрак қон-томир системаси функциясини текшириш усуллари.
5. Туберкулез патогенези. Туберкулез яллиғланишининг иммунологик ва генетик аспекти.
6. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулезининг рентгенологик ва нур диагностикаси.
7. БЖССТ тавсияси МКБ-10 бўйича туберкулёз таснифи.
8. Туберкулёз клиник шаклларни қиёсий ташхислашнинг асосий усуллари.
9. Туберкулезнинг бошқа касалликлар билан бирга кечиши. Туберкулёз ва ички аъзолар касалликлари.
10. Ўпка туберкулёзи асоратлари. Туберкулез билан касалланган беморларда нафас етишмовчилиги.
11. Ўзбекистон Республикасида ДОТС стратегияси бўйича туберкулёзга қарши курашиш дастури.
12. ДОТС стратегияси бўйича туберкулёз беморларини кузатиш ва даволаш усуллари.
13. ДОТС стратегияси бўйича туберкулёз беморларини даволаш схемалари.
14. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш.
15. Туберкулёз билан касалланишга атроф-муҳит омилларининг таъсири.
16. Туберкулёз билан оғриган беморларга тиббий маслаҳат бериш асослари.

#### **Дастурнинг инфор­мацион-услубий таъминоти**

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора кути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

**Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлиги**

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги**

**Бухоро Давлат тиббиёт институти**

**ФТИЗИАТРИЯ ФАНИ БУЙИЧА ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА  
ФАКУЛЬТЕТИ 4- КУРС ТАЛАБАЛАРИНИ ТАЙЕРЛАШ УЧУН  
ИШЧИ ДАСТУР**

**СОХАСИ «СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ»- 720000  
ТАЪЛИМ ЙУНАЛИШИ:  
5720100 “ДАВОЛАШ ИШИ” ВА 5140900 «КАСБИЙ ТАЪЛИМ»**

**БУХОРО – 2019**

## I. УМУМИЙ ҚОИДАЛАР

Фтизиатрия фани бўйича ишчи ўқув дастури 4-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети бакалавриат таълим йуналиши талабалари учун, ЎзР Олий ва Ўрта махсус таълим Вазирлиги томонидан тасдиқланган Давлат таълим стандартлари ва Олий таълимнинг 720000 «Соғлиқни сақлаш» 5720200 «Даволаш иши», 5140900 «Касбий таълим» (5720100 – Даволаш иши) бакалавриат таълим йуналиши талабалари учун мулжалланган фтизиатрия фанидан дастур (2006 йил 22 августда рўйхатга олинган № БД5720100 - 4.01.7 ва тасдиқланган ЎзР ОЎМТВ № 186 2006 й. 10 августда) асосида ва ўқув бўлимини кўрсатмаси бўйича ўқув режасига мувофиқ ишлаб чиқилди.

### ЎҚУВ ЮКЛАМА ҲАЖМИ

<i>Мехнат сизими</i>	<i>Аудитор дарсларнинг турига қараб ўқув юкки ҳажмини тақсимлаш</i>				<i>Мустақил иш</i>	
	<i>Жами</i>	<i>Маърузалар</i>	<i>Амалий машғулотлар</i>	<i>Ўқув амалиёти</i>	<i>Ўқув амалиёти</i>	<i>Мустақил иш</i>
130	80	20	60	-	-	50

### МАҚСАДИ

Бу дастурга киритилган фтизиатрия фанининг мақсади ўпка силининг ҳар хил шакллари аниқлаш ва унинг диагностикаси, профилактикаси ва ташҳис қилишнинг усуллари ўргатиш. Юқори савияли мутахассис — умумий амалиёт шифокорларини тайёрлашдан мақсад фтизиатрия хизматида билим ва амалий кўникмаларни мукамал ўзлаштиришга қаратилгандир.

### ВАЗИФАЛАРИ:

- Ўпка сили ва носпецифик ўпка касалликлари, таққослама ташҳис қўйиш билим ва кўникмаларни шакллантириш.
- Ўпкadan ташқари аъзолар сили клиник кечиши ва кўникмаларни шакллантириш.
- Ўпка ва бошқа аъзолар силини барвақт аниқлаш ва ўз вақтида ташҳис қўйишни ўрганиш.
- Ўпкadan қон кетиш ва спонтан пневмотораксида ташҳис ва тез ёрдам принципларини ўргатиш.
- Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг директив хажжатлари, ҳамда DOTS стратегияси асосида силга қарши эпидемиологик тадбирларни билиш ва таҳлил қилишни шакллантириш.
- РЎз ССВ «Силга қарши курашиш тадбирларини такомиллаштириш тўғрисидаги» 03.04.2003 й. 160-сонли буйруқ асослари билан танишиш.
- Туберкулёз беморларини аниқлашда УАШ вазифаларини ўргатиш;
- ДОТС бўйича амбулатория шароитида туберкулёз беморларини даволашни ташкиллаштириш.
- Назоратли кимёвий терапияни бажариш, дориларни юборишни ўзлаштиришни ўргатиш.
- Нормал ва патологик рентгенограммаларни тўғри таҳлил қилиш ва протоқллаштиришни ўргатиш.

## ТАЛАБАЛАРГА БИЛИМ, КЎНИКМА ВА АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАРГА ТАЛАБЛАР

### **ТАЛАБА БИЛИШИ ЛОЗИМ:**

- силнинг клиник шакллари, симптом ва синдромлар асосида таққосий ташҳисқўйиш;
- туберкулёз касаллиги бирламчи ва иккиламчи профилактикаси;
- ДОТС буйича силнинг химиофилактикасини утказишини;
- силнинг санитар, ижтимоий ва махсус профилактикаси;
- ўпкадан қон кетиш ва спонтан пневмотораксда тез тиббий ёрдам кўрсатишни;
- туберкулёз ва бошқа аъзолар касалликлари билан касалликни кечиш хусусиятларини билиш (кандли диабет, ошқозон ва 12 - бармоқли ичак яра касаллиги, сурункали ўпка носпецифик касаллиги, ОИТС ва бошқа);
- хомилдорларда туберкулёз касаллигини кечиши ва даволаш хусусиятларни билиш;
- карияларда туберкулёз касаллигини кечиши ва даволаш хусусиятларни билиш;
- таққосий ташҳис қўйишда қўшимча усулларга кўрсатмалари;
- Ўзбекистонда ва жаҳонда силнинг асосий эпидемиологик кўрсаткичлари ва силга қаршикурашдаги директив хужжатларни;
- ДОТС стратегияси моҳияти, туберкулёз касаллигини аниқлашда, даволашда ва силга қарши курашдаги ўрнини;
- УАШ шифокорининг силга гумон қилинганда беморни текшириш алгоритмини билиш;
- ДОТС стратегиясининг тамоилларини билиш;
- ДОТС буйича асосий хужжатларни расмийлаштиришни урганиш.

### **ТАЛАБА БАЖАРИШИ КЕРАК:**

- эпидемиологик вазиятни таҳлил қилиш, туберкулёз касаллиги бўйича хавfli гуруҳни аниқлаш;
- ШВП, ҚВПларга мурожаат этаётган беморларда туберкулёз касаллигини аниқлаш;
- беморни аҳволини аниқлаш ва биринчи шифокор ёрдами бериш, ҳамда кейинги тиббий хизмат тактикасини аниқлаш;
- специфик профилактикасини бажариш;
- силни химиофилактикасини бажариш;
- ДОТС буйича силнинг профилактикасини бажариш;
- флюоро-рентгенограммаларда патологик сояларни аниқлаш ва протокол тузиш;
- туберкулёз билан ҳамроҳ бошқа касалликларга ташҳис қўйиш;
- ШВП, ҚВПларда туберкулёз касаллиги аниқланган тақдирда эпидемияга қарши тадбирларни тузишни;
- аҳоли уртасида силнинг долзарб муаммолари туғрисида санитар-оқартув ишларни олиб бориш.
- УАШ силга гумон қилинган беморларни текшириш алгоритмини бажариш.
- ДОТС нинг асосий хужжатларини (ТБ 01, ТБ 05) тулдириш ва даволашни куллаб-куватловчи даврида даволашни утказиш.

### **ФТИЗИАТРИЯДАН ТАЛАБА БАЖАРА ОЛИШИ ШАРТ БЎЛГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР:**

- ўпка сили гумон қилинган беморларни текшириш;
- флюоро-рентгенограммаларни ўқиш;
- Манту синамасини қўйиш ва баҳолаш;
- Циль-Нильсен усули билан суртмада туберкулёз таёқчасини топа билиш;
- плевра ва орқа миядаги жараёнга ташҳис қўйиш мақсадида пункция қилиш;
- корин бушлиғига ҳаво юбориш (СП) техникасини ўрганиш;
- поликлиника ва диспансерларда беморларни мустақил қабул қилиш;

- спонтан пневмотораксда тез тиббий ёрдам бериш усулларни ўтказиш билиш;
- ўпкадан қон кетишда тез тиббий ёрдам бериш усулларни ўтказиш билиш;
- туберкулинодиагностиканинг эффективлигини баҳолаш;
- туберкулёз инфекцияси учоғини текшириш ва эпидемиологик хавфни аниқлаш;
- аҳоли ўртасидаги туберкулёз касаллигига мойил бўлганларни аниқлаш;
- эмлаш ва қайта эмлашни эффективлигини баҳолаш;
- Ўзбекистонда силнинг асосий эпидемиологик курсаткичларни ҳисоблашни ўрганиш.
- ТБ 01 ва ТБ 05 ни мустақил тулдириш;
- ДОТС дастури бўйича беморларни табакалаш ва тоифалар бўйича даволашни ўтказиш.

**ФТИЗИАТРИЯНИ ЎРГАНИШДА ЗАРУР БЎЛГАН ҲАМКОР ФАНЛАР:**

1. Нафас аъзолари системаси нормал ва патологик анатомияси.
2. Ички касалликлар пропедевтикаси – нафас аъзолари системаси.
3. Микробиология – *Micobacteria* оиласи.
4. Фармакология ва клиник фармакология – силга қарши дорилар.
5. Эпидемиология.

**АМАЛИЙ ИШЛАР ИЖРОСИ БЎЙИЧА ВАЗИФАЛАРНИНГ МАЖБУРИЙ МИНИМУМИ:**

1. Амалий машғулот мавзуси бўйича сўров ўтказиш.
2. Тематик беморлар муҳокамасида иштирок этиш.
3. Патологик материалда туберкулёз таёкчасини аниқлаш.
4. Стационардаги беморлар ҳужжатларини тайёрлаш (касаллик тарихи, кундаликлар, эпикризлар, ҳарорат варақалари, муолажалар варақаси)
5. Туберкулин синамаларини мустақил қўйиш.
6. Даволаш ва профилактик муолажаларда иштирок этиш.
7. Функционал диагностика хонасида мустақил ишлаш.
8. Назоратли кимёвий терапияни бажариш, дориларни юборишни ўзлаштириш.
9. Диспансер гуруҳларини аниқлаш ва эпидемияга қарши тадбирлар тузиш.
10. Маърузавий ва амалий мавзулар бўйича талабаларни назарий ўз устида ишлашни жорий назорат қилиш, ситуацион масалалар, ижровий ўйинлар, рейтингини аниқлаш.
11. Туберкулёз ўчоқларни турларини аниқлаш ва соғломлаштириш режасини тузиш.
12. Аҳоли орасида санитар-оқартув ишларини ўтказиш.
13. Беморлар тиббий ҳужжатларини тўғри тулдириш.

## 1. КИРИШ

Туберкулёз – қадимги, кенг тарқалган касаллик бўлиб ҳисобланади. Қадимги юнон ва бошқа давлатларда мумланган ўликларда, тош даврида яшаган одамларнинг суякларида туберкулёз касаллиги хос белгилар борлиги аниқланган.

Эски табиблар, туберкулёз касалига хос баъзи узгаришларни кузатганлар. Уларнинг ёзишларича туберкулёз касаллигига хос булган асосий белгилардан бири йутал, балгам аралаш йутал, кон тупуриш ва бадан харорати кутарилиши.

Касалликнинг тез ривожланиши натижасида беморлар озайиши, қуриши тез орада ориклар кетишини кузатилиб, касалликка “туберкулёз” ёки “чахотка” грек сузи бўлиб қуриш, емирилиш маъносини билдирадиган ном билан номланган.

Қадим замонларда табиблар, олимлар туберкулёз касаллигини юқумли эканлигини аниқлаганлар. Ундан ташқари бу касаллик наслдан – наслга ўтиши мумкин деган хулосани чиқарганлар.

Форс мамлақатида туберкулёз касаллигига моҳов касаллигига ухшаган талаблар киритилган.

Ҳиндистонда туберкулёз касаллигига дучор булган оилалар билан нигоҳ ўтказиш ман этилган.

Ҳиндистон, Португалия ва Венгрияда туберкулёз касали пайдо булган жойдан тезда хабардор қилиниши лозим булган қонун киритилганлар.

Эрамиздан 2000 йил олдин Вавилионнинг қонунларида «Хомурани Кодекси» да, хотини туберкулёз билан касалланган эркакларга ажралиш руҳсат этилган – қонуний тарзда.

Туберкулёз касаллигининг асосий белгиларини биринчилар қаторида Юнон олими Гипократ уз қитобларида ёзиб қурсатган (бизнинг эрамизгача) 460-377.

Бу касалликнинг асосий хусусиятлари шундаки; у билан биринчи ва қўпинча ёшлар касалланади ва бу касаллик маълум метрологик факторлар таъсири остида ўтади, деб ёзади.

Гипократ биринчилар қаторига туберкулёз касаллигининг ўтиш белгиларини баъзи бир даволаш усуллари ва дориларни уз асарларида ёзиб қолдирган.

Гипократ ва қадимги Юнон ҳакими Галенларнинг туберкулёз касаллиги тугрисидаги қўялари, фтизиатрия фанининг ривожланишида алоҳида урин олади.

Фтизиатрия фани – туберкулёз кишиларни зарарловчи касаллик сифатида қадим замонлардан маълум бўлиб, бу фан одам организмидаги туберкулёз касаллигининг юқиши, тарқалиши, касаллик ривожланиши, клиник белгилари, даволаш ва профилактика ишларини урганадиган фан ҳисобланади. Туберкулёз тугрисидаги фанни Мартон «Фтизиология» (юнончадан, озиб кетишни билдиради) деб атаган ва бу тугрисида биринчи бўлиб, 1689 йилда «Фтизиология ёки туберкулёз тугрисида трактат» номли монографиясини ёзган. Туберкулёз касаллиги тугрисидаги маълумотлар эрамиздан олдинги II-III асрлар давридаги Хитой географларида ёзиб қолдирган. Силнинг юқумли касаллик эканлиги тугрисидаги маълумотлар ҳам эрамиздан илгари пайдо булган. Фтизиатриянинг ривожланишини шартли равишда 3 даврга бўлиш мумкин:

1. Узок муддат ичида қўзатиб, эмпирик равишда ташхис қўйиш даври. Гипократнинг айтишича, бунда қўзбилан қўриб, қўлок билан эшитиб, қўрун билан қидлаб, тил билан тотиб фикр қўритилади. Бу давр XVIII-асрнинг охири XIX-аср бошларигача давом этган.
2. XVIII ва XIX асрларда клиник ва анатомик йўналишлар бўлиб, касалликларни материалистик тушунишга имқоният яратилди.
3. Роберт Кох томонидан 1882 йилда туберкулёз таёқчалари аниқлангандан кейинги давр. Бу даврда фтизиатрия фан сифатида ривожланди ва силнинг олдини олиш, ташхис қўйиш, даволаш масалалари илмий асосда ташқил этилди.

Фтизиатриянинг ривожланишидаги учинчи давр уз навбатида яна икки даврга ажратилади: 1- силга қарши қўлланиладиган қимё препаратлар қашт этилгунича (1943-1950 йил) булган давр, 2-антибактериал давр, у силга қарши дорилар қашф этилган вақтдан шу қўнгача булган даврни уз ичига олади.

Ҳозирги қўнда туберкулёз касаллигини эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, даволаш ва профилактика ишлари дунё микёсида кенг йўлга қўйилганлигига қарамасдан касалликнинг аҳоли орасида узиб қўриши қўзатилмоқда.

## **2. Фтизиатрия фанининг асосий мақсади:**

Талабаларга уларнинг келажакдаги ҳақимлик касбларини инобатга олиб, шу фандан (яъни туберкулёз касалликлари тугрисида) маълумотлар бериш.

4 – курс даволаш куллиёти талабалари куйидаги билим ва усталикни узлаштиришлари керак:

- Силга қарши курашишдаги умумий тиббиёт ҳақимларининг асосий роли ва вазифалари
- Силга қарши курашишдаги умумий тиббиёт ҳақимларининг асосий роли ва вазифалари
- Силга қарши ишларни бажара олиш
- Силни барвақт аниқлай олиш ва уни профилактик услубларини узлаштириш
- Туберкулёз касаллиги диагностикаси ва уларни куллаш
- Силга қарши дорилар (туберкулостатик) ни курсатгичлари беморлар истеъмоли учун мумкин ва мумкин эмаслиги аниқлай олиш.
- Туберкулёз беморларини даволашда кулланиладиган жаррохлик усуллари, коллапсотерапия ўтказиш қоидалари
  - Силга қарши диспансерларнинг асосий вазифалари ва улардаги ташкилий ишлар билан қатнашиш.

## **3. Фтизиатрия фанининг вазифаси**

Фтизиатрия фанини ўқитишнинг асосий вазифаси – бўлажак шифокорларга туберкулёз касаллигини эрта аниқлаш, ташхис қуйиш, даволаш ва аҳоли орасида туберкулёз касаллиги бўйича профилактик ишларни олиб боришдан иборат. Ҳозирги кунда аҳоли орасида касалликни эрта аниқлаш ҳамда, балғамни лаборатор текширишлар асосида касалликни топиш ва даволаш асосий вазифалардан ҳисобланади. Бундан ташқари болалар орасида вакцинация ва ревакцинация ишларини олиб бориш асосий ўрин тутди. Бу жараёнларни барчасини талабаларга тўлиқ тушунтириш фанининг асосий вазифаси ҳисобланади.

## **4. Фтизиатрия фанига бўлган талаблар, кўникма ва малакалар**

Фтизиатрия фанига бўлган талаб туберкулёз касаллигининг хоссаларини, тузилишини, касаллик назарияларини, клиник ташхиси тўғрисида маълумотларга эга бўлиши керак.

- туберкулёз касаллигини келтириб чиқарувчи омиллар,
- туберкулёз касаллигини одам организмига юқиш йуллари,
- туберкулёз касаллигини организмга тарқалиши,
- касаллик ривожланиши,
- касалликнинг клиник белгилари,
- касалликни ташхислаш,
- касалликни антибактериал дорилар билан даволаш,
- касалликни профилактика қилиш талаб ва кўникмаларига асосланиб, олиб борилади.

## **5. Фтизиатрия фанининг бошқа фанлар билан боғлиқлиги (интеграция)**

Фтизиатрия – бу клиник фанлар бўлими ҳисобланиб, туберкулёз касаллигининг кечиши (этиологияси) механизми, уни аниқлай олиш (диагностикаси) услублари, даволаш ва касаллик олдини олиш мақсадида ўтказиладиган асосий вазифаларни ўрганадиган фан бўлиб ҳисобланади.

Туберкулёз – бу умумий юқумли касаллик ҳисобланиб, одам баданидаги ҳамма аъзоларини, айниқса ўпкаларни яллиғлантирадиган касалликдир.

Бу соҳада ишлайдиган ҳақимларга - **фтизиатрлар** дейилади.

Фтизиатрларнинг асосий вазифалари касалликни аниқлаш (диагностика) туберкулёз касали даволаш ва олдини олиш бўлса, туберкулёз касали олдини олиш ва туберкулёз беморларини топиб олиш умумий ҳақимлар, яъни – болалар ҳақимлари, терапевтлар, жаррохлар ва бошқалар вазифалари ҳисобланади.



Туберкулёз касаллигининг ўпкадан ташқари аъзолардаги учрайдиган хиллари аниқлаш ва даволаш бошқа ҳақимлар (яъни урологлар, ортопедлар, кўз касалликлари ҳақимлари ва бошқалар) вазифаларига киради.

Шунинг учун қайси соҳада ишлашига қарамасдан ҳамма ҳақимлар туберкулёз тўғрисидаги бирламчи билим ва маълумотларга эга бўлиши шарт.

Ҳозирги замон ривожланган тиббиёт фани олдидаги асосий вазифалардан бири – туберкулёз касали енгил, чегараланган ва барвақт шакллари ўз вақтида аниқлаш:

Бу ишни қониқарли даражада ўтказиш умумий ҳақимлар – участка терапевтлари, болалар ҳақимлари, жаррохлар ва хоказолар туберкулёз касалликлари бўйича маълум билим савияларига боғлиқ.

Ҳар бир ҳақим ўз вақтида туберкулёз касалини хавфсираб (заподозрить) беморларни текшириб фтизиатр ҳақими ёки ўпка аъзоларидан ташқари аъзоларни даволовчи ҳақим – фтизиатрларга юбориши шарт.

Охирги пайтда туберкулёз (яъни ўпка сили) ўпка ва нафас олиш йуллари патологияси баъзи жойларда қўшилиб ўрганилаяпти. Яъни – **фтизиопульмонология**, янги фани ташкил топяпти.

Шунинг учун ҳозирги замон фтизиатр – ҳақими олдида туберкулёз касалидан ташқари ўпка ва юқори нафас аъзолари патологиясини ўрганиш талаб этилади.

Худуди шу тариқа пульмонологлар олдида ҳам фтизиатрияни чуқур ўзлаштириш аҳамиятлидир.

Унинг натижасида жамиятимиз учун зарур булган юқори малакали нафас олиш аъзолари ҳақимлари тайёрланади.

## **6. Фтизиатрия фани бўйича талабалар билимини баҳолаш (ЖН, ОБ, ЯН)**

Рейтинг системасида талабалар фан бўйича баҳолаш қуйидаги назорат турлари бўйича амалга оширилади: жорий, оралик, якуний.

Жорий назорат – ҳар бир амалий машғулот даврида талабалар билимини систематик равишда текширишдан иборат. Амалий машғулотларда талабалар билимининг баҳолашнинг кенг тарқалган шакли бўлиб, ўқув материалнинг маълум қисмини оғзаки назорат қилиш ҳисобланади. Бундан ташқари баъзи мавзулар бўйича ёзма вазифалар ва ўргатувчи назорат қилувчи дастурлар бўйича тестлар орқали назорат системаси низомига асосан ҳар бир жорий вазифа баллар ҳисобида баҳоланади. ЖБ га ажратилган максимал баллнинг 45% талабаларнинг назарий билимларини баҳолашга, ОБ бир булим тугугандан кейин ўтказилади, ОБ га 20%, 5% и мустақил ишга ажратилган. Ҳар бир машғулотнинг охирида бу баллар жамланиб, жаридага умумий балл қўйилади. Баҳо ўқув материали фрагментини ўзлаштиришнинг фоизини белгилайди. Фан ўқитилиб бўлгандан кейин жорий назоратнинг барча баллари қўшилади, жорий баҳолаш кунлик йиғилган баллар йиғиндисини ташкил этиб, умум баллар йиғиндиси 11 га бўлиниб 0,45 га қўпайтирилади ва фоизи белгиланади.

Талаба цикл давомида мезон асосида мустақил иш ва касаллик баённомаси ёзиб иккаласи бали қўшилиб 5 га бўлинади ва 0,05 га қўпайтирилади ва фоиз балл туплайди. ОБ эса 0,2 га қўпайтирилади. Якуний назорат – умумий жадвалга асосан циклнинг охирги кунда 2 усулда олиб борилади, OSKI ёзма иш тарзида ва тест усулида ўтказилади. OSKI усули 0,2 га қўпайтирилади, ЯН тест усулида йиғилган балл 0,2 га қўпайтирилади ва фоиз чиқарилади, умумий барча фоизлар қўшилиб талабанинг умумий йиғган балини ташкил этади.

## **7. Фтизиатрия фани бўйича фойдаланилган технологик усуллар**

Ҳар бир амалий машғулот даврида муҳокама қилинаётган мавзу бўйича 1 та амалий машғулот бажарилиши лозим. Амалий иш натижалари мустақил иш ҳисобида талабалар баённома сифатида расмийлаштириб топширадидлар.

## 8. Фтизиатрия фани буйича кўргазмалар, техник воситалар

Фан буйича лаборатория ускуналари, ўқитишнинг техник воситалари, видео ва кино фильмлар, мултимедиялар, рентген суратлар, кўргазмалари куруллар, неготоскоп, слайдлар, талабалар билимини рейтинг тизими асосида назорат қилиш ва бошқалар.

### Фтизиатрия фанидан баҳолаш мезонлари

Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил 7 августдаги “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333-сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги 2010 йил 26 августдаги 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом” асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти Юқумли касалликлар, фтизиатрия ва тери-таносил касалликлар кафедраси “талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг Низоми” асосида олиб борилади. Талабалар билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1	Жорий баҳолаш	45	25	0.45
2	Т М И	5	2.6	0.05
3	Оралиқ баҳолаш	20	11	0.2
4	Якуний баҳолаш	30	16.5	0.3
	Жами	100	55	1

### Баҳолаш турлари ва шакллари

3. Талабанинг фан бўйича ўзлаштиришини баҳолаш мунтазам равишда олиб бориш ва қуйидаги турлар орқали амалга оширилади:

- Жорий баҳолаш (ЖБ)
- Оралиқ баҳолаш (ОБ)
- Мустақил иши (МИ)
- Якуний баҳолаш (ЯБ)

Юқумли касалликлар, фтизиатрия, тери – таносил касалликлари бўйича талабанинг семестр (цикл) давомида ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади. Ушбу 100 балл баҳолаш турлари бўйича қуйидагича тақсимланди:

жорий баҳолаш 45 балл

оралиқ баҳолаш 20 балл

мустақил иш 5 балл

якуний баҳолаш 30 балл

ЖБда фаннинг ҳар-бир мавзуси бўйича талабанинг билими ва амалий кўникмаларини аниқлаб бориш назарда тутилган ва у амалий ёки лаборатория машғулотларида амалга оширилиши мумкин. Баҳолаш талабанинг билим даражаси, амалий машғулот материалларини ўзлаштириши, назарий материал муҳокамасида ва таълимнинг интерактив услубларида қатнашишининг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларнинг ўзлаштириш даражаси (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндашувлар) ҳисобга олинади.

Қўйиб юборилган ва ўзлаштирилмаган амалий ва маъруза машғулотлар қайта топшириши зарур ҳисобланади. Амалий машғулотни қайта топширишда 0,8 коэффиценти қўлланилади. Талаба қатнашмаган маъруза мавзусидаги амалий

машғулотлар балидан 10% чегирма олинади.

Талабанинг мустақил иши Ўзбекистон Республикасининг Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2002 йил 10 июлдаги 28 - сонли буйруғига асосан ташкил этилади ва 100 баллик тизимда ЖБ жараёнида баҳоланади ва барча баҳолаш турларида аниқланади. Кафедрада фанлар буйича мустақил иш ўқув дастурда кўрсатилган мавзулар бўйича ўтказилади, мустақил иш кафедрада қабул қилинган ва деканат томонидан тасдиқланган “ Фан бўйича талабаларнинг мустақил ишини қабул қилиш режаси ” асосида ўқитувчилар томонидан қабул қилинади. Мустақил ишнинг бир қисми касаллик тарихини ёзиш, касалхонада навбатчилик қилиш, кутубхонага бориш ва ўқув залида шуғулланиш, ҳамда институтда ташкил этилган интернет синфларида шуғулланиш ўз ичига олади. Талабалар цикл (семестр) охирида касаллик тарихи, рефератив доклад, ҳамда касалликларни ташхислаш алгоритмлар мажмуасини топширади. Талабаларнинг мустақил ишини баҳолаш учун кафедрада алоҳида синф журнали ташкил қилинади ва талабаларнинг кунлик ўзлаштириш баллари режада кўрсатилган ўқитувчилар томонидан кўрсатиб борилади. Ўқув журналида ўқув йилнинг (циклининг) охириги амалий машғулотдан сўнг битта устун ажратилади ва талабанинг мустақил иши бўйича йиғилган балининг ўртача қиймати қўйилади.

Фтизиатрия фанидан 4 - курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун фандан умумий соатлар ҳажми 108 соатдан юқори булгани учун ОБ ўтказилади, умумий баҳолаш қуйидаги тартибда ўтказилади.

жорий баҳолаш 45 балл,  
оралиқ баҳолаш 20 балл  
мустақил иш 5 балл,  
яқуний баҳолаш 30 балл

ЯБда талабанинг билими, кўникмалари фаннинг умумий мазмуни доирасида баҳоланади. ЯБ семестр (цикл) якунида ўтказилади.

ЯБ тури ҳар - бир фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, фтизиатрия фани бўйича даволаш ва тиббий педагогика факультети 4 курс талабаларига ЯБ 30 балл бўлиб шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида, даволаш ва тиббий педагогика факультети - 6 курс талабаларига ЯБ 30 балл булгани учун, шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида қабул қилинади.

Ёзма иш усулида ЯБ ўтказиш «Рейтинг тизимининг яқуний баҳолаш босқичида ёзма иш усулини қўллаш тартиби» билан белгиланди (илова1).

Деканат ва кафедра белгиланган тартибда фан бўйича талабанинг ЖБ ҳамда ЯБдаги ўзлаштириш кўрсаткичларини белгиланган шаклда қайдномаларга киритишлари ва уларнинг натижаларини таҳлил этиб борилиши лозим.

#### **Талабалар билимини баҳолашда қуйидаги намунавий мезонлар инобатга олинади.**

Балл	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
86-100	Аъло	Хулосава қарор қабул қилиш. Ижодий фикрлай олиш. Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллаш олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш.
71-85	Яхши	Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллаш олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
55-70	Қониқарли	Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
0-54	Қониқарсиз	Аниқ тасаввурга эга бўлмаслик. Билмаслик.

Фанлардан баҳолаш турлари ўтказиладиган саволларни аниқ баллар билан ифодалаш тавсия этилади.

**Талаба билимини баҳолаш тартиби**  
100 баллик тизимда балларни тақсимланиши

Баҳолаш тури	Максимал балл	Коэффициент	Саралаш бали
ЖБ	45 балл	0,45	25 балл
ТМИ	5 балл	0,05	2.6 балл
ОБ	20 балл	0,2	11 балл
ЯБ	30 балл	0,3	16.5 балл
<b>ЖАМИ</b>	<b>100 бал</b>	<b>1,0</b>	<b>55 балл</b>

**Талабани фан бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби**

<b>ЖБ</b> (7та дарс) к=0,45	Кундалик баллар ( 61+71+75+ 80+ 70+70+ 73 = 500) : 7 =71 71 x 0,45 = <b>31,9 балл</b>
<b>ТМИ</b> к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл = 90 x 0.05= <b>4,5 балл</b>
<b>ОБ</b> к=0,2	Оралик баҳо тўпланган балл =75 x 0.2= <b>15 балл</b>
<b>ЯБ</b> к=0,3	Тест 80 +OSCE-78 =158: 2 =79 x 0,3 = <b>23,7 балл</b>
<b>Умумий баҳо</b>	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = <b>31,9+ 4,5+ 23,7 + 15 =75,1балл</b> (яхши)

**Фан бўйича рейтинг дафтарчасини расмийлаштириш тартиби**  
**4-курс даволаш ва тиббий педагогика факултети талабалари учун**

Фан номи	Фанга ажратилган соат	Максималь балл	Ўзлаштириш	Баҳо	Ўқитувчининг фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
Фтизиатрия	130(80+50)	100	78,0	яхши	Б.Р.Муаззамов		

ЖБ баҳолаш ТМИ ва ОБ турини ўзлаштира олмаган талабага қайта ўзлаштириши учун муҳлат ЯБгача белгиланади.

ЖБ нинг хар бир боскичи умумий балининг, саралаш балини тўплаган талабага ЯБда иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

Семестр (цикл) якунида фан бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши қоникарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Талабалар ЯБ натижалари бўйича апелляция комиссиясига мурожаат этишлари мумкин. Апелляция комиссияси уч аъзодан кам бўлмаган тартибда ректор буйруғи билан ташкил этилади. Талабалар апелляция комиссиясига фан бўйича ЯБ натижалари эълон қилинган вақтидан бошлаб бир кун давомида ариза билан мурожат қилишлари мумкин. Апелляция комиссияси талабанинг аризасини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида қайтадан ЯБ ўтказиб, ҳулосасини билдиради.

**11.Рейтинг натижаларини қайд қилиш тартиби**

Талаба фан бўйича баҳолаш турларида тўплаган баллари семестр (цикл) якунида рейтинг қайдномасига бутунсонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг «Ўқув режасида ажратилган соат» устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, «фандан олинган баҳо» устунига эса, талабани мазкур Низомнинг 7 - бандига мувофиқ 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг ўзлаштириши саралаш балидан паст бўлган кўрсаткич рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

Ҳар бир фан бўйича ўтказиладиган ЖБ натижалари кафедра томонидан рейтинг экранда мунтазам равишда ёритиб борилади.

### **Талабалар мустақил иши (ТМИ) шакллари ва уларни баҳолаш мезонлари.**

ТМИ ни ташкил этишда туберкулёз касаллигининг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда талабалар учун мустақил ишнинг ташкилий шакли қилиб «Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш» шаклидан фойдаланилади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, Интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

ТМИ ни назорат қилиш ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг кўрсаткичлари, шу жумладан мустақил иш бўйича, анъанавий гуруҳрейтинг ойнасида ёритиб борилади.

ТМИ асосан амалиёт ўқитувчиси назоратида бўлиб, 100 балли тизим асосида баҳоланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили бошланиши олдида методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам тўплаган талаба фан бўйича якуний назоратга кўйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

ТМИ кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

### **10. Фтизиатрия фани бўйича штатлар жадвалдаги соат миқдори**

№	Фан номи	Мустақил иш соат	Маъруза соат	Амалий соат	Клиник соат	Жами соат
1	IV-курс даволаш	52	10	18	26	54
2	IV-курс тиб.педог	52	18	36	54	108
3	III -курс стоматология	18	6	10	10	26

### **11. Фтизиатрия фани ўқув хоналарини методик жиҳозлаш**

№	Маъруза хонаси		Амалий машғулот хонаси 4 та		Техник восита	Кургазмали жиҳозлар	Даволаш хонаси	
	Стул	стол	стол	Стул			палата	койка
1	10	20	12	48	6	100	13	30

## 12. Фтизиатрия фани дастури

Тиббиёт олий укув юртлари талабига жавоб берадиган (собик СССР Соглик. Сак. Мин.) Республика Согликни Саклаш Вазирлиги билан келишилган холда тузилган дастур асосида олиб борилади.

IVкурс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун дастур 80 соатга мулжалланган бўлиб, шундан маърузалар учун 20 соат, амалий машгулотлар учун 60 соат ажратилган. Vкурс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун дастур 60 соатга мулжалланган бўлиб, шундан маърузалар учун 10 соат, амалий машгулотлар учун 50 соат ажратилган. IV курс факултети учун дастур “Ички касалликлар пропедевтикаси” фани ҳисобидан 10 соатга мулжалланган бўлиб, шундан маърузалар учун 2 соат, амалий машгулотлар учун 8 соат ажратилган. Кундалик дарс меъёри 6 соат (блочно – цикловый система учун) циклинг давоми IV курс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун 11 кунни ташкил этади. шулардан биринчи 10 кун жуфт (яъни 45+45=90) маърузалар, ундан кейин эса 6 соат (яъни 3 жуфт) амалий машгулотлар утилади.

IV курс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун 8 кунни ташкил этади. шулардан биринчи 5 кун жуфт (яъни 45+45=90) маърузалар, ундан кейин эса 6 соат (яъни 2 жуфт) амалий машгулотлар утилади.

Укитиш жараёнида талабаларга ҳозирги замон фтизиатрия фани олдида турадиган вазифалар, узгаришлар, Республикамиз Согликни Саклаш Вазирлиги олдида турган силга қарши курашишдаги асосий вазифалар (биринчи 4-6 йил давомида) билан таништирамиз.

### Фтизиатрия минбаргоҳида дарс ўтаётган талабалардан қилинадиган талаблар

#### РУХСАТ :

1. Маъруза ва амалий машгулотларда ок халат ва калпачокларда қатнашиш.
2. Амалий машгулотларни утиш жойида тапочкаларда катнашиш.
3. Деканат рухсатисиз факатгина битта қолдирилган “дб” топшириш мумкин.

#### ТАҚИҚЛАНАДИ :

1. Минбаргоҳ ва клиника булимларда чекиш.
2. Дарсга кечикиш.
3. Техник жихозлар ва ускуна, таблица, плакатларни синдириш.
4. Бегона кишиларга беморлар хақида ахборот бериш.
5. Касаллик тарихини булим ташқарисига олиб чиқиш.
6. Уяли телефондан фойдаланиш.

#### ЭСЛАТМА :

1. Бир катнашда факатгина бирта қайта ишлаш мумкин. Хар бир дарс учун алоҳида реферат тузилади ва катнашмаган дарс соати қайта топширишига рухсат этилади.
2. Кониқарсиз баҳолар ҳам қайта топширишига рухсат қилинади.
3. Қайта топшириш маърузалар тугаганидан сунг қабул қилинади.
4. Қайта ишлашда талаба учта саволга жавоб бериши керак тугри жавоб булса ушанда қайта ишланган деб қабул қилинади.
5. Талабалар уз хохишлари билан талабалар илмий тугаракларига катнашиши мумкин.

## ФТИЗИАТРИЯ ФАНИ БЎЙИЧА СИЛЛАБУС

<b>Фаннинг қисқача тавсифи:</b> Даволаш ва тиббий педагогика йўналиши талабаларига фтизиатрия фанининг асосий клиник симптомлари, уларнинг ташхисот принциплари, киёсий ташхисот аспекти, организмнинг фаолиятини ва унинг атроф-муҳит билан мулоқотини чуқурроқ тушуниб етишга асос яратиш, туберкулёз касалликларида учрайдиган тезкор ҳолатларда ёрдам бериш, туберкулёз касаллигини олдини олиш чораларини ўргатади.				
<b>Институтнинг номи ва жойлашган манзили:</b>	Бухоро Давлат Тиббиёт институти	Навоий шоҳ кўчаси, 1		
<b>Кафедра:</b>	Микробиология, вирусология, иммунология ва фтизиатрия	Даволаш факультети		
<b>Таълим соҳаси ва йўналиши:</b>	510000-Соғлиқни сақлаш	Фтизиатрия		
<b>Фанни олиб борадиган ўқитувчи тўғрисида маълумот:</b>	Курс мудир тиббиёт фанлари номзоди, доцент Муаззамов Баҳодир Раҳмонович	E-mail	Muazzamov@umail.uz	
	Катта ўқитувчи Жумаев Мухтор Фатуллаевич	E-mail	Jumayev@umail.uz	
<b>Дарс вақти ва жойи:</b>	ВСКД	Курснинг давомийлиги		
<b>Индивидуал график асосида ишлаш вақти:</b>	Дарс жадвали асосида ҳафтанинг ҳар куни 8.30 дан 17.00 гача			
<b>Фанга ажратилган соатлар</b>	Аудитория соатлари			Мустақил иш 50
	Маъруза	20	амалиёт 40	
<b>Фанни бошқа фанлар билан боғлиқлиги (пререквизитлари)</b>	Микробиология, ИКП, анатомия, физиология, биохимия, хирургия, терапия, фармакология, эпидемиология			
<b>Фанни бошқа фанлар билан боғлиқлиги (постреквизитлари)</b>	Микробиология, ИКП, анатомия, физиология, биохимия, хирургия, терапия, фармакология, эпидемиология			
<b>ФАННИНГ МАЗМУНИ (ТАРКИБИ)</b>				
<b>Фаннинг долзарблиги ва қисқача мазмуни</b>	<p><b>Ўқув фанининг мақсади:</b> Фанни ўқитишдан мақсад туберкулёз касаллиги билан оғриган беморларни эрта аниқлаш, лаборатор текшириш, ташхислаш ва даволаш бўйича назарий, амалий, услубий ва ташкилий билимларни ҳосил қилишдан иборат.</p> <p><b>Ўқув фанининг вазифалари:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- республикамиз ҳудудида ва ташқаридан кириб келаётган катталар ва ёш болаларда учрайдиган туберкулёз касалларидан анамнез ва клиник лаборатор маълумотларга асосланиб эрта аниқлаш;</li> <li>- Туберкулёз касаллиги жараёнининг хусусиятларини ўргатиш;</li> <li>- Туберкулёз беморлари симптомларига асосланган ҳолда ташхисини қўйишни ўргатиш;</li> <li>- кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш.</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Туберкулёз касаллиги ўчоғида беморлар билан мулоқотда бўлганлар орасида эпидемияга қарши чора-тадбирлар ўтказиш асосларини ўқитиш.</li> <li>- беморларни уй ва шифохона шароитида комплекс парвариш асосларини ўқитиш.</li> <li>- фтизиатрия фанини ўқитишдаги педагогик маҳорат асосларини ўқитиш.</li> </ul>
<b>Талабаларга қўйилган талаблар:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ўқитувчи, курсдошлар, тиббий ходимлар ва беморларга нисбатан ҳурматли бўлиш;</li> <li>✓ институт ички тартиб қоидалари ва одоб ахлоқ қоидаларига риоя қилиш;</li> <li>✓ кийиниш маданиятига қатъий риоя қилиш (тиббий халати, қалпоқ, маска, алмаштириладиган оёқ кийими);</li> <li>✓ сабабсиз дарс қолдирмаслик, қолдирилганда ўз вақтида қайта топшириш;</li> <li>✓ дарсга кечикмаслик ва вақтли кетиб қолмаслик;</li> <li>✓ дарсга ноутбук, фонендоскоп келтириш;</li> <li>✓ мустақил ишни йўриқнома асосида тайёрлаб, ўз вақтида топшириш;</li> <li>✓ Модул тизимига ўз вақтида кириб, берилган топшириқларни бажариш;</li> <li>✓ маъруза матнларини ёзиб бориши;</li> <li>✓ ўқув жараёнида фаол қатнашиши;</li> <li>✓ мунозарага тайёргарлик мобайнида талаба материалга асосланиши ва қўйилган саволга тўлиқ жавоб бериш;</li> <li>✓ талаба рейтинг баллига норози бўлса, Низомда келтирилгандек ўз муддатида ( баҳо эълон қилингандан сўнг бир сутка давомида) ёзма тарзда апелляция комиссиясига мурожаат қилиш.</li> </ul>
<b>Ўқитувчи электрон почтаси орқали талаба боғланиши қоидалари:</b>	Талаба ўқитувчи билан муносабатни электрон почта орқали амалга оширилиши мумкин. Рейтинг тизими Низоми асосида баҳолаш (ЖН, ОБ, ЯН) почта орқали муҳокама қилинмайди. Электрон почта орқали алоқа соат 16 <sup>00</sup> дан 20 <sup>00</sup> амалга ошрилиши мумкин.

### Маъруза машғулотлар мавзуси

№	Номи	Соат
1	Туберкулёз ҳақида тарихий маълумотлар. Силни ўрганишда асосий ривожланиш босқичлари. Ўзбекистон Республикасида силга қарши курашиш давлат тизимини шакллантиришда олимларнинг ўрни. Туберкулёз эпидемиологияси.	2
2	Туберкулёз микробиологияси. Туберкулёз кўзгатувчиси: микобактерия турлари. Силнинг патологик анатомияси. Туберкулёз яллиғланишидаги морфологик реакция. Туберкулёз иммунологияси. Силни ташхислашнинг умумий тамойиллари ва усуллари.	2
3	Силнинг клиник таснифи. Силнинг клиник шакллари.Бирламчи силнинг клиник шакллари, клиник симптоматология ва ташхислаш усуллари, кечиши, асорати ва оқибати.	2
4	Ўпканинг тарқоқ сили.Ўпканинг ўткир, ним ўткир,сурункали тарқоқ сили. Патогениз, патанатомия,рентгенологик хусусиятлари.Тарқоқ силни ташхиси, клиникаси ва даволаш йўллари.	2
5	Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, туберкулёмалар. Ўпкадаги ўчоқ ва яллиғланиш,туберкулёманинг морфологияси. Ташхислаш, такқослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.	2
6	Силнинг деструктив шакллари. Кавернозли, фиброз-кавернозли ва циррозли упка сили. Ташхислаш, такқослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.	2
7	Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити.Туберкулёз плеврити ва менингитининг патогенези ва таснифи. Ташхислаш, кечиш хусусиятлари,	2



	клиникаси ва даволаш.	
8	Оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари, трахея ва бронхлар сили. Суяк ва бўғим, сийдик-таносил тизими, ичак, периферик ва мезентериал лимфа тугунлари силии. Юқори нафас йўллари силининг патогенези ва патоморфологияси. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш.	2
9	Туберкулёз, ОИВ ва ОИТС. ОИВ/ОИТСни туберкулёз эпидемиологик ҳолатига таъсири. Ўпка силини ўпканинг касб касалликлари билан бирга келиши.	2
10	Туберкулёз беморларини даволаш тамойиллари ва усуллари. ДОТС дастури бўйича беморларни даволаш тоифаларини аниқлаш. Ўпка туберкулёзининг асоратлари. Туберкулёз профилактикаси. БЦЖ вакцинасияси. Кимёпрофилактикага кўрсатмалар ва усуллари. Силни эрта аниқлаш.	2
	Жами:	20

### Амалий машғулотларнинг тематик режалари

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	ҳам маси
1.	Фтизиатрия клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.Туберкулёз беморларини текшириш тартиблари. Ўпка туберкулёзи ташхиси ва тахлилий ташхиси.	4	2	6
2.	Туберкулёзни ташхислашда туберкулин синамаси Туберкулёзда иммунитет ва аллергия.	4	2	6
3.	Ўпка туберкулёзини функционал текшириш усуллари. Бронхоскопия ва рентгенологик текширув.	4	2	6
4.	Силнинг клиник таснифи. Талабалар билан биргаликда ўпка сили беморларини кўриги ва касаллик тарихини тўлдириш. Бирламчи силни эрта ташхислаш. Бирламчи ўпка силини ўтказганларда қолдиқ ўзгаришлар. Болалар ва ўсмирларда туберкулёзни аниқлаш усуллари.	4	2	6
5.	Ўпканинг тарқалган туберкулёзи. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёз. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
6.	Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган туберкулёзи. Ўпка туберкуломаси. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
7.	Туберкулёзнинг деструктив шакллари. Кавернали, фиброз-кавернали ўпка ва циррозли ўпка туберкулёзи. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
8	Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
9	Туберкулёз касаллигини даволаш принциплари. Туберкулёзга қарши дорилар, қўшимча муолажалар. Туберкулёзни даволашда жарроҳлик усуллари.	4	2	6
10	Туберкулёзга қарши муассасалар. Туберкулёз профилактикаси. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги эпидемияга қарши чора-тадбирлар режаси. ДОТС стратегияси бўйича туберкулёз беморларини аниқлаш, даволаш, даволаш натижаларини баҳолаш	4	2	6

	ва кузатиш. УДТ нинг силга қарши курашишдаги ўрни.			
	Жами	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>60</b>

### Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

т/р	Мавзулар мазмуни	соат
1	Нафас олиш системасини эмбрионал ривожланиши ва анатомияси. Упканиниг функционал морфологияси. Замонавий шароитда упка силининг морфологик куруниши.	5
2	Туберкулёз этиологияси. Туберкулёз микобактериясини дориларга чидамлилиқ тури. Туберкулёз патогенези. Туберкулёз яллигланишининг иммунологик ва генетик аспекти	5
3	Ташки нафас ва юрак кон-томир системаси функциясини текшириш усуллари.	5
4	Упкадан ташқари аъзолар силининг рентгенологик ва нур диагностикаси.	5
5	БЖССТ тавсияси МКБ-10 бўйича туберкулёз таснифи.	5
6	Туберкулёз клиник шакллари қиёсий ташхислашнинг асосий усуллари. Силнинг бошқа касалликлар билан бирга кечиши. Туберкулёз ва ички аъзолар касалликлари.	5
7	Ўпка сили асоратлари. Туберкулёз билан касалланган беморларда нафас етишмовчилиги.	5
8	Ўзбекистон Республикасида DOTS стратегияси бўйича силга қарши курашиш дастури. DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини кузатиш ва даволаш усуллари.	5
9	DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини даволаш схемалари. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш.	5
10	Туберкулёз билан касалланишга атроф-муҳит омилларининг таъсири. Туберкулёз билан оғриган беморларга тиббий маслаҳат бериш асослари.	5
	Жами	50

### Талаба билиши шарт бўлган Амалий кўникмалар рўйхати

1. Туберкулёз беморларини эрта ва кечки клиник симптомларини санаб ўтинг.
2. Бемор балғамини йиғиш ва туберкулёз таёқчасига бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш.
3. Туберкулин синамасини қўйиш ва натижасини баҳолаш.
4. Кўкрак қафаси рентгенограммасини шарҳлаб билиш.
5. Плеврал пункцияга беморни тайёрлаш ва техникасини бажара олиш.
6. БЦЖ вакцинасини ўтказишни бажара олиш.
7. Эндолюмбал пункцияга беморни тайёрлаш.
8. Беморни туберкулёз диспансерида қабул қилиб карта тўлдириш ва текшириш усулларини ўтказиш.
9. Амбулатор шароитда туберкулёз беморларини даволаш принципларини тушунтиринг.
10. Бемор балғамини дизенфекция қилишни тушунтиринг.
11. Туберкулёз беморларини балғамини текширишда ТБ-03, ТБ-04, ТБ-05, ТБ-08, ТБ-15 журналларини тўлдиришни тушунтиринг.
12. Туберкулёз контактларни текширишни тушунтиринг.
13. Туберкулёз беморларида химиофилактика усулларини айтинг.
14. Болаларда туберкулёз касаллиги учраганда бронхлар ювунди суюқлигини йиғиш.
15. Ўпка силида қон кетганда биринчи ёрдам усулларини санаб бering.

### ТАЛАБАНИНГ ЭРИШГАН ЎҚУВ ЮТУҚЛАРИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА САВОЛЛАР

1. Фтизиатрия фани ҳақида тушунча.

2. Туберкулёз касалликлар шифохонасининг тузилиши, вазифаси ва ишлаш тартиби. Марказий ва оилавий поликлиникаларда туберкулёз касалликлар хонасининг тузилиши, вазифаси ва ишлаш тартиби.
3. Туберкулёз беморларини касалхонага ётқизиш қоидалари. Туберкулёз касалликлари ҳақида шошилиш хабарномаларни тўлдириш. Беморларни қабул қилишда бир томонлама йўналишнинг аҳамияти.
4. Туберкулёз касалликларнинг диагностик принциплари ва лаборатор кўрсаткичлари.
5. Туберкулёз беморларида шошилиш ёрдам.
6. Туберкулёз этиологияси ва патогенези. Туберкулёз эпидемиологияси.
7. Силда иммунитет ва аллергия.
8. Силда туберкулин ёрдамида ташхис қўйиш.
9. Силнинг клиник таснифи.
10. Туберкулёз беморларини рентгенологик текшириш усуллари.
11. Силдан захарланиш, этиологияси. Клиникаси. Асоратлари ва оқибатлари. Ташхисоти. Профилактикаси.
12. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
13. Бирламчи туберкулёз комплекси. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
14. Диссеминацияли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
15. Ўчоқли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
16. Инфильтратив ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
17. Ўпка туберкулёмалари. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
18. Кавернозли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
19. Фиброз-кавернозли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
20. Циррозли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
21. Туберкулёз плеврити. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
22. Туберкулёз менингити. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
23. Суяк бўғим сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
24. Сийдик чиқарув аъзолари сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
25. Жинсий аъзолар сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
26. Периферик лимфа тугунлари сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
27. Туберкулёз беморларини консерватив даволаш усуллари. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
28. Туберкулёз беморларини жаррохлик усулида даволаш усуллари.
29. Туберкулёз беморларини DOTS дастури асосида даволаш усуллари.
30. Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари.
31. Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
32. Силнинг махсус профилактикаси.
33. БЦЖ. Таркиби, қўйиш техникаси.
34. БЦЖ вакцинадан кейинги қолдиқ асоратлар.
35. Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
36. Плеврал пункция техникаси.
37. Туберкулёз ўчоғида умум даволаш муассасаларининг ўрни.
38. Туберкулёз ва ОИТС инфекцияси беморларини парваришлаш ва даволаш усуллари.
39. МЛУ беморларини даволаш усуллари.
40. Силнинг химиопрофилактикаси.

41. Силнинг санитар профилактикаси.

**БАҲОЛАШ МЕЗОНИ ВА КЎРСАТКИЧЛАРИ**

**Амалий машғулотни баҳолаш мезони: максимал 45 балл**

№	Талаба қуйидаги мезонлар бўйича баҳоланади	Баллар
1.	Дарсга керакли ўқув қуроллари ва жиҳозлари билан ташриф буюрганлиги, (уни формада, конспект, касаллик тарихи, дарслик, ноутбук ёки нетбук).	5
2.	Мавзу бўйича ўз фикрини билдириш ва уни далиллаб, ҳимоя қилиш. Бошқалар фикрини ҳурмат билан тинглаш. Мавзу бўйича ахборотларни турли график органайзерлар билан тақдим этиш, ўз қарорларини қабул қилиш ва ўз зиммасига юклатилган пациент парвариши бўйича қўшимча адабиётларга ёндошуви.	10
3.	Бириктирилган мавзу бўйича синдромларни таҳлил қила билиши, волонтердан анамнез йиғиш, бемор кўрувини ўтказиш учун ёндошув, инструментал ва лаборатор текширувга биоматериал тўплаш ва таҳлил қилиш учун ёндошув.	10
4.	Амалий кўникма учун жиҳозлар йиғи олиши, муляжда ёки волонтерда кадамма-кадам бажариш техникаларини амалга ошириши.	10
5.	Шошилини ҳолатларда маъсулият билан ёндошиши, беморнинг оила аъзолари ва яқинларига тушунтириш ишларини тўғри олиб бориши.	10
	Жами	45

**Жорий баҳолаш (ЖБ)**

ЖБда талабанинг фанни мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаб бориш кўзда тутилади. Юқумли касалликлар фани бўйича ЖБ оғзаки, ўргатувчи-назорат тарқатма материаллари билан ишлаш, мустақил ишларни бажариш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин.

Баҳолашда талабанинг билим даражаси, амалий машғулот материалларини ўзлаштириши, назарий материал муокамасида ва таълимнинг интерактив услубларида қатнашишнинг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларни ўзлаштириш даражаси (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндошувлар) исобга олинади.

Ҳар бир машғулотда барча талабалар баҳоланиши шарт.

Жорий назоратда талабалар билими таълим моделига асосланган ҳолда қуйидаги босқичларда амалга оширилади: назарий, амалий қисм ва ТМИ (50:40:10)

	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	55-60	31-54	0-30
Назари й қисм	52- 50	46-48	43-45	41-42	38-40	36-38	33-35	31-33	28-30	15-27	0-18
Амали й қисм	35-40	36-38	34-36	32-34	31-32	28-30	26-28	24-26	22-24	12-22	0-12
ТМИ	9-10	9	9	8-9	7-8	7	7	6	5-6	4-5	0

**Талабалар билимини жорий баҳолашда қуйидаги мезонлар инобатга олинади:**

Ўзлаштириш (%) ва балларда	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
96-100	Аъло «5»	Машғулот мавзуси бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, турли манбалардан олинган қўшимча маълумотларга бой, билим ажми дастур доирасидан чиқади. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни тўлиқ ўзлаштирган ва қўшимча адабиётлар билан таниш. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида, сифатли бажаради. Вазиятли масалаларни ечишда ижодий фикрлайди, аниқ жавоб беради ва жавобини мантиқан асослайди. Мавзу

		<p>муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини имоя қила билади. Мавзу бўйича одам анатомияси, нормал физиология ва биокимё фанларидан олган билимларини умумлаштиради, мустақил хулоса ва қарор қабул қила олади. Интерактив ўйинларда фаол ва ижодий қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мантиқий тузилган ва мавзунинг барча саволларини ар томонлама тўлиқ камраб олган, мавзу тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Реферат мавзуси ар томонлама ва тўлиқ очиб берилган, матн мантиқий кетма-кетликда ифодаланган, тўғри улоса чиқарилган ва ижодий фикрлар мавжуд.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, уларни ечишда ижодий ёндошган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.</p> <p><b>Илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш:</b> Талаба ТИЖда мустақил тажрибалар олиб борган ва олинган натижаларни алоҳида қайд этган, статистик ишловдан ўтказган ва ушбу тадқиқот иши бўйича мустақил, аниқ, мантиқий асосланган саводли хулосалар чиқарган. Талаба ўқув адабиётлари, илмий-тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплаган, таҳлил қилган, тизимлаштирган. Тайёрлаган мақола, тезис ёки маърузаси талабанинг тажрибада олган илмий натижалари ва адабиёт маълумотлари таҳлиliga асосланган.</p>
91-95	Аъло «5»	<p>Мавзу бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, дастур доирасида, мантиқан асосланган, ишонч билан жавоб беради. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни тўлиқ ўзлаштирган ва қўшимча адабиётлар билан таниш. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида, сифатли бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини имоя қила билади. Интерактив ўйинларда фаол ва ижодий қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, мавзуга оид амалий кўникмани босқичма-босқич тўғри амалга оширади,</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мантиқий тузилган ва мавзунинг барча саволларини ар томонлама тўлиқ камраб олган, мавзу тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар</p>

		<p>ва ахборот манбалари кўрсатилган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан ташқари кўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Реферат мавзуси ар томонлама ва тўлиқ очиб берилган, матн мантиқий кетма-кетликда ифодаланган, тўғри улоса чиқарилган ва ижодий фикрлар мавжуд.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, уларни ечишда ижодий ёндошган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.</p> <p><b>Илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш:</b> Талаба ГИЖда мустақил тажрибалар олиб борган ва олинган натижаларни алоҳида қайд этган, статистик ишловдан ўтказган ва ушбу тадқиқот иши бўйича мустақил, аниқ, мантиқий асосланган саводли хулосалар чиқарган. Талаба ўқув адабиётлари, илмий-тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплаган, таҳлил қилган, тизимлаштирган. Тайёрлаган мақола, тезис ёки маърузаси талабанинг тажрибада олган илмий натижалари ва адабиёт маълумотлари таҳлиliga асосланган.</p>
86-90	Аъло «5»	<p>Мавзу бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, дастур доирасида, мантиқан асосланган, ишонч билан жавоб беради. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни тўлиқ ўзлаштирган ва кўшимча адабиётлар билан қисман таниш. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини имоя қила билади. Интерактив ўйинларда фаол қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мантиқий тузилган ва мавзунинг барча саволларини ар томонлама тўлиқ камраб олган, мавзу тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан ташқари кўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва х.к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Реферат мавзуси тўлиқ очиб берилган, матн мантиқий кетма-кетликда ифодаланган, тўғри хулоса чиқарилган ва ижодий фикрлар мавжуд.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, уларни ечишда ижодий ёндошган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.</p>

		<p><b>Илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш:</b> Талаба ТИЖда мустақил тажрибалар олиб борган ва олинган натижаларни алоҳида қайд этган, статистик ишловдан ўтказган ва ушбу тадқиқот иши бўйича мустақил, аниқ, мантиқий асосланган саводли хулосалар чиқарган. Талаба ўқув адабиётлари, илмий-тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплаган, таҳлил қилган, тизимлаштирган. Тайёрлаган мақола, тезис ёки маърузаси талабанинг тажрибада олган илмий натижалари ва адабиёт маълумотлари таҳлиliga асосланган.</p>
81-85	Яхши «4»	<p>Мавзу бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, дастур доирасида, ишонч билан жавоб беради. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни яхши ўзлаштирган. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини ҳимоя қила билади. Интерактив ўйинларда фаол қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш. <b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. <b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор. <b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.</p>
76-80	Яхши «4»	<p>Мавзу бўйича талабанинг жавоби дастур доирасида. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни яхши ўзлаштирган. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозаралар ва интерактив ўйинларда фаол қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. <b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. <b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар,</p>

		<p>электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.</p>
71-75	Яхши «4»	<p>Мавзу бўйича талабанинг жавоби дастур доирасида. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирган. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослашда бирмунча қийналади. Мавзу муокамаси, мунозаралар ва интерактив ўйинларда фаол қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.</p>
66-70	Қониқарли «3»	<p>Жавоби дастурнинг 60-70%ни ташкил қилади. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирган. Қўшимча саволларга жавоб тўлиқ эмас. Вазиятли масалаларни ечишда айрим хатоликларга йўл қўяди. Интерактив ўйинларда суат қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмани қадамма-қадам ташхислашда айрим хатоликларга йўл қўяди.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, лекин баён қилишда тизимли ёндошилмаган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган. Мавзу моҳияти ёритилган, ammo арзимас камчиликлар мавжуд.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, жавобни асослашда қийналади. Жадвалларни тўлдиришда арзимас камчиликларга йўл қўйган.</p>
61-65	Қониқарли «3»	<p>Жавоби дастурнинг 55-60%ни ташкил қилади. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни қисман ўзлаштирган. Аъзонинг структур-функционал хусусиятлари бўйича тасаввурга эга, қўшимча саволларга қисман жавоб беради.</p>



		<p>Вазиятли масалаларни ечишда айрим хатоликларга йўл қўяди. Интерактив ўйинларда суст қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмани қадамма-қадам ташишда хатоликларга йўл қўяди.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, лекин баён қилишда тизимли ёндошилмаган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган. Мавзу моҳияти ёритилган, аммо қатор камчиликлар мавжуд.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни ечишда айрим хатоликларга йўл қўйган, жавобини асослай олмайди. Жадвалларни тўлдиришда камчиликларга йўл қўйган.</p>
55-60	Қониқарли «3»	<p>Жавоб дастурнинг 50-55%ни ташкил қилади, қўшимча саволларга жавоб йўқ. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни қисман ўзлаштирган. Қўшимча саволларга қисман жавоб беради. Вазиятли масалаларни мустақил еча олмайди. Интерактив ўйинларда суст қатнашади.</p> <p>Амалий кўникмаларни қисман эгаллаган, кўрсата олмайди, хатоликларга йўл қўяди.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш.</p> <p><b>Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш.</b> Конспектда мавзунинг барча саволлари ёритилмаган, баён қилишда тизимли ёндошилмаган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилмаган.</p> <p><b>Реферат тайёрлаш.</b> Талаба асосий адабиётлардан фойдаланиб материаллар йиққан, аммо таҳлил қилмаган. Мавзу моҳияти ёритилмаган.</p> <p><b>Ижодий ишлаш.</b> Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни мустақил еча олмайди, жавобини асослай олмайди. Жадвалларни тўлдиришда камчиликларга йўл қўйган.</p>
31- 54	Қониқарсиз «2»	<p>Жавоб дастурнинг 30-40%ни ташкил қилади, назарий саволлар бўйича аниқ тасаввурга эга эмас. Қўшимча саволларга жавоб йўқ. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирамаган. Вазиятли масалаларни еча олмайди. Машғулотла берилган вазифаларни ўз вақтида бажармайди.</p> <p>Амалий кўникмани тушунмайди, босқичма-босқич айтиб беролмайди.</p> <p><b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш.</p> <p>Конспект ва реферат учун материаллар тўплаган, лекин ёзмаган. Вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни еча олмайди.</p>
0-30	Қониқарсиз «2»	<p>Жавоб дастурнинг 20-30%ни ташкил қилади, саволларга жавоб йўқ. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирамаган. Вазиятли масалаларни еча олмайди. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажармайди.</p>

		Амалий кўникмани айтиб бера олмайди. <b>Мустақил иш шакли:</b> мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Конспект ва реферат учун материаллар тўпланмаган, таҳлил қилинмаган. Вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни еча олмайди.
--	--	--

### МУСТАҚИЛ ИШНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНИ: максимал 5 балл

№	Гуруҳчалар қуйидаги мезонлар бўйича баҳоланади	Баллар
1.	Мустақил иш мавзуси бўйича етарли миқдорда сифатли ахборотлар тўплаганлиги. Мустақил ишни тўлиқ ёритилиши ва мазмунини гапириб бериши.	1,5
2.	Мустақил иш MS Power Point кўринишида тайёрланган. Ундан ташқари Кейс стади график органайзерларидан фойдаланган.	2
3.	Талабанинг мустақил иши бўйича тақдимотини тинглангач мавзу бўйича гуруҳда талабалар томонидан “Мияни ишғол қилиш” интерактив методи орқали муҳокама ўтказилади.	1
4.	Фойдаланган манбалар рўйхатини таркиблаштирган. Иловалар келтирилган.	0,5
5.	Жами	5

### ТАЛАБА МУСТАҚИЛ ИШНИ БАҲОЛАШ

Талаба мустақил ишини ташкил этишда ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш;
- фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш.
- презентация қилиш.

Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш машғулотларни бевосита олиб борувчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талабанинг мустақил иши мустақил иш учун ажратилган максимал 5 балл ҳисобидан баҳоланади ва натижаси фан бўйича талабанинг умумий рейтингига киритилади.

Кафедра томонидан талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари факультет Илмий кенгашида тасдиқланган. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили (семестри) бошланиши олдида методик материаллар билан бирга тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтингининг 55% дан кам балл тўплаган талаба фтизиатрия фани бўйича ЯН га қўйилмайди.

Талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишларида муҳокама қилинади.

Талабанинг мустақил иши кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

### КЛИНИК МАШҒУЛОТНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНИ: максимал 50 балл

№	Гуруҳчалар қуйидаги мезонлар бўйича баҳоланади	Баллар
1.	Бириктирилган пациентдан анамнез йиғиш қоидаларига риоя қилиш ва физикал текширув ўтказиш техникаларини олиб боришда тўри ёндошган.	10
2.	Бемор муаммоларини тўғри аниқлай олди ва пациент муаммоларини приоритет бўйича таснифлашга асосланди.	10
3.	Туберкулёз ташҳисини қўйиш ва асослаб бериш, бемор парвариши режасини	10

	тўғри олиб бориши ва уни таҳлилини тўғри қабул қилиши.	
4.	Шошилиш ҳолатларда шифокордан олдинги тиббий ёрдам кўрсатиш, асосий муолажаларни бажариш.	10
5.	Парваришlash бўйича натижаларни тўғри расмийлаштириши, тақдимот тайёрлаши ва таҳлилга тайёргарлиги.	10
	ЖАМИ	50

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Кoeffицент	Саралаш бали
1.	Жорий баҳолаш	50	0,5	27,5
2.	Оралик баҳолаш	20	0,2	11,0
3.	Якуний баҳолаш	30	0,3	16,5
	ЖАМИ	100	1,0	55,0

### Амалий кўникмаларни баҳолаш мезонлари

	Амалий кўникмалар	Кoeffицент	Ўтиш бали (%)	Юқори балл (%)
1.	Туберкулин ёрдамида ташхис қўйиш (Манту синамаси)	0,1	5,5	10
2.	Бемордан балғам йиғиш	0,1	5,5	10
3.	Балғамни Цель-Нильсон усулида бўйлаш қоидаси.	0,1	5,5	10
4.	Беморни рентгенологик текширувга тайёрлаш	0,1	5,5	10
5.	ТБ-05 ни тўлдиришни кўрсатинг	0,1	5,5	10
6.	Беморни плеврал пункцияга тайёрлаш	0,1	5,5	10
7.	Орқа мия суюқлигини олиш қоидалари	0,1	5,5	10
8.	Кох синамасини ўтказиш	0,1	5,5	10
9.	Форма 058/У ва 089/У картасини тўлдириш қоидалари	0,1	5,5	10
10.	Туберкулёз беморларида химиопрофилактика усулларини санаб беринг	0,1	5,5	10
	Жами	1	55	100

### Дарсликлар, қўлланмаларнинг рўйхати

#### Асосий:

1. Рабухин А.Е. «Туберкулез органов дыхания», М., 1976.
2. «Туберкулез органов дыхания» под редакцией Хоменко А.Г., М., 1981.
3. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Клиника туберкулеза» М., 1997.
4. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Туберкулез касалликлари» Ташкент, 1999 г.
5. Визель А.А., Гурылева М.Э. «Туберкулез», М., 2000.
6. Адаптированные модули ВОЗ № 1-7 и 11 по стратегии ДОТС, 2005.

#### Қўшимча:

7. Убайдуллаев А.М. «Туберкулез касаллиги», Тошкент, 2005 г.
8. Ибрагимов М.А., Гурсунов В.И., Содиков А.С. «Туберкулез» (дарслик), 1999 г.
9. Перельман М.И., Корякин В.А. «Туберкулез», М., 1996 г.
10. Ганиев К.Г. «Туберкулез касаллиги» (учебник), Ташкент, 1995 г.
11. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявление туберкулеза легких», М., 1996 г.

12. Александрова А.В. «Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания», М., 1989 г.
13. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Противотуберкулезная работа в поликлинике», М., 1977 г.
14. Томан К. «Туберкулез: выявление и химиотерапия» Вопросы и ответы. Женева: ВОЗ, 1980 г.
15. Энарсон Д.А., Ридер Г.Л., Арнадоттир Т., Трибук А. «Организация борьбы с туберкулезом», Женева: ВОЗ, 2003 г.
16. Приказ № 383 Мин.Здрав. РУз. «О совершенствовании противотуберкулезной службы в Республике Узбекистан», Ташкент, 2017 г.
17. Интернет.
18. База данных ВЕБ библиотек.
19. ВИЧ – ТБ.

### **Фанни ўқитишда фойдаланилган “Замонавий педагогик усуллар”**

**“Уч босқичли интервью”, “Ақлий хужум”, “Ўргимчак тўри” усуллари, “Қор уюми”**

#### **“Уч босқичли интервью” усул**

##### **Босқичлар:**

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Хар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - хам “врач”харакатларини, хам “бемор” харакатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси характ тўғри бажарилган;
- қайси харакат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак.Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхишлаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг хаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни ахамияти ва узоқ муддат даволаниши хақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

**Бемор 34 ёшда. Оммавий флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида патологик соя аниқланган. Шикоятлари йўқ.**

**Объектив:** умумий аҳволи қониқарли. Ички аъзоларни текшириш натижалари меърида. Бронх ювиндисида МБТ топилмаган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи фиброз қаттиқлашган, петрификатлар. Ўнг ўмров ости соҳасида ўлчами 5 см бўлган, аниқ контурли, думалоқ фокуссимон, интенсив соя.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпка юкори бўлагининг туберкулемаси зичлашиш даври, ВК-	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпка раки , ўпка абсцесси, ўпка эхинококки	20	10-20	5-9	0
3	П Б	20	10-20	5-9	0
4	3 ой давомида химиопротифактика	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида химиопротифактика ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

### “Ақлий хужум” усули

#### Босқичлар:

1. Талабалар 2 гурухга бўлинади.
2. Кичик гурухларга (3-4 киши) саволлар берилади.
3. Гурух ичидаги муҳокамага 30' ажратилади.
4. Жавоблар ёзма равишда расмийлаштирилади.

Вазифа муҳокамасида хар бир талабани иштироки инобатга олинади. Талабалар ўқитувчи билан бирга хамма жавоб вариантларини фаол муҳокама қилишади. Нотўғри жавоблар ва нотўғри вариантлар танқидий баҳоланади.

Талабалар билимини мустахкамлаш мақсадида жавоб вариантлари ёзиб олиш учун берилади.

#### 1. Туберкулёз кузгатувчиси қачон ва ким томонидан аниқланган ва унинг тавсифи?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Туберкулёз кузгатувчиси 1882 йил немис олими Р.Кох томонидан аниқланган.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Туберкулёз кузгатувчиси томонлари юмалок бир оз эгик таёкча шаклига эга	20	10-20	5-9	0-4
3.	Туберкулёз кузгатувчиси протоплазмасида дончалар ёки гранулалар мавжуд	20	10-20	5-9	0-4
4.	Туберкулёз кузгатувчиси тубан организмлар –нурсимон замбуруглар ёки актиномицеталарга тааклуклидир.	30	20-30	5-19	0-4

#### 2. Туберкулёз кузгатувчисининг турларини санаб беринг, уларнинг қайси бири инсон учун эпидемиологик нуктаи назардан хавфлироқ. Туберкулёз кузгатувчисининг хусусиятларни айтиб беринг?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	А) инсонга хос тури. Б) корамолга хос тури. В) қушларга хос тури. Г) кемирувчиларга хос тури. Д) L-шакли.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Эпидемиологик нуктаи назардан инсонга хос тури вакорамолга хос тури энг хавфли хисобланади.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Туберкулёз кузгатувчиси турли хил кимёвий ва физик омилларга – паст ва юкори хароратга, намлик ва ёругликка анча	20	10-20	5-9	0-4

	чидамли хисобланиб, кислота ва спиртларга тургунлиги билан фаркланади.				
4.	Таъбиий шароитда куёш нури тушмай-диган жойларда улар узининг тириклик хусусиятини бир неча ойгача саклаб қолиши мумкин.	30	20-30	5-19	0-4

### 3.Туберкулёз таёқчасининг вирулентлиги деганда нимани тушунасиз ва у қандай аниқланади?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Вирулентлик –микобактериянинг патогенлик даражасидир	30	20-30	5-19	0-4
2.	Вирулентлик - экспериментал шароитда хайвонларни зарарлаб аниқланади.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Вирулентликнинг куйидаги даражалари фаркланади: – юкори вирулентли микобактериялар – хайвонларни зарарланиш вақтидан бошлаб 6 хафтагача булган муддат ичида нобуд килса. – кучли вирулентли- 45-90 кун мобайни-да нобуд килса. – урта вирулентли – 3-5ой мобайнида нобуд килса. – кам вирулентли - 5ойдан сунг нобуд килса	20	10-20	5-9	0-4
4.	Микобактериянинг вирулентлиги доимий булмайд, у айрим штаммларда узгариши мумкин.	30	20-30	5-19	0-4

### 4. Туберкулёз таёқчаси ўзгарувчанлиги деб нимага айтилади ва қандай омиллар ўзгарувчанликка олиб келади?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Ўзгарувчанлик – микобактериянинг нокулай шароитларга химоя реакцияси хисобланади.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Морфологик: микобактерия шаклининг узгариши: шохсимон, колбосимон ва х. Тинкториал: буёкли моддаларга узгарувчанлиги- Целю-Нильсен буйича буялмаслиги; кислота-ва спиртларга тургунликнинг йуқолиши.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Суъний мухитларда кузгатувчи колонияларининг морфологияси ва рангининг узгариши.Вирулентлик даражасининг узгариши.	20	10-20	5-9	0-4
4.	Ўзгарувчанликка олиб келади: а) нокулай шароитлар б) узок вақт специфик препаратларни тартибсиз қабул қилиш в) монотерапия г) препаратлар дозасини қамайиши	30	20-30	5-19	0-4

### 5. Туберкулёз микобактериясини аниқлаш усуллари айтиб беринг.

№	Жавоб	Мак балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарс из жавоб
1.	Микроскопик (оддий, флотация усули, люменистент микроскопия, электрон микроскопия)	30	20-30	5-19	0-4
2.	Бактериологик (Левенштейн–Йенсен мухити)	20	10-20	5-9	0-4
3.	Биологик (денгиз чучкачаларида)	20	10-20	5-9	0-4
4.	Молекуляр-генетик ПЦР, ИФА	30	20-30	5-19	0-4

### «Ўргимчак тўри» усули

Ўргимчак тўри усули талабалар дарснинг теоритик қисмини муҳокама қилиб бўлганларидан сўнг, ип ўрамни бир\*бирларига узатган холда (натижада ўргимчак тўри хосил бўлади) ўзлари мустақил тайёрлаган саволларга ўзлари жавоб беришга асосланган. Берилган савол ва жавобларнинг тўғрилигини ўқитувчи томонидан назорат қилинади.

#### Қадамлар:

1. **Ўтилган** мавзу бўйича талабалар саволлар тайёрлашига вақт берилади.
2. **Қатнашувчилар** айлана бўлиб ўтирадилар.
3. **Қатнашувчилардан** бирига ип ўрами берилади ва у ўзи тайёрлаган саволини беради (берилган саволнинг тўлиқ жавобини ўзи билиши керак), ипнинг бир учини ушлаган холда ип ўрамни хоҳлаган қатнашчига узатади.
4. **Ўрамни** олган талаба берилган саволга жавоб беради (бунда савол берган қатнашувчи жавобни шарҳлаб боради) ва у ҳам савол беради ҳамда эстафетани бошқа қатнашувчи давом эттиради. Барча қатнашувчилар ўргимчак тўрига тушмагунча савол жавоб давом эттирилади.
5. **Талабалар** савол бериб бўлгандан сўнг, ўрам ушлаб турган талаба, охириги савол берган қатнашувчига ўрамни қайтариб беради ва савол беради, бу жараён то ўрамни тўлиқ ўраб олгунча давом эттирилади.

**Эслатма:** талабаларга ҳар бир савол ва жавобга эътиборли бўлиш ҳақида огохлантириш керак, чунки улар кимга ип ўрами тушишини олдиндан билмайди.

### 13.2. Аналитик қисм.

#### Вазиятли масалалар:

1. 5 – ёшли бола. Тугруқхонада БЦЖ қилинган, поствакцинал чандик хосил бўлган. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси натижаси 1 ёшда – 10 мм, 2 ёшда – 8 мм, 3 ёшда – 6 мм, 4 ёшда – 4 мм, 5 ёшда – 10 мм.

1. Туберкулинограммани шарҳланг?
2. Сизнинг ташхисингиз.
3. Қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Текширув натижаларига қараб даво тактикаси.

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Мусбат нормэргик реакция	30	20-30	5-19	0
2	5 ёшда вираж.	30	20-30	5-19	0
3	Умумий кон ва сийдик тахлили. Кўкрак қафасининг обзор рентгенограммаси. Бронх ювиндисини туберкулёз таёқчаларига текшириш	30	20-30	5-19	0
4	Фтизиатр маслаҳати, СКДда назоратга олиш, химиопрофилактика	10	7-10	4-6	0

2. 30 та 12 ёшли болага Манту синамаси ўтказилган. 72 соатдан сўнг 18 тасига синама манфий, 3 тасида бўртмача 17-18 мм, 4 тасида 8 мм, 5 тасида 2мм.

1. Синама қўйишдан кўзланган мақсад.
2. Синама натижаларини шарҳланг.
3. Нормада 12 ёшда Манту синамасига қандай натижа олинади?
4. Манфий натижа олинган болаларга нисбатан муносабатсиз.
5. Мушбат натижа олинганларга қандай чора-тадбир кўрилади?

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Силни эрта аниқлаш, шахсларни ревакцинацияга саралаш.	30	20-30	5-19	0
2	18 та болада Манту синамасига манфий реакция, инфекция ва поствакцинал аллергия йўқлигидан далолат беради	20	10-20	5-9	0
3	Манфий	20	10-20	5-9	0
4	Ревакцинация	10	7-10	4-6	0
5	Фтизиатр консультацияси	20	10-20	5-9	0

3. Бола 5 ёшда. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва хулқининг ўзгариб қолганига, ланжлик, йиғлокилик, кечқуришлари тана ҳароратининг субфебрилгача кўтарилиши. 3 ой аввал туберкулёз билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлган. Об'ектив текширилганда: озғин, тўқималар турғари камайган, периферик тимфа тугунлари катталашган, эластик консистенцияли. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси -14 мм. Рентгенологик: ўпка майдонларида патологик соялар йўқ, илдиз кенгайган.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Туберкулёз интоксикациясининг эрта даври	30	20-30	5-19	0
2	Тонзиллит, гижжа инвазияси, тиреотоксикоз, вегетоневроз, ўткир респиратор касалликлар	20	10-20	5-9	0
3	І А	20	10-20	5-9	0
4	Стационар шароитда учта АБП билан даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтидаги самарали даво ижобий натижа беради	20	10-20	5-9	0

### 13.3. Амалий қисм

#### Бактериоскопия (балғамни МБТга текшириш).

**Мақсад:** материалларни (балғам, сийдик, плеврал суюқлик, орқа мия суюқлиги) туберкулёз микобактерияси мавжудлигига текшириш усулини ўзлаштириш

**Ўтказилиш жойи:** лаборатория

**Жихозланиши:** буюм ойначалари, реактивлар: 1% ли карболли фуксин, 3% ли хлорид кислотанинг 96° спиртдаги эритмаси, 1% ли метилен кўки, спирт лампаси, микроскоп, иммерсион мой.

#### Бажаришлар кетма-кетлиги



№	Боскичлар	Бажара олмади (0 балл)	Тўлиқ бажарди (100 балл)
1	<b>Текширилаётган материал</b> (орқа мия суюқлиги, сийдик, ахлат, балғам ва бошқ.) томчиси буюм ойначасига томизилади ва металл ёки ёғоч таёқча билан юпка қилиб сурилади.	0	10
2	<b>Суртма хона</b> ҳароратида тўлиқ қурилади	0	10
3	<b>Спирт лампаси</b> устида суртмани 2-3 марта фиксацияланади	0	10
4	<b>Фиксацияланган суртмага</b> ўлчами буюм ойначаси ўлчамидан ошмайдиган фильтр қоғоз кўйилиб, 1% ли карбол фуксини томизилиб буғ пайдо бўлгунча секинлик билан қиздирилади.	0	10
5	<b>Препарат 5 дақиқага</b> қолдирилади.	0	10
6	<b>Фуксинли қоғоз</b> олиб ташланиб сув билан чайилади	0	10
7	<b>Суртма 3% ли хлорид кислотали</b> спирт билан 3 дақиқа рангсизлантирилади.	0	10
8	<b>Препарат</b> сув билан яхшилаб ювилади.	0	10
9	<b>Суртма 3-5 дақиқа давомида</b> 1% ли метилен кўки билан бўялади.	0	10
10	<b>Микроскоп остида МБТ</b> кўк фонда қизил таёқчалар шаклида кўринади. 100 та кўрув майдони кўрилади.	0	10
	<b>Жами</b>	0	100

#### 14. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

#### “Қор уюми” усули

Бу усулда талабалар 2, 4, 8 кишидан иборат гуруҳга бўлиниб, мулоҳаза юришади. Бу услубнинг яхти томони шундаки, кам куч сарфлаб гуруҳ орасидагитафовутни текислаш. Ўқитувчи талабаларга муаммони мустақил ҳал қилишни таклиф қилади.. Майда гуруҳлар ўзаро муҳокамадан сўнг, яъни агар 4 гуруҳга бўлинган бўлса муҳокамадан сўнг гуруҳлар 2 гуруҳга бирлашиб, яна муҳокама қилиб бир бутин катта гуруҳга қўшилиб боради. Натажада яхши яхши алоҳида муҳокама қилинган умумий фикрҳосил қилинади. Бу усулда ҳар бир талаба ишлаш давомида ўз фикрини беришга ҳаракат қилади.

Услубнинг моҳияти жиҳатдан устунлик томонлари:

- Ҳар бир талаба ўзи масалани ҳал қилади.
- Мулоҳаза даврида ҳар бир кичик гуруҳ ўз жавобини асослашга ҳаракат қилади.

#### «Ротация» усули

Гуруҳни кичик гуруҳларга бўлиб уларга бир нечамуаммоли савол ёки вазиятли масала берилади. Ҳар бир кичик гуруҳ 10 дақиқа давомида ўз жавобини ёзиб кейинги саволаг

ўтади. Охиригача барча саволларга жавоб ёзилади. Ёзилган жавоблар муҳокамақилиниб тўғри жавоб танланади. Кўргазмали плакатдан фойдаланилади.

### «Зайф ҳалқа» усули

Гуруҳдаги талабалар доира шаклини посил қилиб ўтиришади. Талабаларга набат билан мавзу юзасидан тез ва қисқа жавоблар талаб қилинадиган саволлар берилади. Саволга жавоб бера олмаган талаба ўйиндан чиқади. Энг охирида қолган талаба кўп саволларга тўғри жавоб берган балади.

### “Ким эпчил, ким зукко” усули.

Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси:

#### **Иш учун зарур:**

1. Мавзу бўйича ёзилган саволлар ёзилган карточкалар (карточкалар сони гуруҳдаги талабалар сонига тенг; ҳар бир карточкада 5 тадан савол бор).
2. Секундомер.

#### **Ишнинг бориши:**

1. Ўйин юзаки тарзда ўтказилади
2. Талабалар навбат билан саволли карточкаларни тўпламдан суғуриб оладилар.
3. Ҳар бир талаба 3 дақиқа давомида карточкада ёзилган саволлар тўпламига (5) оғзаки жавоб беради.
4. Ўқитувчи тўғри жавоблар сонини ҳисоблайди.
5. Ўйинда барча талабалар қатнашадилар
6. Ўйиннинг умумий вақти 45 дақиқа
7. Тўғри жавоблар берилмаган саволлар муҳокама қилинади.
8. Талабаларнинг жавоблари куйидаги шаклда баҳоланади:  
5 та тўғри жавоб – 100 балл  
4 та тўғри жавоб- 80 балл  
3 та тўғри жавоб- 60 балл  
2 та тўғри жавоб- 40 балл  
1 та тўғри жавоб- 20 балл  
0 та тўғри жавоб- 0 балл
9. Талабалар олган балл машғулотнинг жорий баҳосини кўйишда ҳисобга олинади.
10. Журналнинг пастки қисмида иш ўйиннинг ўтказилганлиги ҳақида маълумот гуруҳ сардорининг имзоси билан белгиланади.

### “Чархпалак” усули.

Машғулот қўлланадиган интерактив усуллар технологияси:

**Технологиянинг тавсифи.** Бу интерфаол усул талабаларни ўтилган мавзулар натижасида ўрганган амалий кўникмаларини мантиқан фикрлаб, берилган саволларга мустақил равишда тўғри жавоб беришга ва ўз-ўзини баҳолашга ўргатишга ҳамда қисқа вақт ичида ўқитувчи томонидан барча талабаларнинг эгаллаган билимларини баҳолашга қаратилган.

**Технологиянинг мақсади:** талабаларни дарс жараёнида мантиқий фикрлаш, ўз фикрини мустақил равишда эркин баён эта олиш, ўзларини баҳолаш, яқка ва гуруҳлардаишлалашга, бошқалар фикрига ҳурмат билан қарашга, кўп фикрлардан кераклисини танлаб олишга ўргатишиш.

#### **Машғулотга фойдаланилган воситалар:**

Тарқатма материаллар (вазоятли ва муаммоли масалалар)  
Рангли қалам (ёки фламастер) лар.

#### **Машғулотни ўтказиш тартиби:**

Талабаларни (шароитга қараб) гуруҳларга ажратиш;

Талабаларни машғулотни ўтказишга қўйилган талаблар ва қоидаларбилан таништириш тарқатма материалларни гуруҳ аъзоларига тарқатиш.

Гуруҳ аъзолари томонидан яқка ҳолда мустақил равишда тарқатма материаллардаги вазифалар бажарилади;

Ҳар бир гуруҳ аъзоси ишлаган тарқатма материалларнинг юнг бурчагига гуруҳ рақамини ёзади, чап бурчагига эса ўзининг бирон бир белгисини чизиб қўяди

Вазифа бажарилган тарқатма материаллар бошқа гуруҳларга «чархпалак айланмаси» йўналишида алмаштирилади;

Янги гуруҳ аъзолари томонидан берилган материаллар ўрганилади ва ўзгартиришлар киритилади;

Жавоблар ҳамма гуруҳлар назоратидан ўтгунча ўйин давом эттирилади

Сўнг ҳар бир гуруҳ ўз белгисини қўйган қоғозларни олади ва билдирилган фикрлар муҳокама қилинади.

### **Асалари уяси усули.**

Ушбу усул муаммони бутун гуруҳ билан ёки 2 гуруҳга бўлиниб ҳал этиш учун мўлжалланган. Топшириқ ҳар хил бўлиши ёки 1 та топшириқ бутун гуруҳга берилиши мумкин, 10-15 минутга гуруҳ муаммони ечиш йўлини таҳлил қилиб, ҳамкасбларига маъруза қилади ва энг яхши вариант танланади. Кўргазмали плакатлардан фойдаланилади. Слайдлар, мултимедиялардан фойдаланилади

### **“Мия штурми” усули.**

Усулнинг асосий қоидалари:

-фикрларни тузишга ҳалақит берадиган ҳеч қанақанги оғоҳлантириш ишлари крикикалар бўлмаслиги

-агар фикр қанчалик ғайритабиий бўлса, шунча яхшилигини инобатга олиш

-кўпроқ таклифлар олишга ҳаракат қилиш

-фикрларни комбинациялаш ва ривожлантириш

-кенг асослаб бермай, қисқа таъриф бериш

-гуруҳнинг фикрларини айтадиган ва қўйта ишлайдиганларга бўлиш

Ушбу усул талабаларга ўз фикрини асослаш, ҳимоя қилиш, мустақил фикрлаш қобилиятини ошириш. Кўргазмали плакатлардан фойдаланилади

### **Оралик ва якуний баҳолаш саволлари.**

1.Туберкулёз касаллиги этиологияси, юқиш йўллари, тарқалиши.

2.Манту синамаси қўйиш техникаси, натижалари.

3.Сурункали диссеминацияли ўпка сили, кечиши, даволаш.

4. Бирламчи туберкулёз патогенези.

5.Туберкулёз таёқчасини ташқи муҳитга чидамлилиги.

6.Ўчоқли ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўриниши, даволаш.

7.Туберкулёз таёқчисининг организмга юқиш йўллари ва тарқалиши.

8.Бирламчи силга изох беринг.

9.Диссеминацияли ўпка силининг миляр формасига изох беринг

10. Бирламчи ташхисни асослаш.

11.Туберкулин ёрдамида ташхис қўйиш.

12.Кавернозли ўпка сили, клиник кўриниши ва даволаш.

13.Манту синамаси қўйиш техникаси, натижалари.

14.Бирламчи туберкулёз комплекси, компонетлари ва даволаш.

15.Инфилтратив ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўринишлари.

16.Туберкулёз билан касалланган беморларда қон ва сийдикдаги ўзгаришлар.

17. Силнинг клиник классификацияси.

18. Инфилтратив ўпка силининг рентгенологик кўринишлари ва патанатомик тузилиши.

19. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
20. “Виравж” нима ва унга изоҳ беринг.
21. Фиброз - кавернозли туберкулёз клиникаси ва даволаш усуллари.
22. Туберкулёз интоксикацияси, кечиши ва даволаш усуллари.
23. Манту синамаси қўйиш техникаси, натижалари.
24. Каверноз ўпка туберкулёз кечиши ва рентгенологик кўриниши.
25. Туберкулёз таёқчисининг организмга юқиш йўллари ва тарқалиши.
26. Иккиламчи туберкулёз патогенези.
27. Туберкулёмаларнинг патоморфологик кўринишлари ва даволаш.
28. Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
29. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, турлари, килиник кечиши, даволаш.
30. Инфилтратив силнинг клиникаси ва рентгенологик кўриниши.
31. Туберкулёз касаллиги этиологияси, юқиш йўллари, тарқалиши.
32. Туберкулёз беморларини жарроҳлик даволаш усуллари.
33. Инфилтратив ўпка сили клиник кечиши, даволаш.
34. Бирламчи силга изоҳ беринг.
35. Туберкулёз беморларни консерватив даволаш.
36. Туберкулёз менингити клиник кечиши, даволаш.
37. Бирламчи туберкулёз комплекси, компонетлари ва даволаш.
38. DOTS дастури тоифалари ва унинг вазибалари.
39. Фибринозли плеврит, клиник ва рентгенологик кўриниши.
40. Туберкулёз интоксикацияси, клиник кўриниши ва даволаш.
41. Туберкулёз менингитида эндолюмбал пункция ва орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар.
42. Деструктив туберкулёз формаларига изоҳ беринг, кавернозли ўпка сили, клиник кечиши ва даволаш.
43. DOTS дастури бўйича балғам йиғиш техникаси.
44. Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
45. Туберкулёмаларнинг патоморфологик кўринишлари ва даволаш.
46. Абрикосов ва Ашофф - Пуль ўчоқларига изоҳ беринг.
47. Инфилтратив ўпка силининг рентгенологик кўринишига изоҳ беринг.
48. Туберкулёз менингитини клиник кўриниши ва даволаш.
49. Кох феноминига изоҳ беринг.
50. DOTS бўйича даволаш фазалари ва категориялари.
51. Милиар ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўриниши.
52. Бирламчи туберкулёз патогенези.
53. DOTS бўйича химиятерапия усули.
54. Казеозли туберкулёз зотилжамига изоҳ беринг.
55. Туберкулин таркиби ва қўлаш техникаси.
56. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
57. Туберкулёманинг клиникаси ва патанатомик кўриниши.
58. БЦЖ, таркиби ва қўлаш техникаси.
59. Туберкулёз микобактериясига изоҳ беринг.
60. Эксудатив плеврит, суюқик йиғилиши механизими, даволаш.
61. Туберкулёз касаллигида иммунитет ва аллергия.
62. Ўчоқли ўпка сили, клиник кечиши ва рентген кўриниши, даволаш.
63. Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
64. Манту синамасига кўрсатма ва қарши кўрсатма.
65. Habitus ftizicus га изоҳ беринг.
66. 2(3)HRZE (S) - 4Н3R3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изоҳ беринг.
67. Иккиламчи туберкулёз патогенези.
68. Диссеминацияли ўпка силига изоҳ беринг.
69. Силнинг махсус профилактикаси.
70. Туберкулёз таёқчасининг типик ва атипик турларига изоҳ беринг.
71. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, клиник кечиши рентген кўриниши ва даволаш.

72. 3(4)HRZE(2)S - 5H3R3E3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изох беринг.
- 73.Туберкулёз касаллиги этиологияси, юқиш йўллари, тарқалиши.
- 74.Инфилтратив ўпка сили клиник кечиши, даволаш.
- 75.Туберкулёз беморларини умумий даволаш усуллари.
- 76.Туберкулёз таёқчасининг озикланиши, кўпайиши, тузилиши.
- 77.Манту синамаси кўйиш техникаси, натижалари.
- 78.Сурункали диссеминацияли ўпка сили, кечиши, даволаш.
- 79.Туберкулёз таёқчасини ташқи муҳитга чидамлилиги.
- 80.Ўчоқли ўпка сили,клиник кечиши,рентген кўриниши,даволаш.
- 81.Диспансер тузилиши, вазифалари.
- 82.Силнинг бирламчи патогенези.
- 83.Кавернозли ўпка сили,клиник кечиши,рентген кўриниши,даволаш.
- 84.Туберкулёз беморларни консерватив даволаш.
- 85.Силнинг иккиламчи патогенези.
- 86.Диссеминацияли ўпка силининг миляр формасига изох беринг.
- 87.Силнинг махсус профилактикаси.
- 88.Бирламчи силга изох беринг.
- 89.Туберкулёз менингити клиник кечиши, даволаш.
- 90.Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
- 91.Туберкулёз таёқчисининг организмга юқиш йўллари ва тарқалиши.
- 92.Циррозли ўпка силининг рентген кўриниши ва даволаш.
- 93.Плевра силига изох беринг, даволаш.
- 94.Бирламчи ташхисни асослаш усуллари.
- 95.Туберкулин ёрдамида ташхис кўйиш.
- 96.Кавернозли ўпка силининг аускультатив ва перкуторбелгилари.
- 97.Туберкулёз интоксикацияси,клиник кўриниши ва даволаш.
- 98.Фибринозли плеврит, клиник ва рентгенологик кўриниши.
- 99.Диспансер вазифалари.
- 100.Манту синамаси кўйиш техникаси,натижалари.
- 101.DOTS дастури ва унинг моҳияти.
- 102.Ўткир ости диссеминацияли ўпка силининг клиник ва рентгенологик кўриниши.
- 103.Бирламчи туберкулёз комплекси,компонетлари ва даволаш.
- 104.Инфилтратив ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўринишлари.
- 105.Плеврал пункция техникаси.
- 106.Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили,турлари,клиник кечиши,даволаш.
- 107.Туберкулёз билан касалланган беморларда қон ва сийдикдаги ўзгаришлар.
- 108.Кавернозли ўпка сили клиник кўриниши ва даволаш усуллари.
- 109.Силнинг клиник классификацияси
- 110.Эксудатив плеврит,клиник кечиши даволаш.
- 111.Туберкулёз беморларини сихатгоҳларда даволаш.
- 112.Деструктив туберкулёз формаларига изох беринг, клиник куруниши ва даволаш усуллари.
113. DOTS дастури нима ва унинг вазифалари.
- 114.Туберкулёз менингитида эндолюмбал пункция ва орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар.
- 115.DOTS дастури бўйича балғам йиғиш техникаси.
- 116.Туберкулёмаларнинг патоморфологик кўринишлари ва даволаш.
- 117.Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
- 118.Абрикосов ва Ашофф-Пуль ўчоқларига изох беринг.
- 119.Туберкулёз менингитини клиник кўриниши ва даволаш.
120. Инфилтратив ўпка силининг рентгенологик кўринишига изох беринг.
- 121.Кох феноминига изох беринг.
- 122.Миляр ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўриниши.
123. Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
- 124.Туберкулёз беморларини рентгенологик текшириш усуллари.

125. Фиброз-каверноз ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўриниши ва даволаш.
126. DOTS дастури бўйича даволаш фазалари ва тоифалари.
127. Силнинг бирламчи патогенези.
128. Казеозли туберкулёз зотилжамига изоҳ беринг.
129. DOTS дастури бўйича химиятерапия усули.
130. Туберкулёз касаллигини келтириб чиқарувчи омиллар ва эпидемиологик кўрсаткичлар.
131. Туберкулёз касаллигида иммунитет ва аллергия.
132. DOTS дастури тамойиллари ва мақсади.
133. Фтизиатрия хизматида Ибн Сино ва Гиппократ хизматлари.
134. Бирламчи туберкулёз комплекси, компонентлар ва даволаш.
135. Йирингли плевритга кечиши ва даволаш усуллари.
136. Силнинг килламчи патогенези.
137. "Вираз", унга таъриф беринг.
138. DOTS дастури бўйича балғам текшириш усуллари.
139. Туберкулин таркиби ва қўлаш техникаси.
140. Силнинг бирламчи патогенези.
141. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
142. БЦЖ, таркиби ва қўлаш техникаси.
143. Туберкулёз микобактериясига изоҳ беринг.
144. Эксудатив плеврит, суюқлик йиғилиши механизми, даволаш.
145. Туберкулёз касаллигида иммунитет ва аллергия.
146. Ўчоқли ўпка сили, клиник кечиши ва рентген кўриниши, даволаш.
147. Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
148. Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
149. Силнинг клиник классификацияси.
150. Инфилтратив ўпка сили клиник кечиши ва рентген кўринишлари.
151. Манту синамасига кўрсатма ва қарши кўрсатма.
152. Бирламчи туберкулёз комплекси, компонентлари ва даволаш.
153. 2(3)HRZE (S) 4H3R3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изоҳ беринг.
154. Туберкулёз таёқчасининг типик ва атипик турларига изоҳ беринг.
155. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, клиник кечиши рентген кўриниши ва даволаш.
156. 3(4)HRZE (2)S 5H3R3E3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изоҳ беринг.
157. Силнинг килламчи патогенези.
158. Диссеминацияли ўпка силига уткир формаси, кечиши ва даволаш.
159. Силнинг махсус профилактикаси.
160. Туберкулёз беморларидан анамнез йиғиш, эрта ва кечки клиник белгилар.
161. Кавернозли ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўриниши ва даволаш.
162. DOTS дастури бўйича балғам йиғиш техникаси.
163. Туберкулёз интоксикацияси, кечиши ва даволаш усуллари.
164. Фиброз-кавернозли ўпка сили, клиник ва рентгенологик кўринишлари.
165. Туберкулёз беморларини умумий даволаш усуллари.
166. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
167. Казеозли туберкулёз зотилжамига изоҳ беринг.
168. Силнинг махсус профилактикаси.
169. Туберкулёз қўзғатувчиси этиологияси, юқиш йўллари, организмга тарқалиши.
170. Туберкулёз плеврити клиник кечиши ва ташхис қўйиш.
171. "Вираз" унга изоҳ беринг.
172. Силнинг клиник классификацияси.
173. Туберкулёз менингити, клиник кечиши ва даволаш усуллари.
174. DOTS дастури ва тамойиллари.
175. Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
176. Циррозли ўпкасили клиник кечиши ва даволаш.
177. DOTS дастури бўйича химиятерапия усулида даволаш.

178.Силда иммунитет ва аллергия.

179.Эрлих туртлигига изох беринг.

180.Силнинг санитар профилактикаси.

### Тест саволлари.

<b>Одам туберкулёз микобактериялари билан қўйидаги йўл билан захарланади.</b>	аэроген, алиментар, контакт	конгенитал	лимфоген, бронхоген	гематоген йул билан
<b>Организмда туберкулёз микобактериялари қўйидагича тарқалади.</b>	гемотаген, лимфоген, бронхоген	аэроген	контакт	лимфаген
<b>Силнинг эрта,барвақт кўринадиган белгилари.</b>	субфебрил температура, терлаш,киска йутал,иштаха пастлиги,ориклаш, тез чарчаш	бошда оғрик,бурун тикилиши,кўзда н ёш чиқиши	юқори температура, хансираш,кўқариш, йутал,сассик хидли балғам тупуриш	қалконсимон безнинг катталашуви, тез кузғалувчанлик, йиғлокилик
<b>Силнинг кечиктирилган оғир белгилари.</b>	кон тупуриш балгамли йўтал кўп терлаш,кўкрак қафасда оғрик,хансираш	юз, лаб шишиши акроцыаноз гепатомегалия	қоринда кучли оғрик субэктерия тери кичиши қориннинг катталашуши	кўп терлаш,камқувв атлик
<b>Битонал-йўтал қандай белги ҳисобланади.</b>	сикилиш симптоми ҳисобланади	перкуссия белгиси ҳисобланади	рентгенологик белги ҳисобланади	аускултатив белги
<b>Битонал йўтал қайси текшириш усулида аниқланади;</b>	сикилиш симптоми	перкутор	аускультатив	рентгенологик
<b>Эпидемиологик кўрсаткичларни санаб ўтинг.</b>	Касаллик,касаллан иш,ўлим,захарлан иш	Касаллик,касалл аниш,захарлани ш	Юкумлилик,касалл аниш,захарланиш	Захарланиш,ули м,касалланиш,ю кумлилик
<b>Эпидемиологик жихатдан хавфли омилларни кўрсатинг.</b>	фаол ўпка сили билан касалланган одам ва қорамол	Фаол туберкулёз билан касал одам	Фаол туберкулёз билан касалланган қушлар ва қорамол	Нофаол ўпка сили билан касал одам
<b>Поствакцинал лимфаденитда абцессланиш даврида қандай эритмадан фойдаланилади</b>	салюзидни 5 фоизли эритмаси	Вишневский мази	изониозидни 2 фоизли эритмаси	ҳеч қандай эритмадан фойдаланилмай ди
<b>Поствакцинал лимфаденитлар эмлангандан кейин юзага келади</b>	2-3 ой	6-8 ой	15-20 кун	1-2 йил
<b>Поствакцинал лимфаденитда боланинг умумий ҳолати қандай булади</b>	узгармайди	тана харорати юқори булади	интоксикация белгилари кучли ривожланган булади	лимфа тугунлари катталашади
<b>Эмлаш қачон утказилади</b>	тугрукхонада 5-7 кунда	7 ешда	11-12 ешда	хар йили 1 марта
<b>Эмлашдан кейин қачон иммунитет ҳосил булади</b>	6-8 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	3-5 ҳафтадан кейин	6 ойдан кейин
<b>Эмлашнинг курсатмалари қўйидагилар</b>	соғлом тулик тугилган чакалоқларда	тана харорати баланд болаларга	тугурук травмаларида	сариклик б-н чакалоқларда
<b>Қайта эмлаш қачон қилинади</b>	туберкулёз синамаси 2 Т Б	"Виразж" кузатилган	силнинг асоратлари қолган	утқир юкумли касалликларда

	манфий булган соглом болалар ва усмирларда хар 5-7 йилда	болаларда	усмирларга	
<b>Бирламчи химиопротифактика кимларга качон утказилади</b>	туберкулёз б-н захарланмаган туберкулёз касали фаол булган беморлар б-н мулокотда булган	туберкулёз инфекцияси тушган одамларга касалликнинг олдини олиш у-н	туберкулёз процессини аниклаш у-н	туберкулёз процессини локализациясин и топиш у-н беморларга утказилади
<b>Иккиламчи химиопротифактика качон утказилади</b>	туберкулёз инфекцияси б-н захарланган соглом одамларга утказилади	фаол туберкулёз касали б-н мулокотда буладиган туберкулёз б-н захарланмаган соглом одамларга	туберкулёз беморларга рецедив булмаслиги у-н	туберкулёз процессини активлигини пасайтириш у-н
<b>Протифактика турлари</b>	химиопротифактика, социал, санитар, специфик	социал, санитар, протифактик	социал, химиопротифактика, санитар	специфик, социал, химиопротифактика
<b>Б Ц Ж-билан эмлаш каерга ва канча дозада килинади</b>	0,1 мл-(0,05мг)- чап елкада килинади	0,2мг унг елкада килинади	1,5мг-чап елкада килинади	2ТБ- билакда килинади
<b>БЦЖ-вакцинаси билан эмлашнинг курсатмалари:</b>	соглом, 2500гр тугилган чакалоктар	тери касалликлари	иммунодефицит холат	чала тугилган, жароҳат олган болалар
<b>Б.Ц.Ж. билан эмлаш каерга ва канча дозада килинади;</b>	0,05 мг чап елкага	0,2 мг унг елкага килинади	2 ТБ 0,1 мг унг елкага	0,025 мг чап елкага
<b>БЦЖ вакцинасини 1-чи булиб ким томонидан ишлаб чикилган</b>	Кальмет	Чон	Воробьев	Шмелева
<b>Калмет нечанчи йилда БЦЖ вакцинасини ихтиро килган</b>	1914й	1907 йй	1936й	1948й
<b>Музлатилган БЦЖ вакцинаси ким томонидан топилган</b>	Лещинская-Вакенгут	Сукуненка-Воробев	Доролекова, Шмелева	Маслякова
<b>Музлатилган БЦЖ вакцинаси Лашинская ва Вакенгут томондан нечанчи йилда аникланган</b>	1941 й	1948 й	1914 й	1933 й
<b>БЦЖ вакцинасининг бир марталик дозасида канча тирик микробактерия булади</b>	500000-600000 та	50-100 та	200000-300000 та	1-2 минг та
<b>БЦЖ вакцинаси куритилганда 1-марталик дозасини бирлиги нечага тенг булади</b>	0,05 мг	1-2 мг	0,003 мг	0,01 мг
<b>БЦЖ вакцинасини организмга юборишнинг энг яхши усули кандай</b>	тери орасига юбориш	энтерал йул	тери устига юбориш	тери ичига юбориш
<b>БЦЖ вакцинасини организмга юборишни кандай усуллари мавжуд булган</b>	нафас йулига томизиш, тери ости, тери ораси, энтерал	тери орасига, тери остига	энтерал, тери ости, тери усти	бурунга томишиш
<b>БЦЖ вакцинасини тери орасига юбориш нечанчи йилдан бошлаб бизнинг мамлакатда кулланилган</b>	1938 й	1976й	1955 й	1949 й



<b>Суюлтирилган БЦЖ вакцинаси одам организмга канча микдорда юборилади</b>	0,1 мл	0,02 мл	0,5 мл	1 мл
<b>Курук БЦЖ вакцинасини суюлтириш учун кандай эритма аралаштирилади</b>	физиологик эритма 0,9 фоизни	новокаин 0,5 фоиз	глюкоза 5 фоизли	хамма эритма билан
<b>БЦЖ вакцинасининг бир марталик дозаси канчага тенг</b>	0,1 мл	0,02 мл	0,2 мл	0,5 мл
<b>БЦЖ вакцинаси ампула очилгандан сунг канча вақтгача ишлатишга ярокли хисобланади</b>	2-3 соат	1-2 ой	30-60 соат	8-10 соат
<b>БЦЖ билан эмланганларда канча вақтдан кейин иммунитет хосил булади?</b>	1,5-2 ой	10-15 кун	6-8 ой	1 йил
<b>БЦЖ вакцинаси кимларга утказилади</b>	Соғлом чакалоқларга 5-7 кунда	болаларда	карияларда	хамма ешда
<b>БЦЖ вакцинаси билан эмланган соҳада неча стадияда кечади</b>	4 та	3 та	2 та	5 та
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин неча фоиз асоратлар колдиради</b>	0,01 - 1 фоиз	5-8 фоиз	10-20 фоиз	30-50 фоиз
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин кандай асорат куп учрайди</b>	совук абцесслар	аллергик реакциялар	тана хароратининг кутарилиши	хамма холатлар
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин кайси регионар лимфа тугунлари асорат сифатида катталашади</b>	хамма лимфа тугунлари	буйин лимфа тугунлари	чов ва буйин	култик ости ва чов
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин хосил булган совук абцесслар канча вақтдан кейин сурилиб кетади</b>	2-3 ой	15-20 кун	8-10 ой	3-5 кун
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин кандай асоратлар кузатилади</b>	абцесс,юза яра,поствакционал лимфаденит,келлоид чандик	абцесс,юза яралар, окмалар	узгаришлар кузатилмайди	юза яралар, абцесс
<b>БЦЖ вакцинацияси кабул килган бола неча йилгача соғлом булган</b>	5,5-6 йилгача	2-3 йилгача	10-12 йилгача	3-5 йилгача
<b>БЦЖ вакцинациясини кандай шароитда саклаш керак</b>	коронги жойда	шинам жойда	совук жойда	хамма жойда
<b>Туберкулёз интоксикацияси генези буйича кайси туберкулёз формасига киради</b>	бирламчи силнинг долокал формаси	бирламчи силнинг локал формаси	иккиламчи силнинг кичик формасига	хеч кайси турига кирмайди
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрнинг тактикаси;</b>	фтизиопедиатрга йуланма бериш	болани уй шароитида изоляция килиш	антибиотиклар билан даволаш	химиотерапия курсини 15 кун ўтказиш
<b>Туберкулёз интоксикациясида конда кандай ўзгаришлар кузатилади</b>	Эозинофилия,нейтрофиллар чапга силжиган,СОЭ юкори,лимфопени я	Эозинофилия,С ОЭ юкори,лейкопения	Конда узгаришлар деярли йук	Лейкоцитоз

<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги узгаришлар</b>	рентгенда узига хос узгаришлар йук	Кукрак кафаси лимфа безлари катталашган	Упканинг хамма жойида яллигланиш учоклари куринади	Кукрак кафаси лимфа безлари каттиклашган
<b>Бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади</b>	4-6 ой	3-4 ой	8-12 ой	даволанмаса хам булади
<b>Тез ўсувчи атипик микобактериялар кўпрок қайси аъзони зарарлайди</b>	мия моддасини	лимфа тугун	ўпкани	суяк-бўғимни
<b>Микобактерия микроскопда қандай ҳолатда кўринади</b>	бош ва дум қисми бироз букилган ва қалинлашган	тўғри кўринади	бош қисми бироз букилган,ингичка	вергулсимон жуда ингичка бўлиб кўринади
<b>Микобактерияни узунлиги қанча</b>	0,8-8 мм мк	0,3-0,5 мм мк	5-15 мм мк	0,8-3 см
<b>Микобактерияни эни қанча</b>	0,1-0,6 мм мк	1-8 мм мк	1-2 см	10-15 мм мк
<b>Микобактерия "Tuberculosis" кимларга касаллик чиқаради</b>	одамларда	сичқонларда	паррандаларда	хаммага
<b>Микробактерия "bovis" кимларга касаллик чақиради</b>	қорамолларга	қуенларга	қушларга	сичқонларга
<b>Микобактерия "avium" кимга касаллик чақиради</b>	паррандаларга	қорамолларга	қуенларга	денгиз чўчқасига
<b>Микобактерия "mikoti" кимларга касаллик чақиради?</b>	дала каламушларига	қорамолларга	паррандаларга	қушларга
<b>Балғам ким томонидан йиғилади</b>	хамшира	Врач	Кичик тиббий ходим	Махсус СЭС ходими
<b>Туберкулёз клиникасида сан эпид тартиб нимага асосланган</b>	Касалликнинг юқумлилиги турига	Касаллик белгиларига	Касалликнинг жойлашган ўрнига	Беморнинг умумий аҳолига
<b>БЦЖ вакцинасида кейин неча фоиз асоратлар колдиради</b>	0,01 - 1 фоиз	5-8 фоиз	10-20 фоиз	30-50 фоиз
<b>БЦЖ вакцинасида кейин қандай асорат куп учрайди?</b>	совук абцесслар	аллергик реакциялар	тана хароратининг кутарилиши	хамма холлатлар
<b>БЦЖ вакцинасида кейин қайси регионар лимфа тугунлари асорат сифатида катталашади</b>	хамма лимфа тугунлари	буйин лимфа тугунлари	чов ва буйин	култик ости ва чов
<b>Иммунитет нима</b>	Қутқармоқ	Озод этмоқ	Ҳимоя воситаси	Парчаламоқ
<b>Силда қанақа иммунитетлар фарқланади</b>	Туғма ва ҳаёт давомида орттирилган	Туғма иммунитет	Ҳаёт давомида орттирилган	Сунъий туғма
<b>Ҳаёт давомида орттирилган иммунитет қанақа турларга бўлинади</b>	табиий ва сунъий	Туғма ва табиий	Оттирилган	Сунъий
<b>Сунъий иммунитет қандай пайдо бўлади</b>	Туберкулёз инфекциясини юктириш натажасида	Ўз-ўзидан ҳосил булади	Патоген микробларни юктириш	Табиий иммунитет натажасидан
<b>Табиий иммунитет қандай пайдо бўлади</b>	Туберкулёз ифекциясини организмга табиий юктириш	Туберкулёз инфекцияси ўзи ривожлвниб ҳосил бўлади	Сунъий тарзда ривожланади	Органимда туберкулёз микроблари булади
<b>Иммунитет реакциялари асосий феноменларга</b>	Гуморал, хужайравий,	Толерантлик, гуморал,	Гуморал, хужайравий,	Хужайравий, толерантлик,

қайсилар киради	толерантлик, иммунологик, аллергия	хужайравий, толерантлик, аллергия	толерантлик, иммунреакция, аллергия	иммунологик, аллергия, лимфоцитар
Иммунитетнинг асосий марказий аъзо қаерда жойлашган	Айрисимон без-тимусда	Гипоталамус ва айрисимон безнинг олдинги булагиди	Гипоталамус ва тимуснинг орқа булагиди	Мияча ва айрисимон бездада
Сунъий ва табиий турғинлик механизмида фагацитоз жараёнини ким аниқлаган	Мечников И.И.	Пирогов А.А.	Вишневский Н.К.	Заболотский А.А.
Аллергия сўзи нима	Бошқача таъсир ёки бошқача жавоб реакция	Жавоб реакция	Бошқача таъсир	Умумий таъсир ва реакция
Аллергия терминини тиббиётга ким киритган	К.Пирке	И. Мечников	А. Пирогов	Р.Кох
Силда аллергия қандай ривожланади	Аста-секин	Тез-тез	Аниқ ривожланади	Баъзида кузатилади
БЦЖ вакцинаси юборилгандан сунгги аллергияни қандай аниқланади	Туберкулинни Манту усули билан	Туберкулинни Кох усули билан	Туберкулинни Пирке усули билан	Туберкулинни Моро усули билан
К.Пирке аллергия терминини нечанчи йилда ихтиро этган	1907 й	1911 й	1901 й	1908 й
Кох туберкулини қандай таркибий қисмлардан иборат	микобактерия таркибидаги оксил модаси ва озика мухитнинг бир қисми	кокк-флораси ва озика мухити	ўлдирилган микробактериялар элементлари ва озика мухити	пневмококклар, гонококклар
Туберкулёз синамаси қандай мақсадда қўйилади	туберкулёз интоксикациясини аниқлаш ва ревакцинацияга саралаш учун	иммунитет ҳосил қилиш учун	туберкулёз жараенини фаоллигини аниқлаш учун	химия профилактика учун
Қайси синамалар туберкулёз синамаси ҳисобланади	Гринчер-Карпиловский синамаси	Кацони синамаси	Апликацион синама	Шелли синамаси
Кох туберкулини қандай таркибий қисмдан иборат	озика мухит, туберкулопротеид	паст вирулентли тирик микобактериялар ва озика мухитнинг бир қисми	ўлдирилган микобактериялар ва озика мухит	пневмококк гонококк
Туберкулёз синамаси қандай мақсадда утказилади	туберкулёз билан захарланганни аниқлаш учун, ревакцинага танлаш, туберкулёз жараёнини	иммунитет ҳосил қилиш учун	эмлаш учун ва силни даволаш учун	ревакцинация мақсадда
Қайси туберкулёз синамалари купрок ахамиятга эга	Манту ва КОХ синамаси	Морро синамаси	Михайлов синамаси	Рабухин, Йоиффе синамаси
Қачон 2ТЕ Манту синамаси шубхали ҳисобланади	2-4 мм папула ва барча ҳажмдаги гиперемия	папула 20-мм диаметра	10мм папула ва везикула, некроз, лимфангит	5мм ва ундан ортик папула
Силга қарши қайта эмлаш қимларга ўтказилади	клиник соғлом болаларга, ўсмирларга, харбийларга, талабаларга	Хамма клиник соғлом болаларга	Ўсмир ва ўрта ёшдагиларга	Фақат туберкулёз касаллигига шубха қилинганларга
Қандай туберкулин синамаларини биласиз	Кох, Манту, Пирке ва Моро синамаси	Кох, Манту ва Моро синамаси	Кох, Манту ва Пирке синамаси	Манту, Ранке, Пирке ва Моро синамаси

<b>Кох феномини нечанчи йилда исботланган</b>	1891 йил	1889 йил	1911 йил	1882 йил
<b>12 ёшгача бўлган болаларда туберкулёз касалини барвақт аниқлаш усули;</b>	оммавий 2ТБ Манту синамаси	оммавий флюорография	клиник анализлар	Пирке синамаси
<b>Манту синамаси терининг қайси соҳасига юборилади?</b>	Тери орасига	Тери ичига	Тери юзасига	Терини тирнаш орқали
<b>Пирке синамаси терининг қайси соҳасига юборилади</b>	Тери юзасига	Тери ичига	Тери орасига	Тери ости ёғ қаватига
<b>Кох синамаси терининг қайси соҳасига юборилади</b>	Тери остига	Тери юзасига	Тери орасига	Терини тирнаш орқали
<b>Қачон Манту синамаси мусбат ҳисобланади</b>	5 мм ва ундан ортик папула	10мм папула, некроз, лимфангит	17мм папула	гиперимия
<b>Қачон Манту синамаси гиперергик ҳисобланади</b>	17-21мм папула, везикула	папула 5 мм	папула 11-12мм	папула 4мм ва гиперимия
<b>Хўл балғам қанча вақт қайнатилганда микробактерия ўлади</b>	2-3 мин	10-15 мин	2-3 соат	20-30 мин
<b>Туберкулёз микробактериясини неча фоизини сув ташкил қилади</b>	85,9 фоиз	82,5 фоиз	89,9 фоиз	85,5 фоиз
<b>Микробактерияни неча фоизини оксил,ег,углевод,тузлар ташкил қилади</b>	14,1 фоиз	15,1 фоиз	13,8 фоиз	16,3 фоиз
<b>Микробактерия 96 фоизли спиртга нисбатан қандай таъсирчанликка эга?</b>	шу захоти эрийди	3-5 мин эрийди	1-2 соатда эрийди	3-5 соатда эрийди
<b>Микробактерияни нафас олиши</b>	аэроб шароитда	анаэроб шароитда	қулай шароитда	аралаш типда
<b>Микробактерияни кўпайиши қандай йул билан амалга ошади</b>	оддий бўлиниш йўли билан	мураккаб бўлиниш йўли билан	бўлак-бўлак булиб кўпаяди	кўпаймайди
<b>Кўча чангида қанча вақтгача ўз хоссасини сақлаб қолади</b>	1 ойгача	7-8 кун	15-20 кун	1-2 ойгача
<b>Китоб varaқларида тирик холда қанча вақт сақланади</b>	3 ойгача	5-10 кун	15-20 кун	1 ойгача
<b>Сувда туберкулёз микробактерияси қанча вақт тирик сақланади</b>	4-5 ой	15-30 кун	4-6 йил	30 йилгача
<b>Музлатилганда микробактерия қанча вақтгача ўз хоссасини сақлайди</b>	30 йилгача	1-3 ой	6-10 йил	3-5 йил
<b>Микробактерия ултрабинафша нурида қанча вақт ўз хоссасини сақлаб қолади</b>	1-2 мин	1-3 кун	15-30 мин	2-3 секунд
<b>Типик микобактериялар қуйидагилар</b>	одам ва қорамол типи	қушлар,сичқонлар типи	фотохромоген, скотохромоген	нефотохромоген
<b>Силни барвақт аниқлаш усулларига қуйидагилар қиради</b>	2 ТБ манту синамаси,флюорография	бронхоскопия,томография,Пирке синамаси	рентгеноскопия компьютер томография	рентгенография ангиопульмонография
<b>Силнинг фаол формаларида қонда</b>	глобулинлар ошиб альбуминлар	альбуминлар ошиб	альбумин ва глобулинлар ошади	альбумин ва глобулинлар

<b>оксил фракцияларининг ўзгариши</b>	камаяди	глобулинлар камаяди		камаяди
<b>Туберкулёз кўзгатувчисини айтинг</b>	Кох бактерияси	замбуруглар	кушлар	вируслар
<b>Патогенлик хусусиятига эга бўлган микробактериялар келиб чиқишига қараб неча турга бўлинади</b>	тўрт турга	икки турга	уч турга	беш турга
<b>Туберкулёз микробактериялари чанг таркибига неча кунгача яшашини кўрсатинг</b>	ўттиз кун	уч кун	уч ой	олти ой
<b>Туберкулёз билан оғриган касаллар балғамини дезинфекция қилишда неча фоизли хлор эритмаси ишлатилади</b>	5 фоизли	10-15 фоизли	1-2 фоизли	20 фоизли
<b>Туберкулёз микробактерияларининг кимевий таркибини айтиб беринг</b>	сув,оксил,углевод, липид,минерал тузлар,химиявий элементлар	сув оксил,фосфор,магний	кальций,хлор,рух,т емир, минерал тузлар	марганец минерал тузлар,липидлар
<b>Атипик микробактерияларнинг ишчи классификацияси ким томонидан тузилган</b>	Кох томонидан	Мори томонидан	Рунион томонидан	Вильмен томонидан
<b>Микробактерияларнинг ишчи классификацияси неча гуруҳга бўлинади?</b>	4 та гуруҳга	3 та гуруҳга	6 та гуруҳга	5 та гуруҳга
<b>Туберкулёз инфекциясининг асосий манбаини кўрсатинг</b>	одам	кушлар	чўчкалар	денгиз чўчкачалари
<b>Туберкулёз билан оғриган ва ўпкасида каверналар бўлагн беморлар бир кеча кундузда қанча микроб ишлаб чиқади</b>	2-3 млрд	4-5 миллиард	6-9 миллиард	4-7 миллиард
<b>Туберкулёз инфекцияси қайси йул билан кўпрок юқади</b>	аэроген хаво орқали	томчи орқали	зах жойларда	ичаклар орқали
<b>Болаларда касалликка мойиллик даврини кўрсатинг</b>	3-4 ёшгача	1-2 ёшгача	1-3 ёшгача	4-5 ёшгача
<b>Касалликка мойил бўлган ўсмирлик ёшини кўрсатинг</b>	10-12 ёшгача	9-10 ёшгача	12-18 ёшгача	13-17 ёшгача
<b>Туберкулёз касаллигини текширишда асосий усулни айтинг</b>	бактериоскопия	аускультация	бронхоскопия	кон анализи
<b>Текширишнинг лаборатор усуллари кўрсатиб беринг</b>	биологик оддий бактериологик,фл отация	нерв системаси,перку ссия,аускультаци я	ЭКГ,яширин балғамни текшириш	сиртдан текшириш антиропометрия флатация қон анализи
<b>Туберкулёз касаллигини барвакт аниқлаш усуллари қуйидагилар қиради</b>	2 ТБ Манту синамаси, флюорография	Кох синамаси, бронхо графия	рентгеноскопия,ка мпютерная томограмма	рентгенография
<b>Силнинг фаол формаларида оксил фракцияларининг ўзгариши</b>	глобулинлар ошиб,албуминлар камаяди	хеч қандай ўзгаришсиз	албумин,глобулинлар ошади	албумин,глобулинлар камаяди

<b>Сувда туберкулёз микобактерияси қанча вақт тирик сақланади</b>	4-5 ой	5-10 кун	4-6 йил	30 йилгача
<b>Музлатилганда микобактерия қанча вақтгача ўз хоссасини сақлайди</b>	30 йилгача	2-10 кун	6-10 йил	3-5 йил
<b>Рентген нурлари тиббиётга нечанчи йилда кашф этилган</b>	1896 йил	1901 йил	1898 йил	1900 йил
<b>Флюорографик аппаратлар қандай тузилишга эга</b>	Асосий ва кўчманчи	Бир жойда мослаштирилган	Асосий	Кўчманчи
<b>Ўпка сили беморларини асосий рентген текшириш усулини айтинг</b>	Рентгенография	Рентгеноскопия	Флюорография	Бронхоскопия
<b>Рентгенологик текширувда туберкулёз интоксикациясидаги ўзгаришлар</b>	Ўпкада специфик ўзгариш йўқ	Ўпка илдизида лимфа тугунлари катталашган	Ўпка илдизи кучайган	Ўпканинг юқори қисмида майда туберкулёз ўчоқлари кўринади
<b>Туберкулёз бронхоаденитида рентгеноскопияда нафас олиш жараёнида диафрагманинг парадоксал ҳаракати юрак ва йирик қон томирларнинг касал томонга силжиши қайси белги</b>	Якобсон-Гольцкнихт белгиси	Де-ле-камп белгиси	Игнатьевич белгиси	Филатов белгиси
<b>Рентгентомография туберкулёз бронхоаденитида рентген нурлари қандай берилади</b>	Ўпка илдизи орқали	Ўпка юқори қисмидан	Ўпка ён томонидан	Ўпканинг орқа томонидан
<b>Рентген текширувда туберкулёз бронхоаденитида ўпка илдизидаги қон томир ва бронхлар тузилиши қандай соя беради</b>	Қон томир ва бронхлар кўринмайди	Қон томир ва бронхлар гомоген соя беради	Қон томир ва бронхлар ногоиоген соя беради	Қон томир ва бронхлар сояси кучайган
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида яллиғланиш даврида рентгендаги ўзгаришлар</b>	Нотекис учбурчаксимон интенсивлиги паст соя	Ўпка илдизига қараб нотекис соя	Ўпка туқимаси кучайган	Ўпка туқимаси ўзгаришсиз
<b>Учоқли упка силида рентген узгаришлар</b>	2-10 мм булган паст ва урта интенсивликда чегараси аник булмаган учоқлар	упканинг юқори булакларида 1 см дан катта булган фокус яллиғланиш	упканинг урта ва пастки қисмида узаро кушилган учоқлар	упканинг урта ва пастки қисмида майда чегараси аник таркок жойлашган учоқлар
<b>Учоқли упка сили қуйида касакликларни б-н фаркланади</b>	бронхопневмония, вегетоневроз, тириотоксикоз, грипп, эозинофил пневмония	токсик фиброзли альвеолид саркоидоз селикоз упка раки	эхинококк тугма поликистоз	корин тифи молярия
<b>Циррозли упка сили упканинг қайси қисмида куп жойлашган</b>	унг упка юқори қисмида	унг упка урта қисмида	чап упканинг хамма қисмида	чап упка юқори қисмида
<b>Циррозли упка сили купрок вақтда</b>	узук-доимий даволанганда	тулик даволанмаганда	1 та АБ препарати кабул қилганда	уз-уздан кузатилади

<b>кузатилади</b>				
<b>Циррозли силда энг кучайган клиник белги</b>	нафас кисиши	кон кетиш	кукрак кафасида кучли огрик	узгаришсиз
<b>Циррозли силда бемор кон тупурса ахволининг узгариши</b>	асфикасия беради	ахволи узгармайди	ахволи емонлашади	упка-юрак етишмовчилиги ни беради
<b>Циррозли силда кукрак кафаси тузилиши</b>	деформация	бочкасимон	нормастеник	генерстеник
<b>Циррозли силда перкуссияларда қандай товуш эшитилади</b>	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш тумток	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
<b>Циррозли силда зарарланган соҳада рентгенда қандай соя қуринади</b>	гемоген куюк соя	хиралашган соя	чегараси ноаник соя	узгаришсиз
<b>Циррозли силда упканинг соғ қисмида қандай узгариш кузатилади</b>	деформацияга учраган	узгаришсиз	упка катталашган	упкада шу соҳада суюклик йигилган
<b>Рентгенограммада туберкулома қайси сигментларда қўпроқ жойлашади</b>	1,2,6 сигментларда	1,3 сигментлар ва ўпканинг пастки қисмида	Факат ўпканинг пастки қисмида	Ўпканинг юкори қисмида
<b>Вирав тушунчасига таъриф беринг</b>	туберкулинреакциясининг 1-чи мусбат натижаси	силнинг биринчи бошланиши	туберкулёз микробактериясининг организмга тушиши	организмга патоген микробактерияларнинг тушиши
<b>Туберкулёз синамаси қандай мақсадда ўтказилади</b>	туберкулёз билан захарланганни аниқлаш учун, ревакцинага танлаш,	иммунитит хосил қилиш учун	эмлаш учун ва силни даволаш учун	туберкулёз жараенини активлигини аниқлаш учун
<b>Флюорография нима</b>	аҳолини ёппасига текшириш	Фотопленкада ёзиб олиш	Экранда куриш	Умумий текшириш
<b>Флюорографияда фотопленканинг размери</b>	100x100	70x100	100x70	50x50
<b>Рентгенографияда рентген плёнка нимага сақланади</b>	Кумуш бромид	Рух бромид	Қалай бромид	Калий бромид
<b>Фотоплёнка жойлаштирилган ғилоф кўкракнинг қайси томонига туради.</b>	олд томонига	Ён томонига	Орқа томонига	Ҳамма томонига
<b>Рентгеноскопия нима</b>	Патологик сояни экранда кўриш	Патологик сояни пленкада тушириш	Патологик сояни дискда ёзиб олиш	Патологик сояни мониторда кўриш
<b>Кўкрак кафасини бомимини ошириш ёки тушириш синамаси қайси</b>	Вальсальви ва Мюллер синамаси	Вакман синамаси	Кох синамаси	Лаэнек синамаси
<b>Кўкрак кафасини босимини ошириш ёки тушириш белгиси</b>	Гольцкнихт-Якобсон белгиси	Мюллер белгиси	Воробёв-Подтенжер белгиси	Корани белгиси
<b>Замонавий компьютер томография кундаланг кесимни қанча қалинликда текшириш имкониятига эга</b>	2 ммдан-10 ммгача	1-2 ммгача	2-8 ммгача	2-6ммгача
<b>Компютер томографиясининг афзаллиги текшириладиган тукима</b>	Хаунсфиль шкаласи	Маруни шкаласи	Браун шкаласи	Воробёв шкаласи

<b>ва мухит зичлиги қайси шкалага асосланган.</b>				
<b>Бронхография нима</b>	Бронхларга контраст модда юбориб рентгенограммага олиш	Умумий текшириш усули	Биопсия олиш усули	Бронхларни ювиш усули
<b>Бронхлар артериографиясида бронхлар ичига қанча миқдорда контраст модда юборилади</b>	5-12 мл	1-5 мл	10-20 мл	20 40 мл
<b>Селектив ангиопульмонографияда катетер орқали қанча контраст модда юборилади</b>	10-12 мл	1-5 мл	5-10 мл	5-12 мл
<b>Бронхографияда анестезия учун қайси эритмадан фойдаланилади.</b>	2% ли лидокаин	0,5 % ли новокаин	1% ли новокаин	5% ли лидокаин
<b>Фистулография нима</b>	Оқма яраларни контраст модда юбориб рентген плёнкада тушириб олиш	Оммавий текшириш усули	Патоллогияни фотоплёнкада ёзиб олиш	Жароҳатларни ювиб текшириш
<b>Плеврографияда қайси аппаратдан фойдаланилади</b>	Патен аппарати	Буйлау аппарати	Вишневский аппарати	Пирогов аппарати
<b>Бронхоскопия нима</b>	бронхларни кўриш	Бронхларни ювиш	Бронхларни рентген плёнкада тушириш	Оммавий текшириш усули
<b>Бронхоскоп қайси қисмлардан иборат</b>	Оптик қисм, ёритгич, сунъий нафас олдириш, телескоп, расмга олиш	Ёритгич қисми, сунъий нафас олдириш қисми, телескоп	Сунъий нафас олдириш, ёритгич қисми, расмга олиш, оптик	Сунъий нафас олдириш қисми телескоп, расмга олиш, оптик
<b>Бронхофиброскопнинг диаметри қанча</b>	5-6 мм	2-4 мм	1-5 мм	4-8 мм
<b>Торакоскопия нима</b>	Торакоскоп ёрдамида плевра бўшлигини текшириш	Плевра бўшлигини умумий текшириш	Плевра бушлигини фотоплёнкада текшириш	Кукрак кафасини умумий текшириш
<b>Спирография қилинаётганда нафас йўлларининг ўтказувчанлиги қайси синама ёрдамида текширилади.</b>	Вотчал-Тифно синамаси	Бенголд Конго синамаси	Патен синамаси	Вишневский синамаси
<b>Ташқи нафас фаолиятининг кўрсаткичлари қандай аппарат ёрдамида аниқланади</b>	Спирограф	Монограф	Умумий нафасни санаш	Томограф
<b>Ўпканинг кенгайиши қандай аппарат ёрдамида аниқланади</b>	Плетизмография	Спирография	томография	монография
<b>Реструктив нафас танқислиги нима</b>	ўпка тўқимаси ҳажмининг ва фаолиятининг камайиши	ўпка тўқимаси ҳажмининг ва фаолиятининг ошиши	ўпка тўқимаси ҳажмининг ошиши	ўпка тўқимаси фаолиятининг камайиши
<b>Обструктив нафас танқислиги нима</b>	Нафас йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши	Нафас йўллари ўтказувчанлигининг ошиши	Нафас тизимининг бузилиши	Юзаки нафас олишнинг ошиши



<b>Реструктив нафас танқислиги қачон келиб чиқади</b>	ўпка вентиляцияси ва унда газ алмашивунинг бузилиши натижасида	ўпка вентиляциясининг бузилиши натижасида	ўпка газ алмашивунинг бузилиши натижасида	ўпка ҳажмининг кичрайиши натижасида
<b>Прескален биопсия нима</b>	Бўйиннинг норвонсимон мускуллари олдида жойлашган лимфа тугунларидан биопсияси	Бўйиннинг норвонсимон мускулларидан биопсия олиш	Бўйиннинг норвонсимон мускуллари орқада жойлашган лимфа тугунларидан биопсия	Елка мушаклари орқали лимфа тугунларидан биопсия олиш
<b>Очиқ биопсия нима</b>	Ўпка, плевра ва лимфа тугунларидан биоптат олиш	Ўпка, ва лимфа тугунларидан биоптат олиш	Плевра ва лимфа тугунларидан биоптат олиш	Ўпка ва плеврадан биоптат олиш
<b>Медиастеноскопия усулида қандай асбобдан фойдаланилади</b>	Эндоскоп	Бронхоскоп	Рентгенологик	Томографик
<b>Прозоров белгиси нима</b>	Рентгеноскопияда нафас олиш ва чиқариш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши	Рентгенографияда нафас олиш ва чиқариш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши	Томографияда нафас олиш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши	Рентгеноскопияда нафас олиш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши
<b>Прозоров белгиси ўпка силининг қайси формасига хос.</b>	Кавернозли ўпка силига	Фиброз-кавернозли ўпка силига	Инфильтратив ўпка силиги	Диссеминацияли и ўпка силига
<b>Рентгенологик текширувда “мажнунтол” белгиси қайси туберкулёз формасига хос</b>	Циррозли ўпка силига	Кавернозли ўпка силига	Фиброз-кавернозли ўпка силига	Инфильтратив ўпка силига
<b>Рентгенологик кўриниши бўйича инвильтратив ўпка силининг турлари</b>	Ҳаммаси тўғри	Булутсимон, лобит	Лобит, юмалоқ, персистланган	Лобит, сигментит
<b>Рентгенологик кўриниши бўйича бирламчи туберкулёз комплексидаги оҳакланиш ўчоғи</b>	Гон ўчоғи	Кох ўчоғи	Моро ўчоғи	Прозоров ўчоғи
<b>Диссеминацияли ўпка силидаги рентген ўзгаришлар</b>	Иккала ўпка юзасида майда-майда туберкулёз ўчоқлари симметрик жойлашади	Асосан ўпканинг юқори қисмида бир текис ўчоқлар жойлашади	Туберкулёз ўчоқлари ўпканинг бир томонида майда-майда жойлашади	Туберкулёз ўчоқлари иккала ўпка юзасида ҳар хил катталиқда жойлашади
<b>Рентгенологик текширувда кукрак ичи лимфа тугунлари силидаги ўзгаришлар</b>	Ўпка илдизи деформацияга учрайди	Ўпка туқимасига қараб йўлакча тортилади	Ўпка туқимаси марказга тортилади	Ўпка илдизи деформацияга учрамайди
<b>Рентгенологик текширувда туберкулёз интоксикациясидаги ўзгаришлар</b>	Ўпка илдизи деформацияга учрамайди	Ўпка илдизи деформацияга учрайди	Ўпка туқимасига қараб йўлакча тортилади	Ўпка туқимаси марказга тортилади
<b>Рентгенологик кўриниши бўйича перива панбронхит қайси туберкулёз формасига хос</b>	Ўчоқли ўпка силига	Инфильтратив ўпка силига	Диссеминацияли ўпка силига	Кавернозли ўпка силига
<b>Торокоскопия нима</b>	Плевра бўшлиғини текшириш	Кўкс оралиғини текшириш	Ўпка туқимасини текшириш	Ўпка илдизини текшириш
<b>Туберкулёз қўшилган</b>	Гомоген қийшиқ	Ногомоган	Ўпка майдони	Юрак сояси

<b>плевритларда рентгенда қанақа соя кўринади</b>	чизик соя	қийшиқ чизик соя	куюклашган	куюклашган
<b>Рентген текширишда кўзойнак белгиси қайси туберкулёз формасида учрайди</b>	Кавернозли ўпка силида	Инфильтратив ўпка силида	Ўчоқли ўпка силида	Диссеминациял и ўпка силида
<b>Рентгенография усулининг афзаллиги</b>	Ҳаммаси тўғри	Патологик сояни аниқ изоҳлайди	Локализациясини кўрсатади	Бошқа мутахассисларга қиёсий ташхислашда қулай
<b>Гиппократ классификацияси неча гуруҳга бўлинади</b>	2 гуруҳга	3 гуруҳга	4 гуруҳга	6 гуруҳга
<b>Гиппократ классификацияси кечиши бўйича турлари</b>	ўткир кечувчи ва сурункали	Эрта бошланган ва сурункали	Кенг тарқалган ва чегараланган	Ўткир ва казеозли
<b>Силнинг патоморфологик ўзгаришларини ким фанга киритган</b>	Лаэнник	Гиппократ	Мечников	Кох
<b>Силнинг патоморфологик ўзгаришларини Лаэнник нечанчи йилда фанга киритган</b>	1819 йил	1919 йил	1818 йил	1920 йил
<b>Лаэнник туберкулёз ривожланишини қандай даврларга бўлган</b>	Ҳаммаси тўғри	Туберкулёз бўртмачаларини пайдо бўлиши ва тўпланиши	Бўртмачаларнинг юмшаш даври	Ковак пайдо бўлиши
<b>Турбан ва Герхард классификацияси қандай даврларга бўлинади</b>	Ҳаммаси тўғри	Туберкулёз жараёни фақат ўпканинг юқори қисмида жойлашади	Туберкулёз жараёни ўпканинг юқори қатта бўлагиди ёки иккала ўпканинг қатта бўлагиди	Туберкулёз жараёни ўпканинг ҳамма қисмини зарарлайди
<b>XX аср бошларида туберкулёз касаллигининг қайси классификацияси фанга киритилган</b>	Апикокаудал	Патоморфологик	Уткир ва сурункали	Ўпканинг ҳамма қисмини зарарланиши
<b>Рубенштейн 1926 йил ўз классификациясига нимани таклиф этган</b>	СТ(+), СТ(-)	Патологик туберкулёз ўчоғининг жойлашган ўрни	Ўткир ва сурункали кечиш	Рентген тахлилларга асосланиш
<b>Ранке туберкулёз жараёнини қандай классификациялаган</b>	Бирламчи ва иккиламчи	Ўткир ва сурункали	СТ(+), СТ(-)	Апикокаудал
<b>Штеренберг классификацияси нимага асосланади</b>	Компенсация, субкомпенсация, декомпенсация	СТ(+), СТ(-)	Туберкулёз жараёни ўпканинг ҳамма қисмини зарарлайди	Ўткир ва сурункали
<b>Ашшоф ва Николл томонидан таклиф этилган классификация нимага асосланган.</b>	Эксудатли-зардобли, продуктив ва казиоз.	Эксудатив ва продуктив	Эксудатив ва пролефиратив	Продуктив ва казиоз
<b>Ашшоф ва Николл классификацияси силнинг қандай белгиларига асосланган.</b>	Морфологик	Патогенетик	Патонамотик	Микроб ажратиш ва ажратмасликка
<b>Силнинг клиник классификацияси неча қисимга ажратилган.</b>	4 қисм	3 қисм	5 қисм	2 қисм
<b>Микобактерия қуёш нурида қанча вақт уз</b>	1-2 мин	1-1,5 соат	10-15 мин	3-5 кун

<b>хоссасини сақлаб қолади</b>				
<b>Микобактерия ултрабинафша нурида қанча вақт ўз хоссасини сақлаб қолади</b>	2-3 мин	1-3 кун	15-30 мин	2-3 секунд
<b>Хўл балғам қанча вақт қайнатилганда микробактерия улади</b>	2-3 мин	45 мин	10-15 мин	20-30 мин
<b>Микобактерия 3-фоизли хлоромин эритмасида қанча вақтда ўлади</b>	10-15 мин	2-3 мин	2-3 секунд	4-5 соатда
<b>Микобактерия 5-фоизли хлоромин эритмасида қанча вақтдан кейин ўлади</b>	2-3 мин	2-3 соат	10-15 секунд	45 мин
<b>Микобактерия 20 фоизли хлоромин охак эритмасида қанча вақтга ўлади</b>	1-2 мин	5соат	30-45 мин	10-15 соат
<b>Туберкулёз микобактериясини неча фоизини сув ташкил қилади</b>	85,9 фоиз	82,5 фоиз	89,9 фоиз	85,5 фоиз
<b>Микобактерияни неча фоизини оксил,ёғ,углевод,тузлар ташкил қилади</b>	14,1 фоиз	17,5 фоиз	13,8 фоиз	16,3 фоиз
<b>Микобактерия 96 фоизли спиртга нисбатан қандай таъсирчанликка эга</b>	шу захоти эрийди	3-5 мин эрийди	1-2 соатда эрийди	3-5 соатда эрийди
<b>Микобактерияни нафас олиши</b>	аэроб шароитда	анаэроб шароитда	араалаш шароитда	кон шароитида
<b>Микобактерияни купайиши</b>	оддий булиниш йули билан	мураккаб бўлиниш йўли билан	бўлак-бўлак бўлиб кўпаяди	кўпаймайди
<b>Микобактериянинг фотохромоген атипик формаси ёруғликда қандай пигмент ҳосил қилади</b>	сарик пигмент	яшил пигмент	қизил пигмент	оқ пигмент
<b>Микобактериянинг скотохромоген атипик формаси қоронғида қандай пигмент ҳосил қилади</b>	яшил пигмент	қизил пигмент	сарик пигмент	умуман пигмент ҳосил қилмайди
<b>Нефотохромиген атипик микобактериялар қандай пигмент ҳосил қилади</b>	умуман пигмент ҳосил қилмайди	сарик пигмент	яшил пигмент	оқ пигмент
<b>Фотохромоген атипик микобактерия формаси кўпроққайси органниزارарлайди</b>	жигар ва буйракларни	ўпкани	суяк-бўғим	хамма органларни
<b>Скотохромоген атипик микобактериялар кўпроқ қайси органниزارарлайди</b>	буйракни	ўпкани	лимфа тугуни	хамма органларни
<b>Нефотохромиген атипик микобактериялар қаерда кўп учрайди</b>	чанг,балғам,сувда	тупрок,сув, хайвонларда	музда,чангда, тупрокда	хамма жойда
<b>Тез ўсувчи атипик микобактериялар кўпроқ қайси абзони</b>	мия моддасини	лимфа тугун	ўпкани	суяк-бўғимни

<b>зарарлайди</b>				
<b>Микобактерия микроскопда қандай ҳолатда кўринади</b>	бош ва дум қисми бироз букилган ва қалинлашган	тўғри кўринади	бош қисми бироз букилган,ингичка	вергулсимон жуда ингичка бўлиб кўринади
<b>Микобактерияни узунлиги қанча</b>	0,8-8 мм мк	0,8-1 мм мк	5-15 мм мк	0,8-3 см
<b>Микобактерияни эни қанча</b>	0,1-0,6 мм мк	0,8-1 мм мк	1-8 мм мк	10-15 мм мк
<b>Микобактерия "Tuberculosis" кимларга касаллик чиқаради</b>	одамларда	қорамолларда	паррандаларда	хаммага
<b>Микобактерия "bovis" кимларга касаллик чақиради</b>	қорамолларга	одамларга	қушларга	сичқонларга
<b>Микобактерия "avium" кимга касаллик чақиради</b>	паррандаларга	қорамолларга	қуенларга	денгиз чўчқасига
<b>Микобактерия "microti" кимларга касаллик чақиради</b>	дала қаламушларига	қорамолларга	паррандаларга	қушларга
<b>Балғам ким томонидан йиғилади</b>	Махсус хамшира	Лаборант	Кичик тиббий ходим	Махсус СЭС ходими
<b>Туберкулёз интоксикациясида характерли булмаган белги.</b>	йутал,балғам ажратиш	иштаха пастлиги, ориклаш	терлаш, субфебрил температура	катталашмаган лимфа тугунлари
<b>Организмнинг 1-чи марта туберкулёз микобактерияси билан захарланиш белгиси</b>	туберкулёз синамасининг 1-чи марта мусбат реакцияси Вираз	туберкулёз синамаси натижасининг камайиб бориши	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	экзоген суперинфекция натижасида ахволнинг оғирлашуви
<b>Туберкулёз интоксикацияси генези буйича қайси туберкулёз формасига киради</b>	бирламчи силнинг долокал формаси	иккиламчи силнинг кичик формасига	деструктив туберкулёз формасига	ҳеч қайси турига кирмайди
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрнинг тактикаси</b>	фтизиопедиатрга йулланма бериш	болани уй шароитида изоляция қилиш	антибиотиклар билан даволаш	витаминтерапия
<b>Туберкулёз интоксикациясида қандай ўзгаришлар кузатилади</b>	Эозинофилия,нейтрофиллар чапга силжиган,СОЭ юкори,лимфопени я	СОЭ юкори,лейкопения	Эозинофилия,СОЭ юкори,лейкопения	Қонда ўзгаришлар деярли йук
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги ўзгаришлар</b>	Рентгенда узиға хос ўзгаришлар йук	Қурак қафаси лимфа безлари катталашган	Упканинг хамма жойида яллигланиш учоклари қуринади	Қурак қафаси лимфа безлари каттиклашган
<b>Бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади</b>	4-6 ой	2-3 ой	8-12 ой	даволанмаса хам булади
<b>Сурункали туберкулёз интоксикациясида қайси лимфа тугунлари катталашади</b>	хамма лимфа тугунлари	бўйин ва чов лимфа безлари	қўлтик ости ва буйин	лимфа тугунлари катталашмайди
<b>Туберкулёз бронхоаденитини турларини ким аниқлаган</b>	Сукенников	Воробьев	Фрейдрих	Абрикосов
<b>Силни даволашнинг умумий принциплари</b>	комплекс,комбинацияли,давоий,оптимал дозада-АБП-б-н,патогенетик,сим	витаминлар,антибиотиклар,гармонотерапия	биостимуляторлар, анаболик гармонлар	физиотерапевтик муолажалар,биостимуляторлар

	птоматик			
<b>АБП-эффектли таъсири буйича куйидагича гурухланади</b>	1-изониазид,рифампицин,2-стрептомицин,этамбутол ва хк,3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бе немицин	1-гурух-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бе паск,2-тибон,канамицин,3-тубазид,этамбутол
<b>Упка силени даволашда канака жаррохлик усулларида фойдаланилади</b>	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	палиатив, тиклантирувчи	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
<b>Радикал операцияга куйидаги жаррохлик муолажалари киради</b>	пульмонэктомия, лобэктомия, сегментэктомия	торакопластика	кавернотомия, бронхиал окмаларни тикиш, торакопластика	плеврэктомия, декорткация
<b>Палиатив операция усулига куйидагилар киради</b>	кавернотомия, торакопластика	сегментэктомия, плеврэктомия	лобэктомия, бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика
<b>Тиклантирувчи операцияларга куйидагилар киради</b>	декорткация, плеврэктомия, бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика, кавернотомия	торакопластика, декорткация	кавернотомия
<b>Спонтан пневмотораксинг клиник белгилари</b>	кукрак кафасида кучли огрик, хансираш, бош айланиши, курук йутал, совук тер босиши	чап томонда кучли огрик, кул, жагга берилиши, кучли кузгалиш, нафас етишмаслиги	кунгил айниш, кушиш, холс излик, КБ-пасайиши	хаммаси тугри
<b>Спонтан пневмотораксинг рентген куриниши</b>	перикостал чузик бушлик упка тукумаси сикилган сог томонга силжиган	3-4смли юпка деворли ковак, атрофида майда учоклар	перифокал яллиглиниш, суюклик сатхи куринадиган бушлик	диафрагма кутарилган, упка хажми кичрайган
<b>Изониазид таблетка холида канча дозаларда чиқарилади</b>	0,1 мг ва 0,3 мг	0,1; 0,2; 0,3; мг дан	0,01; 0,02; 0,09 мг	0,1; 0,3; 0,5 дан
<b>DOTS дастури буйича 1-тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади</b>	Интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 2 ой, кувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 1 ой, кувватловчи 5 ой
<b>DOTS дастури буйича 2-тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади</b>	Интенсив 3 ой, кувватловчи 5 ой	Интенсив 2 ой, кувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой
<b>Силни даволашнинг умумий принциплари</b>	комплекс, комбинацияли, давомий, оптимал дозада- АБП-б-н, патогенетик, симптоматик	витами́нлар, антибиотиклар, гармонотерапия	стрептомицин, гармонотерапия	физиотерапевтик муолажалар, биостимуляторлар
<b>АБП-эффектли таъсири буйича куйидагича</b>	1-изониазид,рифампицин,2-стрептомицин,этамбутол ва хк,3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бе немицин	1-гурух-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бе паск,2-тибон,канамицин,3-тубазид,этамбутол
<b>Упка силени даволашда канака жаррохлик усулларида фойдаланилади</b>	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	факат радикал операцияла	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
<b>Радикал операцияга</b>	пульмонэктомия, л	кавернотомия, то	кавернотомия, брон	плеврэктомия, д

<b>куйдаги жаррохлик муолажалари киради</b>	обэктомия, сегмент эктомия	ракопластика	хиал окмаларни тикиш, торакопластика	екортикация
<b>Бирламчи силга куйдагилар киради</b>	туберкулёз интоксикацияси, бирламчи туберкулёз комплекси, бронхоаденит	каверноз, фиброз каверноз	цирротик ўпка сили, плеврит	барча туберкулёз шакллари
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси рентген кўриниши</b>	гон ўчоғи, қаттиқлашган лимфа тугуни ва лимфангит	полиморф ўзаро қўшилувчан ўчоқлар	ўпка илдизи катталашиб тумароз кўриниши	хаммаси тўғри
<b>Қанака бронхоаденитлар фаркланади</b>	инфилтратив, тумароз	майда ўчоқли, фиброз ўчоқли	булутсимон, овал	солитар, псевдотуберклема
<b>Туберкулёз интоксикациясида характерли бўлмаган белги</b>	кучли йутал, балгам ажратиш, кон тупуриш	"вираж"	иштаха пасайиши, ориклан иш	терлаш, субфебрил температура
<b>Организмнинг 1-марта туберкулёз б-н захарланиш белгиси</b>	"ВИРАЖ"	туберкулёз синамаси натижасининг пасайиб бориши туберкулёз синамаси натижасининг	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	ўпкада таркок холдаги ўчоқлар
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги ўзгаришлар</b>	рентгенда ўзига хос ўзгаришлар йўқ	Кўкрак кафаси лимфа безлари катталашган	Ўпканинг хамма жойида яллиғланиш ўчоқлари кўринади	Кўкрак кафаси лимфа безлари каттиқлашган
<b>Гон ўчоғи нечанчи йилда фанга киритилган</b>	1912 йил	1916 йил	1909 йил	1900 йил
<b>Игнатович белгисига изох беринг</b>	Югуляр чуқурчанинг уриб туриши	Лимфа тугунларининг уриб туриши	Югуляр чуқурчанинг бўртиб туриши	Ўмров чуқурчасининг бўртиб чиқиши
<b>Гейбнер белгисига изох беринг</b>	I-II-III кўкрак умурткалари устида трахеал нафас эшитилади	I-II-бўйин умурткалари устида бронхиал нафас эйтилади	VI-VII- кўкрак умурткалари устида везикуляр нафас эшитилади	IV-V-VI буйин умурткалари устида бронхиал нафас эшитилади
<b>Равич-Шербо белгисига изох беринг</b>	VII бўйин умурткаси уриб кўрилганда оғрик сезиш	V-бўйин умурткаси урилганда оғрик сезмаслик	III-кўкрак умурткаси уриб кўрилганда оғрик сезиш	VI-VII бўйин умурткалари уриб кўрилганда оғрик сезмаслик
<b>Де Ля Камп белгиси</b>	V-VI кўкрак умурткалари уриб кўрилганда бўғиқ товуш эшитилиши	V-VI бўйин умурткалари уриб кўрилганда бўғиқ товуш эшитилади	VI-VII кўкрак умурткалари уриб кўрилганда тимпаник товуш эшитилиши	II-III бел умурткаларига уриб кўрилганда оғрик кузатилиши
<b>Смит белгиси нима</b>	Бемор бошини орқага эгиб турса, тўш суягининг юқори қисми атрофида ўзига хос шувиллаш эшитилиши	Бемор ётган холатда, туш суяги устида оғрик сезиши	Бемор турган холда бошини ён томонга қаратганда, тўш суяги атрофида хириллашлар эшитилади	Бемор қаттиқ йуталганда, кўкрак кафасида оғрик кузатилиши
<b>Кораньи белгисига изох беринг</b>	I-II-III кўкрак умурткаларида перкуссияда бугиқ товуш	I-II-III-буйин умурткаларида перкуссияда бугиқ товуш	IV-V-VI буйин умурткаларида аускултацияда везикуляр нафас	VI-VII- буйин I-кўкрак умурткасида суст везикуляр нафас
<b>Дэспин белгисига изох беринг</b>	VII-буйин умурткаси устида бронхиал нафас эшитилади	VII-буйин умурткаси устида везикуляр нафас	V-VI буйин умурткаси устида везикобронхиал нафас эшитилади	VI-VII буйин умурткалари устида суст везикуляр нафас

		эшитилади		эшитилади
<b>Туберкулёз интоксикациясида қонда қандай узгаришлар кузатилади</b>	Эозинофилия,нейтрофиллар чапга силжиган,СОЭ юқори,лимфопени я	Эозинофилия,С ОЭ юқори,лейкопения	қонда узгаришлар деярли йук	Эритроцитоз,лейкоцитоз СОЭ нормада
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади</b>	3-4 ой	2-3 ой	4-6 ой	даволанмаса ҳам бўлади
<b>Сурункали сининтоксикациясида қайси лимфа тугунлари катталашади</b>	хамма лимфа тугунлари	бўйин ва чов лимфа безлари	жағ ости ва бўйин	лимфа тугунлари катталашмайди
<b>Туберкулёз бронхоаденитини турларини ким аниқлаган</b>	Сукенников	Фрейдрих	Герхард	Абрикосов
<b>Туберкулёз бронхоаденитини рентген куриниши</b>	ўпка илдизи деформацияга учраган	ўпка сурати узгаришсиз	ўпка илдизи периферияга қараб ўзгарган	ўпка илдизи марказга қараб ўзгарган
<b>Туберкулёз бронхоаденитида яллиғланиш жараёни неча ойдан кейин сўрилиш жараёнига ўтади</b>	2-3 ойдан кейин	3-4 ойдан кейин	10-12 ойдан кейин	8-10 ойдан кейин
<b>Туберкулёз бронхоаденитида яллиғланиш жараёни неча ойдан кейин бутунлай сурилади</b>	6-8 ойдан кейин	4-5 ойдан кейин	10-12 ойдан кейин	2 йилдан кейин
<b>Туберкулёз бронхоаденити қайси касалликлар билан қиесий ташхис қилинади</b>	грипп,қизилча,ангина	пневмония,абцес,грипп,қизамик,ангина	пневмония қизамик қизилча грипп	хамма касалликлар билан
<b>Туберкулёз бронхоаденити аниқлангандан кейин неча ой даволанади</b>	2-4 ой	2-3 ой	8-10 ой	5-8 ой
<b>Туберкулёз бронхоаденитини текширишда энг қулай усул</b>	Рентгеноскопия	рентгеноскопия	бронхоскопия	хамма усул
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида энг ривожланган компонент</b>	лимфа тугуни	упкадаги ўчок	лимфа томири	хамма компонент
<b>Бирламчи силда ўпкадаги ўчок қаерда кўп учрайди</b>	юқори ва олдинги сигментда	юқори қисмида	юқори ва орқа сигментда	пастки ва ўрта қисмда
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси фанга ким томонидан киритилган</b>	Ранке	Сукенников	Абрикосов	Воробьев
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида лимфа тугунлари қанчагача катталашади?</b>	2-10мм	4-8см	5-10см	1-5мм
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида юракдаги ўзгаришлар</b>	тахикардия юрак чегараси узгаришсиз	юракда ўзгариш йўқ	тахикардия, юрак чегараси кенгайган	брадикардия юрак юрак чегараси узгаришсиз
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида жигардаги ўзгаришлар</b>	жигар биров катталашган	жигар ўзгаришсиз	биров катталашган,конси станцияси эластик, четлари ўткир	жигарчетлари уткир, 8-10см катталашган

<b>Бирламчи туберкулёз комплексиди қандаги ўзгаришлар</b>	СОЭ 20-30мм/слейкоцитоз, нейтрофиллез	СОЭ ўзгаришсиз, лейкопения	гемограммада ўзгариш йук	СОЭ 5-10мм/с нейтрофиллез
<b>Бирламчи туберкулёз комплексиди СОЭ нечага тенг</b>	20-30мм/с	8-10мм/с	10-20мм/с	ўзгаришсиз
<b>Бирламчи туберкулёз комплексиди лейкоцитлар сони нечага тенг</b>	8000-10000та	5000-8000та	8000-15000та	15000-20000та
<b>Воробьев-Поттенджер симптоми қуйидагича изохлади</b>	елка мушакларининг огриши ва таранглашуви	энса мушакларининг таранглашуви	тиззада букилган оёқнинг ёзилмаслиги	симфиз босилганда оёқнинг букилиши
<b>Туберкулёз интоксикацияси генез бўйича қайси туберкулёз формасига киради</b>	бирламчи силнинг долакал формаси	бирламчи силнинг локал формаси	иккиламчи туберкулёз кичик формуласи	билмайман
<b>Ўпкада бирламчи туберкулёз комплексининг хосил бўлиш сабаблари</b>	Ўпка сили бемори билан узок мулоқотда бўлиш	ўткир вирус инфекция	туберкулёз интоксикацияси натижаси	эмлаш чандигининг йўқлиги
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрларнинг тактикаси</b>	фтизиопедиатрга йулланма бериш	антибиотиклар билан даволаш	химиотерапия курсини 15-кунда утказиш	витаминотерапия курсини тавсия қилиш
<b>Бронхоаденитнинг қайси формасиди перифокал яллиғланиш кузатилади?</b>	инфильтратив формасиди	каверноз формасиди	"кичик формасиди"	аниқлай олмайман
<b>Бронхоаденитларни аниқлашда асосий текшириш усули</b>	умумий рентгенография	компьютер томография	фибробронхоскопия	биопсия
<b>Туберкулёз интоксикацияси клиник кечишига қараб қандай турларга бўлинади</b>	эрта бошланган, сурункали	ўткаир сурункали	ўткир ўткир ости сурункали	эрта бошланган ўткир
<b>Туберкулёз интоксикациясида температура нечагача қўтарилади</b>	37,1-37,5	36,5-37,5	37,0-38,0	37,1-38,0
<b>Туберкулёз интоксикацияси кимларга қўп учрайди</b>	болаларда	болаларда қарияларда	болалар ва усмирларда	ўсмирларда
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида Манту синамаси қандай натижа беради</b>	мусбат	манфий	гиперэргик	шубхали
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой даволаниши керак</b>	4-6 ой	2-4 ой	3-6 ой	8-12 ой
<b>Воробьев-Поттенджер симптоми қуйидагича</b>	елка мушакларининг огриши	энса мушакларининг таранглашуви	тиззада букилган оёқнинг езилмаслиги	ёноқ сохасининг перкуссиясида бош огриги
<b>Сурункали туберкулёз интоксикацияси неча ой комплекс даволаниши керак</b>	8-12ой	6 ой	8-10 ой	12-16 ой
<b>Сурункали туберкулёз интоксикациясида Манту синамаси қандай</b>	мусбат	манфий	гиперэргик	ўта мусбат



<b>натижа беради</b>				
<b>Туберкулёз интоксикацияси кечишига қараб қандай турларга бўлинади</b>	Эрта бошланган, сурункали	Ўткир, уткир ости, сурункали	Эрта бошланган, уткир, сурункали	Эрта бошланган, уткир, уткир ости, сурункали
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентген узгаришлар</b>	Рентгенда узига хос узгаришлар йук	Кўкрак кафаси лимфа безларида узгаришлар кузатилади	Ўпканинг ҳамма жойида яллиғланиш учоклари қуринади	Кўкрак кафаси лимфа безлари қаттиқлашган, ўпкада яллиғланиш ўчоқлари кўринади
<b>Сурункали туберкулёз интоксикацияси билан касалланган беморлар стационар ва санаторияларда қанча етиб даволанадилар</b>	3-6 ой	2-3 ой	6 ойдан кам бўлмаслиги керак	1 йилдан кам бўлмаслиги керак
<b>Туберкулёз бронхоаденитида яллиғланиш ўчоқлари қачон сўрила бошлайди</b>	2-3 ойдан кейин	6-8 ойдан кейин	3-4 ойдан кейин	сўрилмайди
<b>Туберкулёз бронхоаденитини текширишда қандай усул яхши натижа беради</b>	Рентгенография	Бронхоскопия	Бронхография	Флюорография
<b>Периферик лимфа тугунлари сили кўпроқ қайси ёшда учрайди</b>	Болаларда	Ўсмирларда	Ҳамма ёшда	Ўсмир ва ёшларда
<b>Туберкулёз лимфаденитини қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади</b>	Ҳамма касалликлар билан	Лимфагранулама тоз, лейкоз, мононуклеоз, грипп	Лимфагрануламатоз, лейкоз, грипп, ангина	Лимфагрануламатоз, лейкоз, лимфагрануламатоз, мононуклеоз
<b>Туберкулёз лимфаденити патолого-анатомик жихатдан қандай турларга бўлинади</b>	Ёпик, ярим очик, очик	Очик, ярим очик	Очик	Ярим очик, ёпик
<b>Туберкулёз интоксикациясининг клиник кечишига қараб турлари</b>	Эрта, сурункали	ўткир, ярим ўткир хроник	ўткир, хроник	эрта ўткир хроник
<b>Эрта бошланган сининтоксикациясида температуранинг ўзгариши</b>	37,1-37,5	37,0-38,5	36,5-37,0	38,5-40
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида 2 ТБ Манту синамаси қандай натижа беради</b>	мусбат	манфий	гиперэргик	гипоэргик
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида эрта бошланган клиник белгилар</b>	бўйнинг чуқур ва юза жағ ости, қўлтиқ ости лимфа безларининг қаттиқлашуви	температуранинг юкори кутарилиши	кўп терлаш, юкори температура, интоксикациянинг пастлиги	бўйнинг оғриши
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясининг даволаниш муддати</b>	4-6 ой	8-12 ой	2-4 ой	12 ойдан юкори
<b>Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида</b>	20-25 мм/с	10-15мм/с	30-40мм/с	20-35мм/с

<b>қандай СОЭ нечагача кутарилади</b>				
<b>Бирламчи силнинг локал кўринишлари структурасида кўкрак ичи лимфа тугунлари неча фоизни ташкил этади</b>	75-80 фоиз	60-70 фоиз	50-60 фоиз	15-20 фоиз
<b>Бирламчи аффект упканинг асосан қайси соҳасида жойлашади</b>	Ўпка ацинусида	Ўпка булагиди	Ўпка сигментида	Ўпканинг хамма соҳасида
<b>Диссеминацияланган упка силининг келиб чиқиш сабаблари</b>	организмнинг каршилиқ кучининг пасайиши суперинфекция, юкори вирулентли туберкулёз такчаларининг конда таркалиши, бацилемия	организм резисентлигининг ошиши	организмнинг туберкулёз токсимларига сенсбилизацияси	юкори нафас йулларида бактериал флоранинг тушиши
<b>Диссимнацияланган упка силининг клиник кечиши</b>	ўткир, ярим ўткир, сурункали	латент, ўткир сурункали	торпит, ўткир ярим ўткир сурункали	факат ўткир
<b>Ўткир милиар силдан кейин қандай асорат кўп учрайди</b>	хаммаси кузатилади	ўпка юрак етишмовчилиги	қон кетишлар	ички органлар амилоидози
<b>Ўткир ости таркок туберкулёз қандай текширилганда кўп топилади</b>	рентген қилганда	манту синамасида	клиник белгиси аниқ булади	ўзгаришсиз
<b>Милиар гематоген силнинг клиник белгилари неча кундан кейин юзага чиқади</b>	1-3 кундан кейин	10-20 кундан кейин	1-2 ойдан кейин	3-6 ойдан кейин
<b>Милиар гематоген силда ўпканинг қайси қисмида майда бўртмачалар пайдо булади</b>	юкори ва ўрта қисмида	юкори қисмида	ўрта ва пастки қисмида	ўзгаришсиз
<b>Милиар силнинг қайси формасида интоксикация белгилари юкори туради</b>	хамма формасида	тифсимон формасида	менингиал формасида	упка формасида
<b>Сурункали таркок силда учоклар размери нечага тенг</b>	4-6см	12-15мм	3-5мм	4-6мм
<b>Милиар гематоген силда неча кундан кейин рентгенда узгаришлар кузатилади</b>	7-8 кундан	3-5 кундан	15 кундан	узгаришсиз
<b>Сурункали таркок силдан кейин қандай асорат қолади</b>	спонтан пневмоторакс, упка адан қон кетиш, амилоидоз, жинсий органлар сили	окма яралар контрактуралар жигар етишмовчилиги	упка-юрак етишмовчилиги, жигар етишмовчилиги	ҳеч қандай асорат бермайди
<b>Таркок упка сили қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади</b>	учокли пневмония, абцесс, саркаидоз, рак	рак, крупоз пневмония, бронхоэктаз	абцесс, рак, гангрен, пневмония	хамма касалликлар билан
<b>Таркок упка сили неча ой даволанади</b>	12 ой ва ундан ортик	20 ой	8-10 ой	2-6 ой
<b>Сурункали таркок силини клиника белгилари</b>	10-20 кун	1-2 хафта	1-2 ой	3-5 кун

<b>туберкулостатик препаратларни кабул килгандан кейин йуколади</b>				
<b>Сурункали таркок силда перкуссияда кандай товуш эшитилади</b>	перуктор товуш бугик	перуктор товуш кучайган	тумток перуктор товуш	узгаришсиз
<b>Сурункали таркок силда аускултацияда кандай узгариш булади</b>	хул ва курук хриплар	везикуляр товуш кучайган	бронхиал товуш сусайган	узгаришсиз
<b>Милиар туберкулёз билан касалланган беморларнинг шикоятлари.</b>	температура кутарилиши, кучли бош огриги, хамсираш йутал, балгам ташлаш холсизлик терлаш	калтираш, сассик хидли балгам ажратиш	диспепсия куюк-шиширасимон балгам ажратиш хамсираш совук котиш	юррак сохасида огрик, бош айланиши хамсираш, куз олди коронгилашуви
<b>Милиар упка силида Манту синамасининг натижаси</b>	манфий	гипперергик	гипоэргик	шубхалар
<b>Уткир милиар силида аускултацияда кандай нафас эшитилади</b>	курук ва хул хриплар	дагал товуш, курук хриплар	дагал товуш, курук хриплар плевра инкаланиш шовқини	суст везикуляр нафас
<b>Милиар силнинг клиник белгилари неча кундан кейин юзага чикади</b>	1-3 кундан кейин	4-6 кундан кейин	10-15 кундан кейин	20-30 кундан кейин
<b>Диссеминацияли упка сили неча фоиз икки томонлама кузатилади</b>	90-95 фоиз	80-85 фоиз	75-85 фоиз	70-85 фоиз
<b>Диссеминацияли упка силига хос омиллар</b>	Бациллия, макроорганизмнинг резистентлигининг пасайиши,	Бацелимия, бациллия	Макроорганизм резистентлиги ошиши, микроорганизм вирулентлиги пасайиши	Хаммаси тугри
<b>Диссеминацияланган упка силининг Рентгенологик куриниши</b>	упканинг юкори, урта ва пастки кисмларида майда икки миллиметр катталикдаги учоклар	упканинг катта кисмида майда учоклар	катта, полигонал учоклар упканинг урта ва пастки кисмида ассиметрик жойлашган	упканинг суръати ва илдизи аник
<b>Ярим уткир диссеминацияли упка силида коннинг узгариши</b>	уртача лейкоцитоз: лейкоцитар формула чапга силжиган: уртача СОЭ	лимфопения СОЭ-40 мм/с ошган лейкоцитоз	лейкоцитоз миелоцитлар ва метомиелоцитлар анемия тромбоцитопения	эритроцитоз ретикулоцитоз лейкопения СОЭ тезлашган
<b>Диссеминацияланган упка сили д/ диагностикаси кайси касаликлар б-н утказилади</b>	силикоз, саркоидоз, метастатик рак билан	упка усмаси б-н ва инфилтратив туберкулёз	бронхоэктаз, крупоз пневмония	бронхиал астма, сурункали бронхит
<b>Диссеминацияли упка силида учоклар куйидагича жойлашади</b>	иккала томонда купрок юкори ва урта булакларида жойлашади	факаг чап упкада	илдиз атрофида	булаклараро плеврада
<b>Диссеминацияли упка сили кандай йул билан таркалади</b>	Гемотоген, лимфоген, бронхоген	Гемотоген бронхоген	Огиз-бурун оркали	Гемотоген
<b>Диссеминацияли упка силининг кечиш турлари</b>	Уткир, ярим уткир, сурункали	Уткир, хроник, ярим уткир, яшин тезлигида	Уткир, яшин тезлигида	Уткир
<b>Милиар силнинг симптомларига караб</b>	Тифсимон, упка, менингиал	Тифсимон, менингиал	Упка, буйрак, менингиал	Упка, Менингиал

<b>турлари</b>				
<b>Майда учокли диссеминацияли силда учоклар диаметри</b>	1-2мм дан ошмайди	3-5мм дан куп	0-1мм гача	10мм дан юкори
<b>Диссеминацияли упка силининг кандай турида упка эмфиземаси ривожланади</b>	Сурункали турида	Уткир формасида	Хамма турида	Ўткир ости турдан кейин
<b>Таркок упка силида учоклар куйидагича жойлашади</b>	иккала ўпкада симметрик ва купрок упканинг юкори ва урта кисмларида	бир томонлама	илдиз атрофида	булақлараро плеврада
<b>Милиар гематоген силда упканинг кайси кисмида майда буртмачаларбулади</b>	юкори ва урта кисмида	хамма кисмида	юкори кисмида	ўзгаришсиз
<b>Милиар гематоген силда тана харорати нечагача кутарилади</b>	39-40	субфебрил	38-38,5	37-40
<b>Милиар силнинг кайси формасида интоксикация белгилари юкори туради</b>	хамма формасида	упка формасида	менингиал формасида	узгаришсиз булади
<b>Милиар гематоген силда учоклар размери нечага тенг</b>	1-2мм	2-3см	3-6см	3-6мм
<b>Ўткир ости таркок силда учоклар размери нечага тенг</b>	8-10мм	3-5см	2-4мм	4-5см
<b>Диссеминацияли упка сили бирламчи касалланишни неча фоизни ташкил этади</b>	5-9 фоиз	40-50 фоизни	2-7 фоиз	12-18 фоиз
<b>Диссеминацияли упка силидан улим неча фоизни ташкил этади</b>	3-10 фоиз	9-12 фоиз	15-17 фоиз	7-14 фоиз
<b>Милиар упка силининг тифсимон кечишида тана харорати кандай кузатилади</b>	Тулкинсимон тана харорати	Гектик тана харорати	Субфебрил тана харорати	Нормал тана харорати
<b>Сурункали таркок силдан кейин кандай асорат колади</b>	спонтан пневмоторакс,упк адан кон кетиш,амилоидоз, жинсий органлар сили	окма яралар контрактуралар жигар етишмовчилиги	упка-юрак етишмовчилиги,жи гар етишмовчилиги	хеч кандай асорат бермайди
<b>Таркок упка сили кайси касалликлар билан киесий ташхис қилинади</b>	учокли пневмония,саркаи доз,рак	абцесс,рак,гангр ена,пневмония	бронхоэктаз,абцесс	хамма касалликлар билан
<b>Ўткир милиар силида аускультацияда кандай нафас эшитилади</b>	курук ва хул хриплар	дагал товуш, курук хриплар плевра инкаланиш товуши	суст везикуляр нафас	узгаришлар
<b>Учокли упка силида учоклар катталиги нечага тенг</b>	10 мм гача	10 см гача	2-8 мм	10 мм дан катта
<b>Учокли упка силини патанатомик қуринишлари</b>	юмшок учокли фиброз учокли	юмшок учокли,калцинат ли	фиброз учокли, цирроз учокли	учоклар кузатилмайди
<b>Учокли упка силида субфебрил температура неча кун сакланади</b>	20-30 кун	7-8 кун	12-13 кун	2-3 ой

<b>Учокли упка сили кайси касалликлар билан диф-д-ка килинади</b>	грипп, тиреотоксикоз, вегетоневроз, учокли эоз-ли пневмония	рак, пневмосиллар, гриппи	саркоидоз, пневмония, бронхиаденит	хамма касалликлар билан
<b>Учокли упка силида субфебрил температура неча кун сакланади</b>	1 ойгача	12-15 кун	3-8 кун	кузатилмайди
<b>Учокли упка силида перкуссияда қандай товуш эшитилади</b>	узгаришсиз	перкутор товуш, тумток	перкутор товуш, кискарган	перкутор товуш, бироз кискарган
<b>Учокли упка силида аускультацияда қандай нафас эшитилади</b>	везикуляр нафас пасайган	везикуляр нафас, кучайган	везикуляр нафас, каттиклашган	бронхиал нафас
<b>Учокли упка силида кичик учоклар размери нечага тенг</b>	1-2мм	2-6мм	8-10мм	1-2см
<b>Учокли упка силида урта учоклар размери нечага тенг</b>	4-7мм	5-8мм	4-8мм	6-10мм
<b>Учокли упка силида йирик учоклар размери нечага тенг</b>	8-10мм	1-2см	3-8мм	2-8мм
<b>Фаол учокли упка силининг клиник белгилари</b>	субфибрилитет, уйкиннинг бузилиши, холсизлик, терлаш, иштаха пасайиши	адинамия	субфибрилитет, терлаш, кон тупириш	ориклаш, иштахасизлик, каттик кучли йутал, рангининг, оқариши
<b>Учокли упка силининг физикал белгилари</b>	хул ва курук хар хил катталиқдаги хирилаш	бронхиал нафас, хул хирилаш	каттик нафас, курук хирилаш ва айрим майда хул хирилашлар	крепитация, курук хирилаш
<b>Учокли упка силининг емирилиш даврида балгамдаги узгаришлар</b>	холестерин, Куршман спирали, Шарколейден кристаллари	эластик толалар, холестерин	петрификацияга учраган толалар, микобактерия, узгармаган эритроцитлар	пневмакокк, стафилакокклар
<b>Учокли упка силининг инфилтратив фазасида гемограмманинг узгариши</b>	муътадил лейкоцитоз, нейтрофилия, чапга силжиш, СОЭ-25мм.с	лейкоцитоз, нейтрофилия, лимфоцитоз	анемия, эозинофилия, лейкопения	тромбоцитопения, лейкоцитоз.
<b>Учокли упка силида рентген узгаришлар</b>	2-10 мм булган паст ва урта интенсивликда чегараси аниқ булмаган учоклар	упканинг юкори булакларидан 1 см дан катта булган фокус яллигланиш	пневмосклероз, турсимон упка сурати, упка илдизи, атрофида фокус яллигланиш	упканинг урта ва пастки қисмларида майда чегараси аниқ тарқок жойлашган учоклар
<b>Учокли упка сили куйида касалликларни б-н фаркланади</b>	бронхопневмония, вегетоневроз, тиреотоксикоз, грипп, эозинфил пневмония	токсик фиброзли альвеолид, саркоидоз, селикоз, упка раки	эхинококк тугма, поликистоз	корин тифи, молярия
<b>Инфилтратив упка силида аускультацияда қандай нафас эшитилади</b>	сув везикуляр нафас	хул хриплар	курук хриплар	узгаришсиз
<b>Инфилтратив силда перкуссияда қандай товуш эшитилади</b>	тумток, перкутор товуш	кучайган перкутор товуш	кискарган перкутор товуш	узгаришсиз
<b>Инфилтратив силда лейкоцитлар қанча кўпайган</b>	9000-12000	8000-10000	15000-20000	16000-25000
<b>Емирилиш фаза булмаган</b>	узгаришсиз перкутор товуш	тумток перкутор товуш	кучайган перкутор товуш	кутичасимон перкутор товуш

<b>туберкуломаларда перкуссияда қандай товуш эшитилади</b>				
<b>Емирилиш фаза булмаган туберкуломада аускультацияда қандай нафас эшитилади</b>	кучайган везикуляр нафас	сусайган везикуляр нафас	нам хриплар	узгаришсиз
<b>Инфильтратив силда упкада қандай соя куринади</b>	ногомоген соя	унча куюк булмаган	куп куюкклашган соя	упка узгаришсиз
<b>Солидар гемоген туберкулема неча каватдан тузилган</b>	2 кават	3 кават	4 кават	узгаришсиз
<b>Кават-кават солидар туберкулема неча каватдан иборат</b>	1-кават	3-кават	2-3 кават	4-5 кават
<b>Конгломерентли туберкуломадаги учоклар қандай кобик билан ураш</b>	умумий кобик	юмшок кобик	юпка кобик	хеч қандай кобиксиз
<b>Конгломерентли туберкулема қандай тузилишга эга</b>	гадир-будур	умумий	махаллий	кобиксиз
<b>Инфильтратив пневмоник туберкулемада қандай учоклар учрайди</b>	гемоген	полициклин	фокуси	хеч қандай учок
<b>Инфильтратив пневмоник туберкулемада қандай яллигланиш кузатилади</b>	экссудатив яллигланиш кузатилмайди	инфильтратив яллигланиш	экссудатив яллигланиш кузатилади	узгаришсиз
<b>Туберкулёз микробактериялари туберкулемада балгамда қандай топилади</b>	умуман топилмайди	жуда кам	жуда куп	доимий
<b>Туберкулемада туберкулин синамаси қандай натижа беради</b>	гиперэргик	манфий	шубхали	узгаришсиз
<b>Рентгенда туберкуломаларда кальциниланган учоклар қандай курилади</b>	гемоген соя куринади	бир текис куринади	бир текис курирмайди	узгаришсиз
<b>Туберкулемада клиник белгилар қандай ривожланган</b>	ривожланмаган	кучли ривожланган	кам ривожланган	доимий ривожланган
<b>Туберкуломалар қайси пайтда куп топилади</b>	профилактик куриқда	рентгенда	манту синамасида	топилмайди
<b>Туберкуломани диаметри қанча булади</b>	1 см дан катта	10 мм гача	10 см дан катта	8-10 мм гача
<b>Псевдо туберкулема неча каватдан иборат</b>	3-кават	2-кават	1-кават	4-кават
<b>Туберкуломалар контомир билан қандай таъминланган</b>	емон таъминланган	жуда емон таъминланган	яхши таъминланган	узгаришсиз
<b>Туберкуломалар микроскопда курилганда қандай микробактериялар аниқланади</b>	вирулент	анотоген	ўлдирилган	эластик
<b>Инфильтратив упка силида аускультацияда қандай нафас эшитилади</b>	суст везикуляр нафас	хул хриплар	курук хриплар	узгаришсиз
<b>Инфильтратив силда</b>	бугик перкутор	кискарган	кутичасимон	узгаришсиз

зарарланган перкуссияда қандай товуш эшитилади	товуш	перкутор товуш	товуш	
Инфилтратив силда лейкоцитлар канча қупайган	9000-12000	8000-10000	15000-20000	16000-25000
Инфилтратив силда упкада қандай соя қуринади	ногемоген соя	куп куюклашган соя	хиралашган соя	упка узгаришсиз
Солитар гемоген туберкулема неча қаватдан тузилган	2 қават	3 қават	4 қават	узгаришсиз
Инфилтратларнинг рентгенологик турлари	Булутсимон, юмалок, лобит, сегментит, перцистланган	Булутсимон, юмалок, айлана	Юмалок, перцистланган, лобит	лобит, сегментит, перцистланган
Қайси инфилтрат тури куп холларда улимга сабаб бўлади	Лобит	Булутсимон	Сегментит	Перцистланган
Туберкуломада туберкулин синамаси қандай натижа беради	гиперэргик	манфий	шубхали	узгаришсиз
Туберкуломада клиник белгилар қандай ривожланган	ривожланмаган	кучли ривожланган	3-4 кун ривожланган	доимий ривожланган
Туберкуломалар қайси пайтда куп топилади	профилактик куриқда	рентгенда	манту синамасида	топилмайди
Қанақа турдаги инфилтратнинг кечиши ва натижаси огир ҳисобланади	казеоз пневмония	айлана инфилтрат	перициссурит	хаммаси
Инфилтратли упка сили қупрок қуйдаги сегментларга учрайди	I-II-VI-сигментда	VIII-IX-X сегментларга	III-сигментда	XI-сигментда
Инфилтративли упка сили қуйдаги касалликлар б-н фаркланади	утқир абцесс пневмония парчаланаетган упка раки	аденоматоз упка раки	эхинакокк вегитоневроз эозинофил пневмония	экзоген аллергик альвеолид
Инфилтратив упка силининг клиник белгилари	Орикланиш, адина мия, йутал, куп терлаш, субфебрил температура, хул курук хирлашлар	Бош огрик кунгил айниш кусиш иштаха пастлиги коринда огрик тилнинг қуриши	Юз ва лаблар шиши бармоқлар барабан таекчаларигидек тирноқлар ялтирок цианоз	Тез чарчаш нафас етишмаслиги упканинг хамма соҳасида курук хирлашлар
Булутсимон инфилтратнинг рентгенологик қуриниши	1-5 см даги фокус яллигланиш контри аник булмаган упка илдизи томон йуналган	Ўпка илдизи олдида аник чегарани гомоген айланасимон дог соя	Бир неча сигментни эгаллаган ноаник чегарали парчаланиш белгилари	Қаверналар ва таркалиш белгилари қуринади
Силнинг қайси клиник формаларида упка туберкуломалари ҳосил бўлади	Учокли упка силида инфилтратив упка силида	упка циррози фиброз ковернозли упка силида	туберкулёз интоксикацияси туберкулёз плевритида	бронхоаденит ва учокли пневмония
Упка туберкуломалари қупрок қуйдаги сегментларда учрайди	1-2-6-сигментда	фақат 10-сегментда	8-9-10-сегментда	фақат-11-сегментда
Ўпка туберкуломасининг рентгенда қуриниши	1-2-6-сигментларда овал айласимон фокус дог упка илдизида петрификатлар	3-5-сигментда ноксимон ноаник чегарали суюклик сатхи қуринадиган фокус	упка илдизи инфилтрацияси апневматоз ателектаз белгиси аник дог қуринади	хамма жавоб тугри
Упка	Солитар солитар	Эпителиоидли	Ёлгон	Айланасимон

<b>туберкуломасининг анатомик типлари</b>	каватма-кават конгломератли инфилтратив пневмоник сохта	каватма кават	туберкуломаконгло мерантли,кават-кават	овал
<b>Канака турдаги инфилтрат кечиши ва натижаси огир хисобланади</b>	казеоз пневмония	айлана,овал инфилтрат	перициссурит	хаммаси
<b>Инфилтратив упка сили учун куйидагилар хос эмас</b>	киска вакт ичида тез согайиш	уткир бошланиш юкори температура	емирилиш ва таркалиш	кондаги уткир узгаришлар
<b>Инфилтратли упка силинининг характеристикаси</b>	1см дан катта булган ногомоген корайиш	1см дан катта халкасимон хосила	5смли айланасимон хосила	янги ва эски учоклар атрофида перифокал яллигланиш
<b>Туберкулома купрок кайси упка касалликлари билан киесий ташхис килинади</b>	Упка раки, эхинококк, упка кистаси, инфилтратив упка сили	Упка раки, эхинококк, инфилтратив туберкулёз, бронхит, пневмония	Учокли туберкулёз, инфилтратив туберкулёз, бронхит, киста	Упканинг хамма касалликлари билан
<b>Инфилтратив туберкулёз уткир кечганда кондаги узгаришлар</b>	ЭЧТ 30-400мм/с, лейкоцитоз	Нейтрофиллар купайган, лимфоцитлар камайган, ЭЧТ кучайган	Конда узгаришлар кузатилмайди	Нейтрофиллар, лимфоцитлар камайган, ЭЧТ кучайган
<b>Инфилтратив упка сили диагностикасида асосий яқунловчи текшириш усули</b>	Рентгенография	Бронхоскопия	Бронхография	Анамнез
<b>Инфилтратив упка силига куйидагилар хос эмас</b>	киска вакт ичида тез согайиш	уткир бошланиш,юкор и температура	хул ва курук хириллалар	емирилиш ва таркалиш
<b>Инфилтратив пневмоник учоклар атрофида кандай нафас эшитилади</b>	нам хриплар	бронхиал	везикуляр	везико-бронхиал
<b>Кавернозли упка сили хосил булиши куйидагича булади</b>	кечиктириб аникланган хисобланади	уз вақтида аникланган хисобланади	барвакт аникланган хисобланади	аниклай олмайман
<b>Кавернали туберкулёз кайси туберкулёз формасидан келиб чиқади</b>	учокли,инфилтратив таркок туберкулёз	бирламчи туберкулёз комплекси бронходенит,учо кли, инфилтратив туберкулёз	циррозли инфилтративдан кейин	уз-уздан пайдо булади
<b>Каверна девори неча каватдан иборат</b>	3 кават	4 кават	1 кават	5 кават
<b>Кенг дренаж килувчи бронхи булган катта ковак устида кандай нафас эшитилади</b>	бронхиал, хул хириллашлар	бронхиал	везикуляр,курук хириллашлар	хул ва курук хириллалар
<b>Каверна девори кандай каватлардан тузилган</b>	фиброзли ташки кават, грануляцион ва Пирагов-Лангхас хужайралари, некрозли кават	эпителиоид,грануляцион кават	фиброз,грануляцион,коллаген толалар кават	грануляцион коллаген агрофил кават
<b>Каверна атрофида упка туқимасида кандай узгаришлар кузатилади</b>	некроз	казеоз	склероз	узгаришсиз
<b>Ковакларнинг хосил булиши канчагача</b>	4-8 ой	12-16 ой	2 ойгача	10-14 ойгача



<b>давом этади</b>				
<b>Кавернанинг урта кавати қандай тузилишга эга</b>	грануляцион кават	эпителиоид кават	некроз кават	коллаген кават
<b>Спонтан пневмоторакснинг клиник белгилари.</b>	бирданига тутканоксимон кучли огрик, курук йутал, хансираш, со вук тер босиш	сикладиган кучли огрик нафас етишмаслик холсизлик	тутканоксимон кучли огрик, бош айланиш, кушиш, кон босимнинг пасайиши	кон босимнинг пасайиши, бош айланиш
<b>Кон кетиш нима</b>	Суткасига 100млгача кон кетиш	Суткасида 50млгача кон кетиш	Суткасига 100млдан куп кон кетиш	Доимий кон кетиш
<b>Штампланган кавернанинг асосий белгилари</b>	юпка деворли, фиброз капсуласиз учоклар инфилтратлар орасида жойлашган	девори икки уч миллиметр булган, яллигланган упкада жойлашган каверна	калин деворли, овал еки ноксимон ковак, мажнунтол белгиси ва бронхоген таркалиш	яллигланган упкада суюклик сатхи куринадиган ковак
<b>Упка силининг қайси формаси фиброз-каверноз упка силига олиб келмайди</b>	циррозли упка сили	учокли упка сили	кавакли упка сили	инфилтратив упка сили
<b>Ковернозли туберкулёз қайси клиник турлардан купрок шаклланади</b>	инфилтратли туберкулёз, дисеминацияланган туберкулёз ва упка туберкуломаларида	фиброз коверноз ва цирротик упка силида	болалар ва усмирларда туберкулёз интоксикацияси ва плевритда	туберкулёз плевритида, учокли туберкулёз
<b>Коверналарнинг ҳосил булиш сабаби</b>	монотерапия микробларнинг чидамлилиги ошса уз вақтида аникланмаган давонланилмаган ва киска муддатли даволашда	уз вақтида комплекс комбинацияли даволашда	хаммаси тугри	плевра варакалари калинлашган
<b>Кавернанинг ретгенологик қурилиши</b>	3-4 см юпка деворли айланасимон бушлик 1-2-6 сегментда жойлашади майда учоклар	плевранинг варакаларининг калинлашуви	яллигланган томонга упка илдининг ва суратининг тортилиши кукс оралиги	упка хажми кичрайган ковергалар ораси торайган
<b>Фиброз ковернозли упка сили рентгенда қуйидагича қуринади</b>	калин деворли халкасимон ноксимон ва бошка формали бушлик атрофида майда	диафрагма кутарилган упка хажм кичрайган кукс оралиги аъзолари касал томонга	3-4 см юпка деворли айланасимон бушлик	плевра варакалари калинлашган
<b>Фиброз коверноз упка силида қоннинг узгариши</b>	нейтрофил лейкоцитоз моноцитоз СОЭ уртача	тромбоцитопени я лейкоцитоз	эозинофилия лимфацитоз паст СОЭ	анемия
<b>Фиброз каверноз упка силида балгамдаги узгаришлар</b>	Эрлих туртлиги	Куршман спирали Шарколейден кристали эозинофиллар	стафилакокк стрептококк эритроцитлар	лейкоцитлар
<b>Habitus phtizicus қуйидагича булади</b>	тери ранги оқарган ингичка узун буйинли ясси курак кафаси туш учбурчаги кичик	юзи ориклаб саргиш тус олган тил лаблар кони кочган	оёк-қулларида шиш қорни катталашган ранги саргиш	терисининг куруклиги юкори булган тирнок ва сочларнинг тез

				синиши
<b>Кон тупириш нима</b>	1 суткада балгам б-н 50 мл гача кон тупириш	балгамсиз тупикда узгармаган холда кон тупириш	суткада 100 мл кон балгам б-н тупириш	суткада 250 мл кон тупириш
<b>Кон тупиришнинг сабабалари</b>	гипо-а витаминоз нервнопсихик травма чарчаш кон томирлари утказувчанлиги ошиши	тукималарнинг ацетози иммуннобиологик холатнинг узгариши	организмнинг резистентлини ошиши	каверно деворининг хужайраларининг пролеферацияси эпителиоид тукиманинг усиши
<b>Упка силининг кайси қл формаси фиброз-каверноз упка силига олиб келмайди</b>	циррозли упка сили	учогли упка сили, туберкулома	каверноз упка сили	инфильтратив упка сили
<b>Каверноз упка сили қандай туберкулёз хисобланади</b>	кечиктириб аникланган хисобланади	уз вақтида аникланган туберкулёз хисобланади	барвақт аникланган туберкулёз хисобланади	билмайман
<b>Кавернозли силни қайси касалликлар билан қиесий ташхис қилинади</b>	Эхинококк, киста, усма	Киста, пневмония, бронхит	Пневмония, киста, бронхит, бронхоэктаз	Хамма касалликлар билан
<b>Фиброз-кавернозли упка силни қайси касалликлар билан қиесий ташхис қилинади</b>	Бронхоэктатик касалликлар, упка раки, пневмосклероз	Рак, киста, пневмония	Бронхоэктатик касаллик, киста, пневмония, бронхит	Упканинг хамма касалликлари билан
<b>Кавернанинг ташқи қавати қандай тузилишга эга</b>	калин фиброз қават	грануляцион қават	юпка фиброз қават	казеозли қават
<b>Кавернанинг ички қавати қандай тузилишга эга</b>	казеоз-некрозли қават	фиброз қават	склерозли қават	грануляцион қават
<b>Кавернали силда балгам қандай ажралади</b>	кам ажралади	куп микдорда кон аралаш	куп микдорда балгамни узи	йуталсиз балгам ажралади
<b>Кавернали силда перкуссияда қандай узгаришлар кузатилади</b>	перкутор товуш тумтоқ	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	узгаришсиз
<b>Кавернали силда аускультацияда қандай нафас эшитилади</b>	султ везикуляр нафас курук хрип	везикуляр нафас, хул хриплар	нам ва курук хриплар	узгаришсиз
<b>Кавернали туберкулёз қупинча упканинг қайси қисмида учрайди</b>	упканинг юкори қисмида	упканинг пастки қисмида	упканинг урта қисмида	упканинг урта ва пастки қисмида
<b>Кавернали силда қаверна девори нечага тенг</b>	6-8 мм	2-4 мм	1-2 см	5-10 мм
<b>Фиброз қавернозли туберкулёз эпидемиологик жихатдан қандай хисобланади</b>	энг хавфли тури	хавфли тури	кам хавфли тури	яхши тури
<b>Фиброз-кавернозли туберкулёз қайси туберкулёз формасидан кейин қелиб қикади</b>	таркок, инфилтратив, учокли туберкулёз	кавокли туберкулома, циррозли туберкулёз	бронхоаденит, учокли таркок силидан	хамма туберкулёз туридан кейин
<b>Фиброз-кавернозли туберкулёз энг қуп қайси туберкулёз формасидан кейин қелиб қикади</b>	инфильтратив туберкулёз	учокли туберкулёз	ковокли туберкулёз	плевра сили
<b>"Хабитус фтизикус" қайси туберкулёз</b>	фиброз-кавернозли силга	кавернозли силга	инфильтратив силга	циррозли силга

<b>формасига хос</b>				
<b>Фиброз кавернозли силда каверна атрофини кандай тукима эгаллайди</b>	фиброз тукима	коллаген тукима	грамулацион тукима	узгаришсиз
<b>Кон тупуриш энг куп кайси туберкулёз формасига хос</b>	фиброз-кавернозли силга	инфильтратив силга	таркок силга	кавернали силга
<b>Фиброз-кавернозли силда перкуссияда кандай товуш эшитилади</b>	перкутор товуш тумтоклашган	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
<b>Фиброз каверноз силида аускультацияда упкада кандай нафас эшитилади</b>	суст везикуляр нафас,хул ва курук хриплар	суст везикуляр нафас	кучайган везикуляр нафас	узгаришсиз
<b>Аускултацияда силлик деворли каверна устида кандай нафас эшитилади</b>	амфорик нафас,нам хиррилаш	бронхиал товуш курук хиррилаш	везикуляр товуш	бронхиал товуш
<b>Кенг дренаж килувчи бронхлари булган катта ковак устида кандай нафас эшитилади</b>	бронхиал, хул хиррилашлар	бронхиал	везикуляр,курук хиррилашлар	хул ва курук хиррилашлар
<b>Инфильтратив пневмоник учоклар атрофида кандай нафас эшитилади</b>	везикуляр	бронхиал	везико-бронхиал	нам хриплар
<b>Кавернанинг ташки кавати кндай тузилишга эга</b>	юпка фиброз кават	калин фиброз кават	склеретик кават	казеозли кават
<b>Кавернанинг ички кавати кандай тузилишга эга</b>	казеоз-некрозли кават	фиброз кават	коллаген кават	гранулацион кават
<b>Кавернали силда балгам кандай ажралади</b>	кам ажралади	куп микдорда кон аралаш	умуман ажралмайди	йуталсиз балгам ажралади
<b>Кавернали силда перкуссияда кандай узгаришлар кузатилади</b>	перкутор товуш тумток	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	узгаришсиз
<b>Кавернали силда аускультацияда кандай нафас эшитилади</b>	суст везикуляр нафас курук хрип	везикуляр нафас,хул хриплар	нам ва курук хриплар	узгаришсиз
<b>Фиброз каверноз силида плевра варақларида кандай узгариш кузатилади плевра варақлари юпкалашаган</b>	плевра варақлари калинлашган	плевра варақлари узгаришсиз	плевра варақлари некрозга учраган	плевра варақлари казеозга учраган
<b>Фиброз каверноз силида ковак кандай тузилишга эга.</b>	айлана тузилишга	юмшок тузилишга	нотугри тузилишга	узгариш тузилишга
<b>Фиброз кавернозли силда микробактерия балгамда кандай учрайди</b>	куп микдорда	кам микдорда	учрамайди	узгаришсиз
<b>Фиброз кавернозли силда конда лейкоцитлар нечага тенг</b>	12000-15000	10000-12000	15000-20000	25000-30000
<b>Фиброз каверноз силига иккиламчи инфекция тушганда тез кандай асорат беради</b>	казеоз пневмония	упка юрак етишмовчилиги	куп кон кетишлар	амилоидоз
<b>Фиброз каверноз силидан кейин аста-секин кандай асорат келиб чиқади</b>	упка-юрак етишмовчилиги	кон кетиш	амилоидоз	спонтан пневмоторакс
<b>Фиброз-каверноз упка</b>	упка	инфильтратив,та	рак,	грипп,

<b>силлини кайси касалликлар билан д/диагностика килинади</b>	раки, бронхоэктроз, пневмосклероз	ркок циррозли туберкулёз	пневмосклероз, учокли туберкулёз	эхинокок, рак
<b>Фиброз-кавернозли силда перкуссияда кандай товуш эшитилади</b>	перкутор товуш тумтоклашган	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
<b>Упка циррози купинча силнинг кайси формасидан кейин келиб чикади</b>	фиброз-каверноз ва сурункали таркок силдан кейин	фиброз каверноз ва мимиар таркок силдан	сурункали таркок туберкулёз ва инфилтратив силдан кейин	силнинг хамма формаларидан кейин
<b>Упканинг циррозли силида 1-чи куринадиган клиник белгилар</b>	нафас кисидан, юрак тез уришидан	кон тупуришдан	кучли йутал билан балгам, кон тупуришдан	хеч нарса безовта килмайди
<b>Упка циррозида перкуссияда кандай товуш эшитилади.</b>	тумток перкутор товуш	кучайган перкутор товуш	куттичасимон товуш	хеч кандай товуш эшитилмайди
<b>Упка циррозида зарарланган сохада аускультацияда кандай товуш эшитилади.</b>	везикобронхиал нафас	кучайган везикуляр нафас	сусайган бронхиал нафас	хул хириплар
<b>Кон тупуриш нима</b>	бир суткада балгам билан 50 млгача микдорда кон тупуриш	балгамсиз тупукда узгармаган холда кон тупуриш	бир кунда 150 млгача кон тупуриш	суткада 250 млгача кон балгам билан тупуриш
<b>Кон тупуришнинг сабаблари</b>	гипо, авитаминоз, нерв-психик травмалар, физикавий кучли чарчаш, кон томирлар резистентлигининг ошиши	тукималарнинг ацидозини, иммунобиологик холатнинг узгариши	каверна девори хужайраларининг пролеферацияси, эпителиоид тукиманинг усиши	упка кон томирларининг ерилиши, кон юосимининг ошиши
<b>Циррозли упка сили купрок вақтда кузатилади</b>	узок-доимий даволанганда	тулик даволанмаганда	1 та АБ препарати кабул килганда	уз-узидан кузатилади
<b>Циррозли силда энг кучайган клиник белги</b>	нафас кисиди	кон кетиш	кукрак кафасида кучли огрик	узгаришсиз
<b>Циррозли силда бемор кон тупурса ахволининг узгариши</b>	асфикасия беради	ахволи узгармайди	ахволи емонлашади	упка-юрак етишмовчилиги ни беради
<b>Циррозли силда кукрак кафаси тузилиши</b>	деформацияга учраган	цилиндрик	бочкасимон	гиперстеник
<b>Циррозли силда перкуссияларда кандай товуш эшитилади</b>	перкутор товуш тумток	перкутор товуш аник	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
<b>Циррозли упка силида аускультацияда зарарланган сохада кандай товуш эшитилади</b>	везика-бронхиал нафас	амфорик нафас	хул-курук хриплар	узгаришсиз
<b>Циррозли силда упканинг соғ кисмида кандай товуш эшитилади</b>	кучайган везикуляр нафас	сусайган везикуляр нафас	хул хриплар	узгаришсиз
<b>Циррозли силда куп беморлар балгамида микробактерияни кандай ажратадилар</b>	ажратмайдилар	куп ажратадилар	кам ажратадилар	узгаришсиз
<b>Циррозли силда зарарланган сохада рентгенда кандай соя куринади</b>	гемоген куюк соя	хиралашган соя	юмалок соя	узгаришсиз

<b>Циррозли силда упканинг соғ қисмида қандай узғариш қузатилади</b>	деформацияга учраган	узғаришсиз	упка катталашган	упкада шу соҳада суюқлик йигилган
<b>Циррозли упка сили куп қайси туберкулёз формаларидан кейин келиб чиқади</b>	фиброз каверноз хр-к таркок туберкулёз	фиброз каверноз,инфиль тратив	фиброз каверноз учокли туберкулёз	плевра силидан кейин
<b>Циррозли упка сили кам холларда қайси туберкулёз формасидан кейин келиб чиқади</b>	милиар гемотоген туберкулёз	фиброз-каверноз,учокли туберкулёз	инфильтратив,плевра сили	сурункали таркок силдан
<b>Циррозли упка сили упканинг қайси қисмида куп жойлашган</b>	унг упка юкори қисмида	унг упка пастки қисмида	унг упка урта қисмида	чап упка юкори қисмида
<b>Циррозли упка сили куп қайси туберкулёз формаларидан кейин келиб чиқади</b>	фиброз каверноз хр-к таркок туберкулёз	фиброз каверноз,инфиль тратив	фиброз каверноз учокли туберкулёз	плевра силидан кейин
<b>Циррозли упка сили упканинг қайси қисмида куп жойлашган</b>	унг упка юкори қисмида	унг упка пастки қисмида	унг упка урта қисмида	чап упка юкори қисмида
<b>Циррозли упка сили купрок вақтда қузатилади</b>	узок-доимий даволанганда	тулик даволанмаганда	1 та АБ препарати кабул қилганда	уз-уздан қузатилади
<b>Циррозли силда энг қучайган клиник белги</b>	нафас қисиши	кон кетиш	кукрак кафасида қучли огрик	узғаришсиз
<b>Циррозли силда бемор кон туपुरса ахволининг узғариши</b>	асфикасия беради	ахволи узгармайди	ахволи емонлашади	упка-юрак етишмовчилиги ни беради
<b>Кон тупуриш энг куп қайси туберкулёз формасига хос</b>	фиброз-кавернозли силга	инфильтратив силга	таркок силга	кавернали силга
<b>Циррозли силда перкуссияларда қандай товуш эшитилади</b>	перкутор товуш қискарган	перкутор товуш тумток	перкутор товуш қучайган	перкутор товуш узғаришсиз
<b>Циррозли упка сили аускультацияда зарарланган соҳада қандай нафас эшитилади</b>	везика-бронхиал нафас	амфорик нафас	хул-қурук хриплар	узғаришсиз
<b>Фиброз каверноз силида плевра варакларида қандай узғариш қузатилади</b>	плевра вараклари қалинлашган	плевра вараклари юпкалашаган	плевра вараклари ярага учраган	плевра вараклари некрозга учраган
<b>Фиброз каверноз силида ковак қандай тузилишга эга</b>	айлана тузилишга	юшоқ тузилишга	нотугри тузилишга	узғариш тузилишига
<b>Фиброз кавернозли силда микробактерия балгамда қандай учрайди</b>	куп микдорда	кам микдорда	учрамайди	узғаришсиз
<b>Фиброз-каверноз упка силини қайси касалликлар билан диф.диагностика қилинади</b>	упка раки, бронхоэктоз, пневмосклероз	инфильтратив, таркок циррозли туберкулёз	рак, пневмосклероз, учокли туберкулёз	грипп, эхинокок, рак
<b>Кавернали туберкулёз қайси туберкулёз процесидан келиб чиқади</b>	учокли,инфильтратив таркок туберкулёз	бирламчи туберкулёз комплекси бронходенит,учокли,инфильтратив туберкулёз	циррозли инфильтративдан кейин	уз-уздан пайдо булади
<b>Каверна девори неча</b>	3 қават	4 қават	1 қават	5 қават

<b>каватдан иборат</b>				
<b>Каверна девори кандай каватлардан тузилган</b>	фиброзли ташки кават, грануляцион, некрозли кават	эпителиод,грануляцион кават	фиброз,грануляцион,коллаген толалар кават	грануляцион коллаген агрофил кават
<b>Кавернали атрофида упка тукумасида кандай узгаришлар кузатилади</b>	некроз	казеоз	склероз	узгаришсиз
<b>Ковакларнинг хосил булиши канчагача давом этади</b>	4-8 ой	12-16 ой	2 ойгача	4 йилгача
<b>Кавернасининг урта кавати кандай тузилишга эга</b>	грануляцион кават	эпителиод кават	некроз кават	коллоген кават
<b>DOTS дастури буйича 2-тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади</b>	Интенсив 3 ой , кувватловчи 5 ой	Интенсив 2 ой,куватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой
<b>Силни даволашнинг умумий принциплари</b>	комплекс,комбинацияли,давомий,оптимал дозада-АБП-б-н,патогенетик,симптоматик даволар	витами́нлар,антибиотиклар,гармонотерапия	стрептомицин,гармонотерапия	физиотерапевтик муолажалар,биостимуляторлар
<b>АБП-эффeктли таъсири буйича куйидагича гурухланади</b>	1-изониазид,рифампицин,2-стрептомицин,этамбутол ва хк,3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бенемицин	1-гурух-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бепаск,2-тибон,канамицин,3-тубазид,этамбутол
<b>Упка силини даволашда канача жаррохлик усулларида фойдаланилади</b>	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	факат радикал операциялар	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
<b>Радикал операцияга куйидаги жаррохлик муолажалари киради</b>	пульмонэктомия,лобэктомия,сегментэктомия	торакопластика	кавернотомия,торакопластика	плеврэктомия,декортикация
<b>Палиатив операция услуга куйидагилар киради</b>	кавернотомия,торакопластика	пульмонэктомия, декортикация	лобэктомия,бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика
<b>Тиклантирувчи операцияларга куйидагилар киради</b>	декортикация,плеврэктомия,бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика, кавернотомия	пульмонэктомия,лобэктомия	торакопластика, декортикация
<b>Спонтан пневмотораксининг клиник белгилари</b>	кучрак кафасида кучли огрик,хансираш,бош айланиши,курук йутал,совук тер босиши	чап томонда кучли огрик,кул,жагга берилиши,кучли кузгалиш,нафас етишмаслиги	кунгил айниш,кусиш,холсизлик,КБ-пасайиши	хаммаси тугри
<b>Спонтан пневмотораксининг рентген куриниши</b>	перикостал чузык бушлик упка тукумаси сикилган сог томонга силжиган	3-4смли юпка деворли ковак,атрофида майда учоклар	перифокал яллигланиш,суюклик сатхи куринадиган бушлик	диафрагма кутарилган,упка хажми кичрайган
<b>Изониазид таблетка холида канча дозаларда чиқарилади</b>	0,1; ва 0,3 гр	0,1;0,2;0,3; мг дан	0,01 мг ва 0,3 мг	0,1; 0,3; 0,5 дан
<b>Изониазидни максимал кондаги концентрацияси неча соат сакланади</b>	8-10 соат	1-3 соат	2-6 соат	20-24 соат
<b>Изониазид гемотознефалит</b>	енгил утади%	кийинчилик билан утади	ута олмайди	хаммаси тугри

<b>барьердан кандай утади</b>				
<b>Изониазид кандай таъмли модда</b>	аччик	ширин	нордон	тамсиз
<b>Изониазид сувда кандай эрийди</b>	секин эрийди	умуман эрмайди	кийинчилик билан эрийди	тез эрийди
<b>Изониазид неча фоиздан эритма холида чиқади</b>	2;5;10 фоизли	2;3;5;10 фоизли	1;2;3;5 фоизли	5;10 фоиз
<b>Стрептомицинни суткалик дозаси канчани ташкил қилади</b>	15-20 мг/кг	5-10 мг/кг	2-4 мг/кг	0,3-0,8 мг/кг
<b>Изониазидни катталар учун суткалик дозаси</b>	4-6 мг/кг	3-5 мг/кг	15-30 мг/кг	40-50 мг/кг
<b>Туберкулёз менингитида орқа мия суюқлиги таркиби қуйидагича узгаради</b>	оксил-6-30гг цытоз 100-150,канд ва хлоридлар камайган, НОННЕ-Апельт реакция мусбат	оксил-03-3гг цитоз-1.5 канд микдори 04-05гг хлоридлар-7,6	оксил-30-40гг, цытоз-1000 канд , хлоридлар кисман камайган	оксил-1,5-3,0гг,цытоз-1000,канд купаёган,хлоридлар камайган,Нонне-Апельт реакцияси мусбат фибрин пленка чуқади
<b>Эксудатив плевритга хос физикавий белгилар</b>	тумток товуш, пасайган везикуляр нафас,плевра ишқаланиш шовқини	Амфорик нафас кутисимон товуш таркок хул ва курук хирилаш	тимпанит бронхиал нафас курук хирриллаш эшитилади	везикуляр нафас хирриллаш йук
<b>Фибриноз плевритнинг клиник белгилари</b>	кукрак кафасида огрик хансираш курук йутал субфебрил температура	гектик тана харорати кукрак кафасида огрик хидли балгамли йутал	кукрак кафасида бирдан кучли огрик хансираш цыаноз тери ости ва буйин эмфиземаси	уткир тутканокли кучли огрик кукрак кафасида,чап томонда,елка кулга
<b>Фибриноз плевритнинг физикавий белгилари ва симптомлари</b>	тумтоклик,пасайган везикуляр нафас,плевра варакаларининг ишқаланиши	Тумтоклик,пасайган везикуляр нафас	бронхиал нафас тумтоклик,хул хирриллашлар	амфорик нафас,кутисимон товуш,таркок хул ва курук хирриллашлар
<b>Фибриноз плевритда гемограммининг узгариши,</b>	уртача лейкоцитоз,нейтрофиллез,таекча ядроли нейтрофиллар чапга силжиши СОЭ-баланд	усиб борадиган анемия,юкори СОЭ	лейкопения,лимфоцитоз,юкори СОЭ	эритроцитоз,лейкопения,юкори-СОЭ
<b>Плевра сили сининг канака тури хисобланади</b>	Клиник тури	сурункали тури	уткир тури	яширин тури
<b>Туберкулёз плевритида плевра бушлигида кандай процесс юз беради</b>	плевра бушлигида суюклик йигилиб яллигланиш юз беради	плевра бушлигида суюклик йигилади	плевра бушлигида яллигланиш юз беради	узгаришсиз
<b>Туберкулёз плевритининг қайси тури қуп учрайди</b>	костодиафрагмал	диафрагмал	медиостемоал	интерлабар
<b>Туберкулёз плеврити упка синининг неча фоизини ташкил этади</b>	3-6 фоиз	10-15 фоиз	20-25 фоиз	50 фоиз
<b>Туберкулёз плеврити қайси йул билан қуп тарқалади</b>	лимфо-гемотоген	гемотоген	бронхоген	алиментар
<b>Плевра сили қайси ешда қуп учрайди</b>	урта ешларда	қариларда	болалар ва усмирларда	хамма ешда

<b>Плевра силининг кайси тури куп учрайди</b>	экссудатив	геморогик	йирингли	фибринозли
<b>Эозиофилли плеврит неча фоизни ташкил килади</b>	10-15 фоиз	15-20 фоиз	30-40 фоиз	100 фоиз
<b>Нейтрофилли плеврит неча фоизни ташкил килади</b>	1-5 фоиз	8-10 фоиз	20 фоиз	18-30 фоиз
<b>Экссудатив плевритда плевра деворида қандай узгаришлар кузатилади</b>	Туберкулёз буртмачалари	кушувчи тукима коплаган	фибрин толалари коплаган	узгариш кузатилмайди
<b>Экссудатив плевритда тана ҳарорати нечага тенг булади</b>	37,0-38,0	37,1-37,65	38,0-38,3	нормада
<b>Фибринозли плеврит купрок упканинг қайси қисмида жойлашади</b>	апикал	костал	диафрегал	аралаш
<b>Экссудатив туберкулёз плевритида плевра бушлигида қандай суюқлик куп йиғилади</b>	сероз-экссудатив	сероз	йирингли	аралаш
<b>Қайси плевритни курук плеврит дейилади?</b>	фибринозли	сероз	сероз-фибриноз	геморогик
<b>Фибринозли плевритни қайси ковурга оралигидан пункция қилинади</b>	2-3 ковурга олд томондан	7-8 ковурга орқа томондан	7-8 ковурга олд томондан	хамма ковурга оралигидан
<b>Фибринозли плевритда рентгенда қандай узгариш қуринади</b>	фибрин толалари катлам булиб қуринади	суюқлик қуринади	органлар соғ толада сурилган	узгаришсиз
<b>Хужайра таркибига қура қанақа плевритлар қузатилади</b>	лимфацилли, эозимофилли, нейтрофилли	лимфоцитли, мон оцитли	эозимифилли, моноцитли, лейкоцитли	хамма тури учрайди
<b>Нейтрофилли плевритдан кейин қандай плеврит юз беради</b>	сероз йирингли	сероз геморогин	сероз-фибринозли	фибриноз йирингли
<b>Фибриноз плевритда рентген суратдаги узгаришлар қуйидагича</b>	костадиафрагал соҳада юкори чегараси қиялашган доғ	тиниклиги пасайган, плевра қалинлашган, бул ақлараро шварта, чизиксим он доғлар	чегараси ноаник, ногомоген доғ, диафрагама қутарилган, қукс аъзолари доғ томон силжиган	упканинг пастки қисмида суюқлик сатҳи
<b>Экссудатив плевритда рентгнологик узгаришлар қуйидагича</b>	костадиафрагал соҳада юкори чегараси қиялашган интенсив доғ, диафраганинг паст тушиши	чегараси ноаник, ногомоген доғ, қукс оралиги аъзолари доғ томон силжиган диафрагама қутарилган	упқада ен томонлама чузик бушлик қуринади	сегментар бронх йуналишида ноаник чегарали доғ ва ундаги суюқлик сатҳи
<b>Трансудатнинг биохимиявий таркиби</b>	тиник, саргиш-ок рангли, хидсиз, сол. ог-1,015дан паст, оксил-30гл дан паст Ривальт манфий	тиник, сарик-кизгиш рангли, қуюк, чир инди хидли, оксил-30гл, Ривальт реакцияси мусбат	ранги тиник булмаган, хидсиз, ок сил-35гл, Ривальт р-яси мусбат, лейкоцитлар	атипик хужайрали, қуюк, кизил рангли суюқлик
<b>Туберкулёз плевритида экссудатнинг биохимиявий таркиби қуйидагича</b>	тиник, хидсиз, оксил-0,30гл, Ривальт-мусбат, Кох-таекчалари	атипик хужайралар, қуюк, кизил рангли суюқлик	қуюк-саргиш суюқлик, оксил-35гл, сол ог-ги-1,045, Ривальт р-яси мусбат	сарик, қуюк суюқлик, чиринди хидли суюқлик, оксил-45гл, лейкоцитлар



<b>Эксудатив плевритда энг ривожланган симптом</b>	хансираш симптоми	тана хароратининг кутарилиши	юзаки нафас симптоми	узгаришсиз
<b>Эксудатив плевритнинг бошланиш даврида аускултацияда кандай нафас эшитилади</b>	сусайган везикуляр нафас	хул хириплар эшитилади	плевранинг ишкालаниш шовкини	узгаришсиз
<b>Эксудатив плевритда Эллис-Домузога Соколов эгри чизигида</b>	перуктор товуш тумтокланган	перкуссияда кандай товуш эшитилади	перкутор товуш кучайган	перуктор товуш пасайган
<b>Эксудатив плевритда юрак томондан кандай узгаришлар кузатилади</b>	тахикардия	юрак тонлари аник	юрак тонлари бугик	узгаришсиз
<b>Эксудатив плевритда суюклик тупланган сайин кандай нафас товуш эшитилади</b>	везикуляр нафас сусайган	майда пуфаккли хул хриплар	курук хриплар	узгаришсиз
<b>Эксудатив плевритни патогенетик куринишлар</b>	аллергик, перифок ал, плевра сили	перифокал эксудатив	эксудатив, фибрин озли, йирингли	эксудатив аллергия, плевра сили
<b>Эксудатив плевритни ташки куринишда асосий текшириш усули</b>	рентгеноскопия	пункцион	томография	бронхоскопия
<b>Аллергик плевритда юрак томондан канака узгаришлар кузатилади</b>	тахикардия	юрак тонлари бугик	брадикардия	хамма симптомлар юзага чиккан
<b>Аллергик плевритда тана харорати кандай узгаради?</b>	гектик яъни 41,0-42,0	нормада	субфебрил 37,0-37,8	узгаришсиз
<b>Перфокал плевритда аускультацияда кандай нафас эшитилади</b>	плевра ишкालаниш товуши	везикуляр нафас сусайган	везикуляр нафас кучайган	курук хриплар эшитилади
<b>Плевра сили кайси туберкулёз формасидан кейин келиб чиқади</b>	таркок туберкулёз	инфильтратив туберкулёз	бирламчи туберкулёз комплекси	туберкулёз менингити
<b>Туберкулёз эмпиемаси қачон ривожланади</b>	казеоз-некроз ривожланганда	катлам ривожланганда	учоклар ривожланганда	узгаришсиз
<b>Йирингли плевра силида тана харорати кандай бўлади</b>	гектик	нормада	субфебрик	узгаришсиз
<b>Йирингли плевритда СОЭ нечага тенг</b>	40-60 мм/с	10-15 мм/с	20-30 мм/соат	15-25 мм/с
<b>Совук эмпиема деб қачон айтилади</b>	интоксикация аломатлари йук	интоксикация белгилари кучли ривожланган	огрик ва кучли интоксикация белгилари	узгаришсиз
<b>Йирингли туберкулёз плевритдан кейин кандай асорат куп учрайди</b>	ички органлар амиолидоз	кон кетишлар	окма яралар	упка-юрак етишмовчилиги
<b>Туберкулёз плевритида Эллис-Дамуазе-Соколов эгри чизигида кандай товуш эшитилади</b>	перкутор товушнинг тумтоклашуви	амфорик товуш эшитилади	сусайган везикуляр товуш эшитилади	кутичасиммон товуш эшитилади
<b>Туберкулёз менингити асосан кандай йул билан тарқалади</b>	гематоген	лимфоген	лимфа-бронхоген	ликвороген
<b>Туберкулёз менингити купрок қайси туберкулёз формасидан кейин келиб чиқади</b>	милиар-гематоген таркок туберкулёз	инфильтратив туберкулёз	учокли	силнинг хамма туридан кейин
<b>Туберкулёз менингитида қайси жуфт нервлар куп зарарланади</b>	3,4,7 жуфт нервлар	3,4,8-чизуфт нервлар	6,7,8 чи нервлар	1,5,7,8-чи нервлар
<b>Қачон туберкулёз</b>	Мия юмшоқ	Мия	Мия каттик	Хаммаси тугри

<b>менингити дейилади</b>	пардаларининг туберкулёз таёкчалари билан зарарланиши	пардаларининг иккиламчи микроблар билан зарарланиши	пардаларининг туберкулёз таёкчалари билан зарарланиши	
<b>Туберкулёз менингитига таъриф беринг</b>	Мия пардаларини туберкулёз микроблари билан яллигланишига туберкулёз менингити дейилади	мия пардаларини бирор бир инфекция билан зарарланишига туберкулёз менингити дейилади	мия каттик ва юмшок пардаларини зарарланишига туберкулёз менингити дейилади	бош мия ва орка мияни зарарланишига туберкулёз менингити дейилади
<b>Туберкулёз менингити асосан қандай йул билан таркалади</b>	гемотоген, лимфаген	лимфоген	лимфабронхоген	хаммаси тугри
<b>Туберкулёз менингитида оксил микдори нечагача етади</b>	6-8-30,5 г/л	20-50,5 г/л	0,5-5,0 г/л	узгаришсиз
<b>Туберкулёз менингитида цитоз хужайралар микдори нечагача кутарилади</b>	100-150 г/л	10-15 г/л	200-400 г/л	узгаришсиз
<b>Туберкулёз менингитида хлоридлар микдори нечагача камайган</b>	5,6-5,8 г/л	3,5-5,5 г/л	4,5-10 г/л	узгаришсиз
<b>Туберкулёз менингитида канд микдори</b>	бироз камайган	жуда камайган	купайган	узгаришсиз
<b>Туберкулёз менингитида Панди-Нонне-Апельт реакциялари</b>	мусбат	манфий	камайган	Узгаришсиз
<b>Туберкулёз менингитида туберкулин синамаси қандай натижа беради</b>	гиперэргик	манфий	мусбат	Гипоэргик
<b>Туберкулёз менингитининг кечишига қараб турлари</b>	сероз базилиар менингоэнцефалит ,лептопахименингит	сероз,базилиар,л ептоменингит	сероз,менингоэнце фолит,лептопахименингит йирингли	базилиар,менингоэнцефалит,йирингли сероз
<b>Цереброснимал лептопахи-менингитида миянинг қайси қисми туберкулёз билан зарарланади</b>	бош ва орка мия	мия моддаси	мия юмшок моддаси	каттик мия пардаси
<b>Базиляр менингитида туберкулёз билан миянинг қайси қисми зарарланади</b>	мия асоси	мия моддаси	юмшок мия пардаси	узгаришсиз
<b>Сероз менингитида миянинг қайси қисми туберкулёз билан зарарланади</b>	юмшок мия пардаси	каттик мия пардаси	мия моддаси	бош ва орка мия
<b>Туберкулёз менингитининг қайси формасида менингиал симптомлар кучлиривожланган</b>	цереброснимал лептопахименингит	мероз менингит	менинго энцефалит	базиляр менингит
<b>Туберкулёз менингитининг яшин тезлигидаги тури қайси ешда қуп учрайди</b>	чакалоқларда	болаларда	усмирларда	хамма ешда
<b>Туберкулёз менингитини даволашда утказиладиган биринчи ердан</b>	симптоматик даво қилинади	силга қарши препарат бериш керак	дезинтоксикоцион даво қилинди	десенсибилловчи даво қилинади
<b>Цереброснимал туберкулёз менингитида</b>	орка мия пункцияси	симптоматик даво	силга қарши препаратлар	дезинтоксикацион терапия

кайси даво усули яхши натижа беради			берилади	
<b>DOTS дастури Республикамизда кайси буйрук билан ишлайди</b>	№ 160	№519	№ 188	№ 086
<b>DOTS дастури Республикамизда нечанчи йилдан фаолият курсатмокда</b>	1994	1998	2000	1988
<b>DOTS дастури нечта тамойилдан иборат</b>	5 та	7 та	6 та	3 та
<b>DOTS дастури буйича балгам нечта намунада йигилади</b>	3 та	4 та	5 та	2 та
<b>Амбулатор шароитда DOTS дастури буйича балгамнинг 3-намунаси қачон йигилади</b>	2-марта врачга мурожаат этганда	1-марта врачга мурожаат қилганда	Эрталаб нахорда	Хохлаган вақтда
<b>Амбулатор шароитда DOTS дастури буйича балгамнинг 3-намунаси қачон йигилади</b>	Иккинчи кун эрталаб нахорда	1-марта врачга мурожаат қилганда	2-марта врачга мурожаат этганда	Хохлаган вақтда
<b>Амбулатор шароитда DOTS дастури буйича балгамнинг 3-намунаси қачон йигилади</b>	1-марта врачга мурожаат қилганда	Эрталаб нахорда	2-марта врачга мурожаат этганда	Хохлаган вақтда
<b>DOTS дастурининг вазифаси</b>	Хаммаси тугри	Киска муддатли даволаш	Бактериоскопия усулини куллаш	Назоратли даволаш
<b>DOTS дастури буйича беморлар қандай фазаларда даволанади</b>	Интенсив ва қувватловчи фаза	Интенсив фаза	Назоратли фаза	Қувватловчи ва назоратли фаза
<b>DOTS дастурида қандай даво тоифалари мавжуд</b>	1,2,3,4	1	1,2,3	0,1,2
<b>DOTS дастури буйича 1-тоифа беморлар интенсив ва қувватловчи давони қанча вақт қабул қилади</b>	Интенсив 2ой, қувватловчи 4 ой	Интенсив 2 ой,қувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, қувватловчи 4 ой	Интенсив 1 ой,қувватловчи 5 ой
<b>DOTS дастури буйича 2-тоифа беморлар интенсив ва қувватловчи давони қанча вақт қабул қилади</b>	интенсив 3 ой , қувватловчи 5 ой	Интенсив 2 ой,қувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, қувватловчи 4 ой	интенсив 2ой, қувватловчи 4 ой
<b>Силни даволашнинг умумий принциплари</b>	комплекс,комбинацияли,давомий,оптимал дозада-АБП-б-н,патогенетик,симптоматик даволаш	витами́нлар,антибиотиклар,гармонотерапия	стрептомицин,гармонотерапия	физиотерапевтик муолажалар,биостимуляторлар
<b>АБП-эффектли таъсири буйича қуйидагича гуруҳланади</b>	1-изониазид,рифампицин, 2-стрептомицин,этамбутол ва хк, 3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бенимицин	1-гуруҳ-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бепаск,2-тибон,канамицин,3-тубазид,этамбутол
<b>Упка силини даволашда қанча жаррохлик усулларидан фойдаланилади</b>	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	палиатив, тиклантирувчи	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
<b>Радикал операцияга қуйидаги жаррохлик муолажалари қиради</b>	пульмонэктомия,лобэктомия,сегментэктомия	торакопластика	кавернотомия,торакопластика	кавернотомия,бронхиал окмаларни тикиш,торакопл

				астика
<b>Палиатив операция усулига куйидагилар киради</b>	кавернотомия, тора копластика	пульмонэктомия, декортикация	сегментэктомия, плеврэктомия,	лобэктомия, бронхиал окмаларни тикиш
<b>Тиклантирувчи операцияларга куйидагилар киради</b>	декортикация, плеврэктомия, бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика, кавернотомия	пульмонэктомия, лобэктомия	торакопластика, декортикация
<b>Спонтан пневмотораксининг клиник белгилари</b>	курак кафасида кучли оғрик, хансираш, бош айланиши, курук йутал, совук тер босиши	чап томонда кучли оғрик, кул, жагга берилиши, кучли кузгалиш, нафас етишмаслиги	кунгил айнаш, кушиш, холсизлик, КБ-пасайиши	хаммаси тугри
<b>Спонтан пневмотораксининг рентген куриниши</b>	перикостал чузук бушлик упка тукумаси сикилган соғ томонга силжиган	3-4 смли юпка деворли ковак, атрофида майда учоклар	перифокал яллигланиш, суюклик сатхи куринадиган бушлик	диафрагма кутарилган, упка хажми кичрайган
<b>Изониазид таблетка холида канча дозаларда чикарилади?</b>	0,1; ва 0,3 гр	0,01; 0,02; 0,09 мг	0,01 мг ва 0,3 мг	0,1; 0,3; 0,5 дан
<b>Изониазидни максимал кондаги концентрацияси неча соат сакланади</b>	8-10 соат	2-6 соат	14-16 соат	20-24 соат
<b>Изониазид гематоэнцефалит барьердан кандай утади</b>	енгил утади%	кийинчилик билан утади	тез утади	ута олмайди
<b>Изониазид кандай таъмли модда</b>	аччик	ширин	ванилин хиди келади	тамсиз
<b>Изониазид сувда кандай эрийди</b>	секин эрийди	умуман эрмайди	кийинчилик билан эрийди	тез эрийди
<b>Изониазид неча фоиздан эритма холида чикади</b>	2;5;10	2;3;5;10 фоизли	1;2;3;5 фоизли	5;10 фоиз
<b>Стрептомицин кандай холатда чикарилади</b>	флаконда	ампулада	капсулада	таблеткада
<b>Стрептомицин флаконда канчадан чикарилади</b>	0,5; 1,0 гр	0,25 мг, 1,0 гр	0,25 мг, 0,5 мг, 0,75 мг	0,5 мг; 0,75 мг 1,0 гр
<b>Стрептомицинни суткалик дозаси канчани ташкил килади</b>	12-18 мг/кг	2-4 мг/кг	0,3-0,8 мг/кг	30-40 мг/кг
<b>Изониазидни катталар учун суткалик дозаси</b>	4-6 мг/кг	15-30 мг/кг	40-50 мг/кг	18-25 мг/кг
<b>Стрептомицин кайси органга ноюя таъсир курсатади</b>	эшитиш нервига	адашган нерга	хамма нервларга	симпатик нервларга
<b>Изониазидни биринчи бор даволанаётганлар канча вақт қабул киладилар</b>	3 ой	1-1,5 ой	2-2,5 ой	6-8 ой
<b>Стрептомицинни канча вақт қабул килинади</b>	2-2,5 ой	4-8 ой	1-1,5 ой	8-10 ой
<b>Катталарда Стрептомицинни оптимал суткалик дозаси канчага тенг</b>	1,0 гр	0,75 мг	3,0 гр	2,0 гр
<b>Стрептомицин бош мия нервининг кайси жуфтига таъсир килади</b>	8 жуфт	3 жуфт	10 жуфт	4 жуфт
<b>Стрептомицин канака холда чикарилади</b>	порошок	таблетка	капсула	эмульсия
<b>Стрептомициннинг кондаги максимал</b>	14-18 соат	24-28 соат	3-5 соат	доимий

концентрацияси неча соатсакланади				
Рифампицин капсулада канча микдорда чиқарилади	150-300 мг	150-200 мг	3-5 гр	100,200,400 мг
Рифампицин канака холатда чиқарилади	капсула	эритма	порошок	маз
Рифампицинни суткалик дозаси 1кг тана оғирлигига канча берилади?	8-12 мг/кг	20-25 мг/кг	25-28 мг/кг	8-20 мг/кг
Рифампицинни суткалик дозаси канчагача булиши керак каталарда	600 мг	0,45 мг	450 мг	150 мг
Фтивазид суткалик дозаси катталарда канча булиши керак	1,5 гр	2,0 гр	4-5 гр	6-8 гр
Фтивазид 1 кг тана оғирлигига суткага канча булиши керак катталарда	20-30 мг/кг	8-10 мг/кг	60-80 мг/кг	дозаси чегараанмаган
Фтивазид қандай холатларда чиқарилади	таблетка	капсула	маз	эритма
3 ешгача булган болаларда неча грам фтивазид бир суткада	0,3-0,45 гр	0,45-1,0	3-5 гр	1-1,5 гр
Фтивазидни кондагиюкори концентрацияси неча соат сакланади	6-8 соат	30-45 мин	1-3 соат	2-4 соат
Изониазидни кондаги концентрацияси канча вақт сакланади	8-10 соат	1-2 соат	3-4 соат	16-18 соат
Изониазид упка силининг қайси формасида куп ишлатилади	хамма тури	Инфильтратив туберкулёз	учокли туберкулёз	циррозли туберкулёз
Стрептомицин нечанчи йилда ихтиро қилинган	1943	1952 й	1964	1948
Стрептомицин ким томонидан аниқланган	Васкман	Сукенинко, Воробьев	Васклеан, Воробьев, Буж	Кох, Воробьев
Изониазид кондаги максимал концентрацияси неча соатдан кейин пайдо булади	0,5-1 соатдан кейин	4-8 соатдан кейин	2-6 соатдан	3-5 соатдан
Стрептомицин замбуругларнинг қайси оиласидан олинган	ачитучи замбуругларга	нурсимон замбуругларга	пупакли замбуругларга	хамма замбуругларга
Этамбутолни суткалик дозаси 1 кг тана оғирлига канча берилади	15-20 мг/кг	8-10 мг/кг	30-35 мг/кг	40-50 мг/кг
Биринчи бор даволанаётганларга этамбутол неча ой берилади	3 ой	2-2,5 ой	4-5 ой	6 ойдан кам булмадлиги керак
Этамбутолни канака ноҳуя таъсири бор	куз нерви неврити	диспепсик холатлар	жигар циррози	марказий нерв системасига таъсир қилади
Фтивазидни канака ноҳуя таъсири бор	аллергик холатлар	қуриш нерви неврити	диспепсис холатлар	гематоксик таъсир
Рифампициннинг ноҳуя	жигар ва меъда	қуриш нерви	нерв системаси	ноҳуя таъсири

<b>таъсирлари</b>	ости бези функцияси бузилиши	неврити	бузилиши	йук
<b>ПАСК кайси касалликларга мумкин эмас</b>	амиолидоз,невросклероз,гепатит,цирроз	марказий нерв системаси касалликларига	ошкозон ичак яра касаллик,гепатит	кандли диабет,цирроз,к олитларда
<b>DOTS дастури буйича 3тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади</b>	Интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 2 ой,куватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 1 ой,куватловчи 5 ой
<b>1- тоифадаги беморга DOTS дастури буйича интенсив давони курсатинг</b>	2(3)HRZE(S)\4H3R3	1(3)HRZE(S)4H3R3	6(3)HRZE(5)\3R3H3	5(2)HRZE(5)\3R3H3
<b>2-тоифадаги беморга DOTS дастури буйича интенсив давони курсатинг</b>	3(3)HRZE 2(S)5H3R3E3	2(3)HRZE(S)\4H3R3	1(3)HRZE(S)4H3R3	5(3)HRZE(5)\3R3H
<b>3-тоифадаги беморга DOTS дастури буйича интенсив давони курсатинг</b>	2(3)HRZE(S)\4H3R3	6(3)HRZE(5)\3R3H3	4(3)HRZE(5)\3R3H3	2(3)HRZE(S)\5H3R3Z2
<b>Фаол туберкулёз билан оғриган беморлар DOTS дастури буйича неча босқичда даволанади</b>	2 босқич	3 босқич	5 босқич	6 босқич
<b>Силга қарши диспансерларнинг турлари</b>	Республика вилоят шаҳар район туберкулёз кабинетлари стационарли ва стационарсиз	шаҳар район силга қарши кабинетлар	Республика шаҳар диспансери	Республика диспансери
<b>Диспансерларнинг асосий фаолиятлари</b>	санитар,профилактик,диагностика,даволаш,консултант ва методик ишлар	санитар профилактик даволаш	даволаш диагностика санитар профилактика	консултация,диагностика,даволаш
<b>Туберкулёз учоғи нима</b>	Фаол упка сили билан касалланган беморнинг яшаш ва иш жойи	Туберкулёз билан касалланган беморнинг уйи	Туберкулёз билан касалланган беморнинг иш жойи	Нофаол упка сили билан касалланган бемор яшаш жойи
<b>Катталарнинг диспансергуруҳлари</b>	I, II, III, IV	I, II, IV, VI, VII	I, II, III, V, VI	Хаммаси тугри
<b>Кон тупириш нима</b>	1 суткада балгам б-н 50 мл гача кон тупириш	балгамсиз туликда узгармаган холда кон тупириш	1 кунда 150 мл	суткада 100 мл кон балгам б-н тупириш
<b>Кон тупиришнинг сабаблари</b>	гипо-а витаминоз нервнопсихик травма чарчаш кон томиларининг утказувчанлигининг ошиши	тукималарнинг ацетози иммуннобиологик холатнинг узгариши	организмнинг резистентлигининг ошиши	каверно деворининг хужайраларининг пролиферацияси эпителиоид тукиманинг узиши
<b>Б Ц Ж вакцинасининг таркиби</b>	тирик апатоген вирулентлиги паст микобактериядан иборат	улдирилган туберкулёз таекчалари ва озика мухитининг 1 қисми	туберкулёз таекчаларининг хаёт давомидаги чиқиндилари	кучли вирулентли паоген микобактериялардан иборат
<b>Эмлаш ва қайта эмлаш нима мақсада</b>	силга қарши иммунитет ҳосил	туберкулёз процессининг	туберкулёз процессини	дифдиагноз ва аллергик

<b>утказилади</b>	килиш у-н	активлигини аниклаш у-н	локализациясини аниклаш у-н	хोलатни аниклаш у-н
<b>Эмлаш қачон утказилади</b>	Туғруқхонада 5-7 кунда	7 ешда	11-12 ешда	хар йили 1 марта
<b>Эмлашдан кейин қачон иммунитет ҳосил булади</b>	6-8 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	3-5 ҳафтадан кейин	6 ойдан кейин
<b>Эмлашнинг курсатмалари қуйидагилар</b>	соғлом тугилган чакалоқларга	чала тугилган чакалоқларга	тана ҳарорати баланд болаларга	туғурук травмаларида
<b>Кайта эмлаш қачон қилинади</b>	Соғлом болаларда 5-6 йилдан сўнг	"Виравж" кузатилган болаларда	силнинг асоратлари қолган усмирларга	утқир юқумли касалликларда
<b>Бирламчи химиофилактика қимларга қачон утказилади</b>	туберкулёз б-н захарланмаган упка сили фаол булган беморлар б-н мулокотда булган соғлом кишиларга	туберкулёз инфекцияси тушган одамларга касалликнинг олдини олиш у-н	туберкулёз процессини аниклаш у-н	туберкулёз процесси локализациясини топиш у-н беморларга утказилади
<b>Иккиламчи химиофилактика қачон утказилади</b>	туберкулёз инфекцияси б-н захарланган соғлом одамларга утказилади	фаол туберкулёз касали б-н мулокотда буладиган туберкулёз б-н захарланмаган соғлом одамларга	туберкулёз беморларга рецедив булмаслиги у-н	иммунитет ҳосил қилиш у-н
<b>Профилактика турлари</b>	химиофилактика, социал, санитар, специфик	социал, санитар, профилактик	социал, химио профилактика, санитар	специфик, социал, химио профилактика
<b>Силни барвақт аниклаш усулларига қуйидагилар қиради</b>	2 ТБ манту синамаси, флюорография	бронхоскопия, томография, Пирке синамаси	Кох синамаси, бронхоскопия	рентгенография ангиопульмонография
<b>Силнинг фаол формаларида қонда оксил фракцияларининг узғариши</b>	глобулинлар ошиб альбуминлар қамаяди	ҳеч қандай узғариш булмади	альбуминлар ошиб глобулинлар қамаяди	альбумин ва глобулинлар ошади
<b>Туберкулёз интоксикациясида характерли булмаган белги</b>	кучли йутал, балғам ажратиш, қон тупуриш	"виравж"	терлаш, субфебрил температура	қатталашмаган лимфа тугунлар
<b>Организмнинг 1-мартга туберкулёз б-н захарланиш белгиси</b>	"ВИРАВЖ"	туберкулёз синамаси натижасининг пасайиб бориши туберкулёз синамаси натижасининг	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	Кох синамасининг мусбат реакцияси
<b>Аҳоли орасида туберкулёз касаллиги аниклашни неча усули бор</b>	3 та	4 та	5 та	2 та
<b>Профилактик флюорография неча гуруҳга бўлинади</b>	4 гуруҳга	5 гуруҳга	6 гуруҳга	3 гуруҳга
<b>2-гуруҳ аҳолини флюорография текширувини қим томонидан назорат қилинади</b>	СЭС	Туберкулёз кабинети	Участка врач	Фтизиатр
<b>4-гуруҳга қандай кишилар қиритилади</b>	Уюшмаган аҳоли	Умумий аҳоли	Тиббий хизматдаги аҳоли	Тиббий хизматга эга бўлмаган аҳоли
<b>Туберкулёз беморларида</b>	2та	1 та	Умумий	3 та

<b>неча тупукдон бўлади</b>				
<b>Тупукдонларни хлорли оҳакнинг неча фоизи билан зарарсизлантирилади.</b>	2% ли	5 % ли	1 % ли	10 % ли
<b>Бемор идиш товоқлари 2% ли хлорли эритмага неча соат сақланади</b>	4 соат	2 соат	3 соат	1 соат
<b>Биринчи гуруҳга кирувчи беморлар йилига неча марта фтизиатрга кўриниши шарт</b>	Йилига 4 марта	Йилига 2 марта	Йилига 1 марта	Йилига 3 марта
<b>Иккинчи гуруҳга кирувчи беморлар йилига неча марта фтизиатрга кўриниши шарт</b>	Йилига 2 марта	Йилига 4 марта	Йилига 1 марта	Йилига 3 марта
<b>Учинчи гуруҳга кирувчи беморлар йилига неча марта фтизиатрга кўриниши шарт</b>	Йилига 1 марта	Йилига 2 марта	Йилига 4 марта	Йилига 3 марта
<b>Туберкулёз билан касалланган беморнинг идиш-товоқлари натрий бикорбонатнинг 2% ли эритмасига қанча вақт қайнатилади</b>	20 минут	30 минут	60 минут	45 минут
<b>БЦЖ вакцинаси неча градусдан юқорида сақланмайди</b>	+8С	+4 С	0С	-2С
<b>Бемор ич кийимлар неча фоизли хлорли эритмада қанча вақт солиб қўйилади.</b>	3% ли хлорли эритмада 4 соат	3% ли хлорли эритмада 2 соат	2% ли хлорли эритмада 3 соат	1% ли хлорли эритмада 2 соат
<b>Туберкулёз беморлари тупукдони неча фоизли хлорамин эритма билан дезинфекция қилинади</b>	5% ли хлорамин	2 % ли хлорамин	2 % ли хлорли оҳак	1 % ли хлорамин
<b>Республикамызда БЦЖ билан тери орасига эмлаш нечанчи йилдан қўлланилмоқда</b>	1963 йил	1864 йил	1952 йил	1938 йил
<b>БЦЖ вакцинасини Кальмет ва Геренлар нечанчи йилда аниклаган?</b>	1919 йил	1921 йил	1909 йил	1913 йил
<b>Эмлаш ва қайта эмлаш нима максатда утказилади</b>	силга қарши иммунитет ҳосил қилиш у-н	туберкулёз процессининг активлигини аниклаш у-н	туберкулёз процессини локализациясини аниклаш у-н	дифдиагноз ва аллергик ҳолатни аниклаш у-н
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин қандай асоратлар кузатилади</b>	абцесс,юза яра,поствакционал лимфаденит,келоид чандик	абцесс,юза яралар, окмалар	чандиклар,яралар, лимфаденит	узгаришлар кузатилмайди
<b>Профилактика турлари</b>	химиопротифактика,социал,санитар, специфик	социал,санитар,п рофилактик	социал,химиопрот илактика,санитар	специфик,социа л,химиопротифа ктика
<b>Поствакционал лимфаденитларда лимфа тугунлари размери қанча бўлади</b>	1,5-5 см	0,5-1 см	1-2 мм	8-10 мм
<b>Поствакционал лимфаденитларни клиник қанақа даврлари</b>	инфилтратция, абцессланиш, охакланиш	инфилтратция, охаклашниш	инфилтратция,некр оз охакланиш	узгаришсиз



<b>кузатилади</b>				
<b>Поствакционал лимфаденитда туберкулин синамаси қандай натижа беради?</b>	мусбат	манфий	шубхали	гиперэргик
<b>Поствакционал лимфаденитларда лимфа тугунлари пальпацияда қандай</b>	огрик кузатилмайди	огриklar кузатилади	доимий бир хил огрик	санчикли огрик
<b>Поствакционал лимфаденитда абцессланиш даврида қандай эритмадан фойдаланилади</b>	салюзидни 5 фоизли эритмаси	Вишневский мази	изониозидни 2 фоизли эритмаси	изониазидни 5 фоизли эритмаси
<b>Поствакционал лимфаденитлар эмлангандан кейин юзага келади?</b>	2-3 ой	10-15 кун	6-8 ой	15-20 кун
<b>Поствакционал лимфаденитда боланинг умумий ҳолати қандай булади</b>	узгармайди	тана харорати юкори булади	калтирашлар кузатилади	интоксикация белгилари кучли ривожланган булади
<b>Эмлаш қачон утказилади</b>	тугуруқхонада 5-7 кунда	28-30 ешда	7 ешда	11-12 ешда
<b>Эмлашдан кейин қачон иммуннитет ҳосил булади</b>	6-8 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	3-5 ҳафтадан кейин	6 ойдан кейин
<b>Эмлашнинг курсатмалари қуйидагилар</b>	соғлом тулик тугилган чакалоқларда	чала тугилган чакалоқларга	тана харорати баланд болаларга	тугуруқ травмаларида
<b>Қайта эмлаш қачон қилинади</b>	туберкулёз синамаси 2 Т Б манфий булган соғлом болалар ва усмирларда хар 5-7 йилда	"Виразж" кузатилган болаларда	силнинг асоратлари колган усмирларга	утқир юкумли касалликларда
<b>Бирламчи химиофилактика кимларга қачон утказилади</b>	туберкулёз б-н захарланмаган туберкулёз касали фаол булган беморлар б-н мулоқотда булган соғлом кишиларга	туберкулёз инфекцияси тушган одамларга касалликнинг олдини олиш у-н	туберкулёз процесси локализациясини топиш у-н беморларга утказилади	хаммаси тугри
<b>Иккиламчи химиофилактика қачон утказилади</b>	фаол туберкулёз касали б-н мулоқотда буладиган туберкулёз б-н захарланмаган соғлом одамларга	туберкулёз инфекцияси б-н захарланган соғлом одамларга утказилади	туберкулёз беморларга рецидив булмаслиги у-н	туберкулёз процессини активлигини пасайтириш у-н
<b>Профилактика турлари</b>	химиофилактика, социал, санитар, специфик	социал, санитар, профилактик	социал, химио профилактика, санитар	специфик, социал, химио профилактика
<b>Б Ц Ж-билан эмлаш каерга ва қанча дозада қилинади</b>	0,1 мл-(0,05мг)- чап елкада қилинади	0,2мг унг елкада қилинади	2ТБ-унг елкада қилинади	2ТБ- билақда қилинади
<b>БЦЖ-вакциnasi билан эмлашнинг курсатмалари</b>	соғлом, 2500гр тугилган чакалоқлар	тери касалликлари	иммунодефицит ҳолат	сепсис
<b>Б.Ц.Ж. билан эмлаш каерга ва қанча дозада қилинади</b>	0,05 мг чап елкага	0,2 мг унг елкага қилинади	2 ТБ 0,1 мг унг елкага	0,025 мг чап елкага
<b>БЦЖ вакциnasiни 1-чи булиб қим томонидан</b>	Кальмет	КОХ	Чон	Воробьев

<b>ишлаб чиқилган</b>				
<b>БЦЖ вакцинасининг таркиби</b>	тирик апатоген вирулентлиги паст микобактериядан иборат	улдирилган туберкулёз таекчалари ва озика мухитининг 1 қисми	лейкоцитлар	туберкулёз таекчаларининг ҳаёт давомидаги чиқиндилари
<b>БЦЖ вакцинасини Кальмет ва Геренлар нечанчи йилда аниқлаган</b>	1919 йил	1821 йил	1909 йил	1913 йил
<b>Эмлаш ва қайта эмлаш нима мақсадда утказилади</b>	силга қарши иммунитет ҳосил қилиш у-н	туберкулёз процессининг активлигини аниқлаш у-н	дифдиагноз ва аллергик ҳолатни аниқлаш у-н	силни даволаш у-н
<b>БЦЖ вакцинасидан кейин қандай асоратлар қузатилади</b>	абцесс, юза яра, поствакционал лимфаденит, келлоид чандик	абцесс, юза яралар, окмалар	чандиклар, яралар, лимфаденит	узғаришлар қузатилмайди
<b>Поствакционал лимфаденитларда лимфа тугунлари размери қанча бўлади</b>	1,5-5 см	1-2 см	1-2 мм	8-10 мм
<b>Поствакционал лимфаденитларни клиник қанақа даврлари қузатилади</b>	инфильтрация, абцессланиш, охакланиш	инфильтрация, охаклашниш	инфильтрация, некроз охакланиш	узғаришсиз
<b>Поствакционал лимфаденитда туберкулин синамаси қандай натижа беради</b>	мусбат	манфий	шубҳали	гиперэргик
<b>Поствакционал лимфаденитда боланинг умумий ҳолати қандай бўлади</b>	узғармайди	тана ҳарорати юқори бўлади	калтирашлар қузатилади	интоксикация белгилари қучли ривожланган бўлади
<b>Музлатилган БЦЖ вакцинаси қим томонидан топилган</b>	Лещинская-Вакенгут	Кох-Чон	Доролекова, Шмелева	Маслякова
<b>Музлатилган БЦЖ вакцинаси Лашинская ва Вакенгут томондан нечанчи йилда топилган</b>	1941 й	1914 й	1936 й	1933 й
<b>БЦЖ вакцинасининг бир марталик дозасида қанча тирик микробактерия бўлади</b>	500000-600000 та	1000-5000 та	200000-300000 та	1-2 минг та
<b>БЦЖ вакцинасини организмга юборишнинг энг яхши усули қандай</b>	тери орасига юбориш	тери устига юбориш	тери устини тирнаш йули	тери ичига юбориш
<b>БЦЖ вакцинасини организмга юборишни қандай усуллари мавжуд бўлган</b>	нафас йулига томизиш, тери ости, тери ораси, энтерал	тери орасига, тери остига	терини тирнаш, энтерал, тери орасига, тери устига	энтерал, тери ости, тери усти
<b>Суюлтирилган БЦЖ вакцинаси одам организмга қанча микдорда юборилади</b>	0,1 мл	0,02 мл	0,5 мл	1 мл
<b>Қурук БЦЖ вакцинасини суюлтириш учун қандай эритма аралаштирилади</b>	физиологик эритма 0,9 фоизни	дистилланган сув	глюкоза 5 фоизли	хамма эритма билан
<b>БЦЖ вакцинаси ампула очилгандан сунг қанча вақтгача ишлатишга</b>	2-3 соат	1-2 ой	30-60 соат	8-10 соат

<b>ярокли хисобланади</b>				
<b>БЦЖ билан эмланганларда канча вақтдан кейин иммунитет хосил булади</b>	1,5-2 ой	10-15 кун	6-8 ой	1 йил
<b>Кох феномини нечанчи йилда исботланган</b>	1891 йил	1890 йил	1911 йил	1882 йил
<b>12 ёшгача бўлган болаларда туберкулёз касалини барвақт аниқлашушули</b>	оммавий 2ТБ Манту синамаси	профилактик назорат	оммавий флюорография	клиник анализлар
<b>Манту синамаси терининг қайси соҳасига юборилади</b>	Тери орасига	Тери остига	Тери ичига	Тери юзасига
<b>Кох синамаси терининг қайси соҳасига юборилади</b>	Тери остига	Тери ичига	Тери юзасига	Тери орасига
<b>Қачон Манту синамаси мусбат хисобланади</b>	5 мм ва ундан ортик папула	10мм папула, некроз, лимфангит	2-4мм папула	17мм папула
<b>Туберкулёз касаллигининг эпидемиологик курсаткичлари</b>	касаллик, касалланиш, ўлим ва захарланиш	Касаллик, касалланиш ўлим	Касалланиш, захарланиш, силдан улим, юкумлилик	Касаллик, силдан захарланиш, ўлим ва юкумлилик
<b>Дунё миқёсида силдан захарланган аҳоли сони</b>	2 млрд дан ортик	1 млрд	200 млн дан ортик	3 млрдга яқин
<b>Дунё миқёсида силдан ўлим кўрсаткичи</b>	3-3,5 млн киши	10 млн киши	1 млрд киши	100 млнга яқин
<b>Дунё миқёсида силдан биринчи марта касалланиш</b>	10 млн	2-3 млн	4-6 млн	5-10 млн
<b>Одам туберкулёз микобактериялари билан қўйидаги йўл билан захарланади</b>	аэроген, алиментар, контакт	конгенитал	лимфоген, бронхоген	посттранфузион
<b>Организмда туберкулёз микобактериялари қўйидагича тарқалади.</b>	гемотаген, лимфоген, бронхоген	аэроген	контакт	конгенитал
<b>Силнинг эрта, барвақт кўринадиган белгилари</b>	субфебрил температура, терлаш, киска йутал, иштаха пастлиги, ориқлаш, тез чарчаш бошда оғрик, бурун тикилиши, кўздан ёш чиқиши	юкори температура, хансираш, кўкариш, йутал, сассик хидли балғам тупуриш	калконсимон безнинг катталашуви, тез кузгалувчанлик, йиғлоқилиқ	хаммаси тугри
<b>Силнинг кечиктирилган оғир белгилари.</b>	кон тупуриш балгамли йўтал кўп терлаш, кўкрак қафасда оғрик, хансираш	юз, лаб шишиши акроцыаноз гепатомегалия	коринда кучли оғрик субэктерия тери кичиши кориннинг катталашуви	кўп терлаш, камқувватлик
<b>Битонал-йутал қандай белги хисобланади.</b>	сиқилиш симптоми хисобланади	перкуссия белгиси хисобланади	аускультация белгиси хисобланади	рентгенологик белги хисобланади
<b>Эпидемиологик кўрсаткичларни санаб ўтинг.</b>	Касаллик, касалланиш, ўлим, захарланиш	Касаллик, касалланиш, захарланиш	Юкумлилик, касалланиш, захарланиш	Захарланиш, улим, касалланиш, юкумлилик
<b>Эпидемиологик жихатдан хавфли омилларни кўрсатинг.</b>	фаол ўпка сили билан касалланган одам ва қорамол	Фаол туберкулёз билан касал одам	Фаол туберкулёз билан касалланган қушлар ва қорамол	Нофаол ўпка сили билан касал одам
<b>Бирламчи аффект упканинг асосан қайси</b>	Ўпка ацинусида	Ўпка булагиди	Ўпка сигментида	Плевра вараклари

<b>соҳасида жойлашади</b>				орасида
<b>Сурункали туберкулёз интоксикацияси бўлган бемор қанча даволанишадилар</b>	6-10 ой	2-4 ой	8-12 ой	3-5 ой
<b>Кўкрак ичи лимфа тугунларисили кўпрок қайси ёшда учрайди</b>	болалар ва ўсмирларда	қариларда	болаларда	хамма ёшда бир хил
<b>Туберкулёз бронхооденитида 2ТБ Манту синамаси қандай натижа беради</b>	мусбат	гиперэргик	манфий	гипоэргик
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида 2ТБ Манту реакцияси қандай натижа беради</b>	мусбат	манфий	гиперэргик	Гипоэргик
<b>Б.С.Книнг энг кучли ривожланган компененти</b>	лимфаденит	1-ламчи аффект	1-ламчи аффект,лимфангенг	лимфангит
<b>Б.С.Кда периферик лимфа тугунлари қанчагача катталашади</b>	2-10 мм	2-4 мм	0-2 мм	15-20 мм
<b>Б.С.Кда даволаниш нечта АБП қанча муддатда берилади</b>	3 АБП -2-3 ой давомида	2 АБП -4-6 ой давомида	2 АБП 2-4 ой давомида	3 АБП 6-8 ой давомида
<b>Б.С.К дан кейин энг кўп келиб чиқадиган туберкулёз формаси нима?</b>	ўчоқли сили	пневмония	плевритлар	инфильтратив туберкулёз
<b>Туберкулёз классификацияси фтизиатрларнинг нечанчи съезда қачон қабул қилинган</b>	1973 й У111 съезд	1973 й У11	1951 й У11	1970 й У11 съезд
<b>1-ламчи туберкулёз комплекси умумий туберкулёз процессининг неча процентини ташкил қилади</b>	1-5%	15-20%	10-20%	50%
<b>Гон ўчоғи силининг қайси формасида қузатилади</b>	1-ламчи туберкулёз комплексида	инфильтратив силда	бронхооденитлар	учрамайди
<b>Туберкулёз лимфаденитини патологоанотомик жихатдан қандай турларга бўлинади</b>	очик,ярим очик, епик	очик, ёпиқ	очик, йирингли, ёпиқ,ярим ёпиқ	ёпиқ,ярим очик,казеозли
<b>Бирламчи туберкулёз комплексида аускультацияда қандай нафас эшитилади</b>	везикуляр нафас, хриплар эшитилмайди	везикуляр товуш сусайган	сийрак нам хриплар	дағал нам ва курук хриплар
<b>Бирламчи туберкулёз комплексининг клиник кечишига қараб турлари</b>	ўткир,сурункали	ўткир,ўткир ости	ўткир,ўткир ости,сурункали	эрта бошланган сурункали
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси тўлиқ даволанмаганда қайси туберкулёз формасига ўтади</b>	иккиламчи туберкулёз формасига	лимфаденит,бронхооденит	калцинатланиб котиб қолади	умуман ўзгариш бўлмайди
<b>Бирламчи туберкулёз комплексининг қандай фазалари фарқланади</b>	инфильтрация,қаттикланиш,сурилиш,калцинатланиш	инфильтрация,сурилиш,калцинатланиш	инфильтрация,қаттикланиш,сурилиш	инфильтрация,сурилиш,қайталанмиш
<b>Бирламчи туберкулёз</b>	Гонўчоғи	Сукенников	Корани ўчоғи	Дамуза ўчоғи

<b>комплекси даволангандан кейин ўпкада рентгенологик қандай ўчоқ кўринади</b>		учоги		
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси қандай компонентлардан ташкил топган</b>	бирламчи аффект, лимфангит, лимфаденит	бирламчи аффект, лимфаденит	бирламчи аффект, бронходенит, лимфангит	бирламчи аффект, лимфангит
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси купинча упканинг қайси сигментларига жойлашади</b>	унг упка юкори ва олдинги сигментларда	чап упка юкори ва пастки сигментларда	иккаала упка юзасида бир хил таркалади	унг упканинг пастки сигментларида
<b>Туберкулёз бронходенитида биринчи кукрак умурткасидан пастда қандай перкутор товушнинг бугиклиги</b>	Корани симптоми	Сукунников симптоми	Воробев симптоми	Дамуазе симптоми
<b>Ўсмир ва катта ёшдагиларда туберкулёз бронходенитида қандай клиник белгилар юкори кўринади</b>	интоксикация белгилари аста-секин бошланади	тез-тез юкори температура	зарарланган томонга кучли огрик	клиник белгилар умуман бўлмайди
<b>Туберкулёз бронходенитларининг энгил турида рентгендаги ўзгаришлар</b>	ўпка илдизи деформацияга учрайди	ўпка илдизида ўзгариш булмайди	ўпка илдизидан соялар периферияга қараб таркалган	ўпка илдизига чалкашиш белгиси кўринади
<b>Кукрак ичи лимфа тугунларининг Сукененко бўйича схемаси</b>	паратрахиал, буфер кацион, трахиобронхиал, бронхопульмонал	паратрахеал, буфер кацион, бронхопульмонал	буферкацион, трахиобронхиал, бронхотрахиал, пульмоноал	буферкацион, эластик, трахиобронхиал, бронхопульмонал
<b>Туберкулёз бронходенитларини даволанганда қанчадан кейин яллигланиш жараени сўрилади</b>	3-4- ойдан кейин	6-8 ойдан кейин	10-12 ойдан кейин	1-2 ойдан кейин
<b>Туберкулёз бронходенити асоратсиз кечганда қанчадан кейин температура нормалашади</b>	умуман температура кузатилмайди	2-4 ойдан кейин	1-2 ойдан кейин	2-3 ойдан кейин
<b>Туберкулёз бронходенити тулик даволанганда қанчадан кейин кўкрак ичи лимфа безлари бутунлай сурилади</b>	6-8 ойдан кейин	8-12 ойдан кейин	12-18 ойдан кейин	2-4 ойдан кейин
<b>Туберкулёз бронходенити кўпроқ қайси касалликлардан кейин келиб чиқади?</b>	грипп, ангина	грипп, пневмония	кўкйўтал, қизамик, грипп, пневмония	ўз-ўзидан бошланади
<b>Бирламчи туберкулёз комплекси қим томонидан киритилган</b>	Ранки	Пирке	Корани	Воробьев
<b>Туберкулёз интоксикациясида характерли булмаган белги</b>	йўтал, балгам ажратиш	Вираз	иштаха пастлиги, ориқлаш	терлаш, субфебрил температура
<b>Организмнинг 1-чи марта туберкулёз микобактерияси билан захарланиш белгиси</b>	туберкулёз синамасининг 1-чи марта мусбат реакцияси Вираз	туберкулёз синамаси натижасининг қамайиб бориши	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	эмлашдан кейин 3 йил утгач 2ТБ Манту синамасининг мусбат ҳолати
<b>Туберкулёз интоксикацияси генези</b>	бирламчи силнинг долокал формаси	бирламчи силнинг локал	иккиламчи силнинг кичик формасига	десструктив туберкулёз

буйича кайси туберкулёз формасига киради		формаси		формасига
Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрнинг тактикаси	фтизиопедиатрга йулланма бериш	болани уй шароитида изоляция қилиш	антибиотиклар билан даволаш	химиотерапия курсини 15 кун ўтказиш
Туберкулёз интоксикациясида қонда қандай ўзгаришлар кузатилади	Эозинофилия, нейтрофиллар чапга силжиган	Эозинофилия, СОЭ юқори, лейкопения	СОЭ юқори, лимфопения	Қонда ўзгаришлар деярли йук
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги ўзгаришлар	Рентгенда узиға хос ўзгаришлар йук	Қуқрак қафаси лимфа безлари катталашган	Упканинг ҳамма жойида яллиғланиш учоклари қуринади	Қуқрак қафаси лимфа безлари каттиклашган
Бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади	4-6 ой	2-3 ой	3-4 ой	8-12 ой
Сурункали туберкулёз интоксикациясида қайси лимфа тугунлари катталашади	ҳамма лимфа тугунлари	бўйин ва чов лимфа безлари	қўлтиқ ости ва буйин	жағ ости ва буйин
Туберкулёз бронхоаденитини турларини қим аниқлаган	Сукенников	Воробьев	Фрейдрих	Абрикосов

## Вазиятли масалалар

1. Бола 8 ёшда. Шикоятлари: Охирги 4 ой давомида вақти-вақти билан тана ҳароратининг субфебрил даражагача кўтарилиши, кечалари терлаш, қисқа-қисқа, хуружсимон йўтал (битонал), умумий ҳолсизликка. Объектив: Умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси рангпар, нам. Периферик лимфа тугунлари нўхат ва ундан катта ўлчамда, зич консистенцияли, атроф тўқималар билан боғланган. Аускультатив дағал нафас, бронхиал тус билан. Жигар ва талоқ катталашган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдири кенгайган, чегаралари нотекис.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Даволаш.
5. Клиник муносабат.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Қўқрак ичи лимфа тугунлари сили.	30	20-30	5-19	0
2	Лимфагранулематоз, инфекцион мононуклез, гижжа инвазияси.	20	10-20	5-9	0
3	Қонинг умумий таҳлили, балғам бактериоскопияси, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, ахлат таҳлили, бронхоскопия.	20	10-20	5-9	0
4	3-4 хил силға қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш,	10	7-10	4-6	0

	Силга қарши диспансер ҳисобига олиш.				
--	--------------------------------------	--	--	--	--

2. Бемор 12 ёш. Шикоятлари: кечкурунлари тана ҳарорати субфебрил даражага кўтарилишига, курук йўталга, кўп терлашга, умумий холсизликка.

Объектив: тана вазни ва тўқималар тургори бироз камайган. Переферик лимфа тугунлари катталашган (нўхат катталигида), юмшоқ, эластик консистенцияда. Кораньи симптоми мусбат. Аускультацияда: иккала ўпкада дағал нафас.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабат.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили	30	20-30	5-19	0
2	Лимфагранулематоз, гижжа инвазияси, инфекцион мононуклез	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, лимфа тугунлари биопсияси, ахлат таҳлили.	20	10-20	5-9	0
4	Специфик АБТ, десенсебилизация, дезинтаксикацион терапия	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш ва силга қарши диспансер ҳисобига олиш	10	7-10	4-6	0

3. Бемор 25 ёшда. Шикоятлари: умумий холсизлик, тана хароратини субфебрил даражагача кўтарилиши, жағ остида шиш, оғриқ, қизариш.

Эпиданамнезидан: туберкулёз билан касалланган отаси билан мулоқотда бўлган. Объектив: чап жағ ости соҳасидаги лимфа тугуни катталашган (ёнғоқ катталигида), юмшоқ, оғриқли. Ички азолар ва тизимларда патологик ўзгаришлар йўқ.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Даволаш.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Периферик лимфа тугуни сили	30	20-30	5-19	0
2	Лимфагранулематоз, сурункали силдан захарланиш, инфекцион мононуклеоз, лейкоз	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғам микроскопияси, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, лимфа тугунлари биопсияси	20	10-20	5-9	0

4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш, Силга қарши диспансер ҳисобига олиш.	10	7-10	4-6	0

4. Бемор 30 ёш. 1 ойдан бери ўзини касал ҳисоблайди. Шикоятлари: балғамли йўтал, тана ҳароратини субфебрил даражада кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, кечаси кўп терлаш.

Объектив: умумий ахволи ўртача оғирликда, териси ва кўриниб турган шиллик қаватлари рангпар.

Перкуссияда: ўнг ўпканинг юқори соҳасида перкутор товуш сусайган. Аускультацияда: шу соҳада суёт нафас фониди нам ҳириллашлар эшитилмоқда.

Умумий қон таҳлилида: Нв – 105г/л, Лейк.- 20000, лимф-13%, ЭЧТ – 25мм/с.

Рентгенограммада: ўнг ўпка юқори бўлагиди ногомоген, чегаралари нотекис, ўпка илдизи билан туташган соя, атрофида ўчоқли ўзгаришлар.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили, парчаланиш ва таркалиш даврида.	30	20-30	5-19	0
2	Пневмония, бронхит, ўпка ателетази, ўпка раки	20	10-20	5-9	0
3	2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, бронхоскопия, балғамни ВК бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш	20	10-20	5-9	0
4	Специфик АБТ 4-5 хил препаратлар билан (даволаш гуруҳи буйича), десенсибиллаштирувчи, дезинтоксикацион терапиялар	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

5. Бемор 35 ёшда. 4 ойдан бери касал. Касаллик секин бошланган. Шикоятлари: ҳидсиз, шиллик балғамли йўтал, кечқуринлари тана ҳароратининг 37,5-38<sup>0</sup> С гача ошиши, нафас олиш қийинлашгани, умумий ҳолсизлик, кечаси кўп терлаш.

Объектив: териси рангпар, тери ости ёғқавати кам ривожланган. Перкуссияда: чап ўпка юқори бўлагиди бўғиқ товуш. Аускультацияда: шу соҳада кам микдордаги нам ҳириллашлар.

Рентгенограммада: чап ўпка юқори бўлагиди ногомоген, чегаралари нотекис, ўпка илдизи билан туташган соя.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.



№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юкори бўлаги яллиғланган сили, парчаланиш даврида	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик пневмония, Замбурғли пневмония, ўпка раки.	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни бактериоскопик услубида текшириш, балғамни бактериологик услубида текшириш, бронхоскопия	20	10-20	5-9	0
4	Специфик АБТ 3-4 хил препаратлар билан (даволаш гурухи буйича), десенсибиллаштирувчи, дезинтоксикацион терапиялар	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

6. 16 ёшли ўсмир. 2 ойдан бери касал. Шикоятлари: тана ҳароратининг субферил даражагача кўтарилиши, балғамли йўтал, кечаси кўп терлаш, иштахани пастлиги, озиб кетиш. Эпиданамнезидан: 1 йил аввал туберкулёз билан касалланган амакиси билан мулоқотда бўлган.

Объектив: умумий аҳволи ўртача оғирликда. Териси қоплами рангпар.

Перкуссияда: кўкрак қафасининг ўнг томони курак суяги ости соҳасида бўғиқ товуш, аускультацияда шу соҳада суст везикуляр нафас фонида нам хириллашлар.

Ренгенограммада: ўнг томонда ўпка илдизи билан туташган ногомоген, ўртача интенсивлигдаги сояланиш аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Даволаш.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Бирламчи туберкулёз комплекси, пневмоник даври.	30	20-30	5-19	0
2	Пневмония, туберкулёз бронхоаденити, Кўк йўтал, ўпка раки	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни ВК бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси.	20	10-20	5-9	0
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

7. Бемор 27 ёш. Шикоятлари: ютинишда томоқдаги оғрикка, товуш йўқолишига, қисқа-қисқа курук йўталга, тана ҳароратини субфебрил даражада кўтарилишига. Анамнезидан: ЛОР врачига мурожаат қилган, кўрикда ютқун соҳаси ва товуш бойламларида гиперемия ва бўртмачалар тошганлиги аниқланган.

Объектив: умумий аҳволи ўртача оғирликда. Териси рангпар. Аускультацияда: ўпкаларда везикуляр нафас эшитилади.

Балғам микроскопиясида ВК+.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Халқум сили	30	20-30	5-19	0
2	Кўк йўтал, туберкулёз бронхоаденити, дифтерия	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни ВКга бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, бронхоскопия	20	10-20	5-9	0
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

8. Бемор 42 ёшда. 8 йилдан бери силга қарши диспансерда ўнг ўпка фиброз-кавернали туберкулёз ташхиси билан ҳисобда туради. Амбулатор даволанишни тўлиқ олиб бормайди. Жисмоний зўриқиш вақтида бирдан кўкрак қафасини ўнг томонида ханжарсимон оғриқ бошланди. Борган сари нафас олиш қийинлашди.

Объектив: териси оқарган, совуқ тер билан қопланган. Кўкрак қафасининг ўнг тарафида ковурағалар оралиғи кенгайган. Перкуссияда: куттисимон товуш.

Аускультацияда: ўша тарафда нафас эштилмайди.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг фиброз-кавернали сили, асорати: ўнг томонлама спонтан пневмотракс	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка раки, крупоз пневмония, миокардинфаркти	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, балғамни бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, ЭКГ	20	10-20	5-9	0
4	Оғриқ қолдирувчи дорилар, тоза О <sub>2</sub> билан оксигенация қилиш, тинчлантириш ва пункция қилиб плевра бўшлиғига йиғилган хавони аспирация қилиш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

9. Бемор 28 ёшда. Шикоятлари: тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилишига, кўкрак қафасининг ўнг томонида санчикли оғриққа, қуруқ йўталга, умумий холсизликка. Анамнездан туберкулез билан касалланган бемор билан мулоқотда бўлган.

Перкуссияда: ўнг ўпканинг пастки соҳасида бўғиқ ўпка товуши. Аускультацияда: шу соҳада нафас эшитилмайди.

Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик.

Рентгенограммада: ўнг томонда диафрагма гумбазидан то IV қовурғагача интенсив гомоген, юқори қийшиқ чизикқа эга бўлган соя аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Плеврит этиологиясини аниқлаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг томонлама экссудатив плеврит.	30	20-30	5-19	0
2	Пневмония, спонтан пневмоторакс, ўпка ателектази, ўпка инфаркти, диафрагма ости абсцесси	30	20-30	5-19	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, плевра бўшлиғи пункцияси, плеврал суюқлик таркибини (МБТ, хужайравий таркиби, атипик хужайралар, носпецифик флора) аниқлаш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, балғамни бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, ЭКГ	30	20-30	5-19	0
4	Шифохона шароитида даволаш	10	8-10	5-7	0

10. Бемор 18 ёшда. Касаллик титроқ, тана ҳароратининг 39С гача кўтарилиши, бош оғриғи, кўп тералаш, умумий холсизлик, қуруқ йўтал ва хансираш билан бошланган. Анамнездан ёшлигида туберкулез бронхоаденитини ўтказган. Беморнинг лаблари кўкимтир, тери қоплами нам. Перкуссияда кўкрак қафасида тимпаник товуш, аускультацияда тарқоқ холдаги майда нам хириллашлар эшитилади.

Рентгенограммада ўпка сурати кучайган, икки томонлама бутун ўпка юзаси бўйлаб бир хил, чегаралари аниқ, 1-2 мм, паст интенсивликдаги симметрик жойлашган ўчоқли соялар аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Милиар туберкулез	30	20-30	5-19	0
2	Крупоз пневмония, силикоз, саркоидоз, альвеолит, тизимли қизил бўрича касаллиги	30	20-30	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни	20	10-20	5-9	0

	бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, бронхоскопия, ЭКГ				
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

11. Бемор 34 ёшда. Иш жойида флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида думалоқ соя аниқланган. Шикоятлари йўқ.

Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Ички аъзоларни текшириш натижалари меъёрида. Бронх ювиндисидида МБТ топилмаган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи фиброз қаттиқлашган, петрификатлар. Ўнг ўмров ости соҳасида ўлчамлари 2,5 см бўлган аниқ контурли юмалоқ фокусимон соя, юқори интенсивликда, илдиз билан боғланмаган.

1. Ташхис қўйинг.
2. Таққослама ташхис.
3. Даволаш.
4. Диспансер назорати.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг юқори бўлаги туберкуломаси, зичлашиш даври, БК -	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпка ўсмаси, абсцесси, эхинококк	20	10-20	5-9	0
3	Кимёвий профилактика, бир хил антибактериал дори билан 3 ой ичиш тавсия этилади	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши диспансерни II Б гуруҳи ҳисобига олинади	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида кимёвий профилактика ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

12. Касаллик кам белгилар билан бошланди. Шикояти: холсизлик ва дармонсизлик билан. Анамнезидан туберкулёз касаллари билан мулоқотда бўлмаган. Ички аъзолари томонидан патологик ўзгаришлар аниқланмади. Гемограмма: лейкоцитлар – 9000, ЭЧТ – 24 мм/соат. Балғамда кўзгатувчи ингаляциядан сўнг МБТ 0 – 1 битта кўриш майдонида. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасига 14мм бўртмача.

Рентгенологик: Ўнг ўпканинг юқори бўлагида ногомоген, ўртача интенсивликда, ноаниқ чегарали диаметри 2см гача соя ва ёруғланиш соҳалари билан.

1. Ташхис.
2. Таққослама ташхис.
3. Даволаш.
4. Диспансер назорати.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қониқар-
---	-------	-------	-------	---------	----------

		балл	жавоб	жавоб	сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг юқори бўлагидики яллиғланган сили, парчаланиш даври, ВК +	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик пневмония, ўпка ўсмаси парчаланиш даврида, ўткир бронхит, замбруғли пневмония	20	10-20	5-9	0
3	Комплекси даво: 5 АБТ+симптоматик терапия	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши диспансерни I А гуруҳи ҳисобида туради	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб, комплекс кимёвий терапия ўтказганда оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

13. Патологик ўзгаришга қараб умумий қон таҳлилидаги (УҚТ) ўзгаришлар:

1. УҚТ фаол силда.
2. УҚТ нофаол силда.
3. УҚТ зотилжамда.
4. УҚТ лимфагранулёматозда.
5. УҚТ ўпка эхинококкида.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чегараланган лейкоцитоз, лимфопения, эозинопения, ЭҚТнинг ошиши	20	10-20	5-9	0
2	Барча кўрсаткичлар меъёрида	20	10-20	5-9	0
3	Юқори лейкоцитоз, моноцитоз, лимфоцитоз, лимфоцитоз, ЭҚТнинг ошиши	20	10-20	5-9	0
4	Қонда етилмаган лимфоцитларни мавжудлиги, лейкоцитоз.	20	10-20	5-9	0
5	Кучли эозинофилия	20	10-20	5-9	0

14. Бемор 29 ёшда. Шикоятлари: тана ҳароратининг  $37,4^{\circ}$  С гача ошиши, кечалари терлаш, куруқ йўтал, умумий холсизлик.

Перкуссияда: чап ўпка юқори бўлагидики тўмтоқ товуш. Аускультацияда: шу соҳада дағал нафас ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Рентгенологик: чап ўпканинг II сегментида ногомоген, интенсивлиги паст, чегараси ноаниқ 5 см гача бўлган овал соя аниқланмоқда.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Даволаш.
4. Диспансер назорати.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик зотилжам, ўпка ўсмаси, туберкулёма, абсцесс	20	10-20	5-9	0

3	Силга қарши комплекс терапия, 5 та препаратлар билан, дезинтакциакцион ва умумий қувватловчи дорилар	20	10-20	5-9	0
4	1 А гуруҳ	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс кимёвий терапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

15. 5 – ёшли бола. Тугруқхонада БЦЖ қилинган, поствакцинал чандик ҳосил бўлган. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси натижаси 1 ёшда – 10 мм, 2 ёшда – 8 мм, 3 ёшда – 6 мм, 4 ёшда – 4 мм, 5 ёшда – 10 мм.

1. Туберкулинограммани шарҳланг?
2. Сизнинг ташхисингиз.
3. Қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Текширув натижаларига караб даво тактикаси.

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Мусбат нормэргик реакция	30	20-30	5-19	0
2	5 ёшда вираж.	30	20-30	5-19	0
3	Умумий кон ва сийдик тахлили. Кўкрак қафасининг обзор рентгенограммаси. Бронх ювиндисини туберкулёз таёқчаларига текшириш	30	20-30	5-19	0
4	Фтизиатр маслаҳати, СҚДда назоратга олиш, химиофилактика	10	7-10	4-6	0

16. Бемор 50 ёшда. СҚД да назоратда 5 йилдан бери туради. Шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, балғамли йўтал, хансираш.

Кўкрак қафаси деформацияланган, ўнг томон қовурғалар оралиғи торайган.

Балғамда МБТ аниқланмайди.

Рентгенологик: ўнг ўпка хажми кичрайган, ўрта интенсивликдаги ногомоген сояланиш аниқланади, атрофида полиморф ўчоқлар. Илдиз юқорига тортилган. Кўкс оралиғи аъзолари сояси ўнга силжиган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Аниқ ташхис қўйиш мақсадида текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник тактикангиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг цирротик сили	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка циррози, ўпканинг фиброз-кавернали сили, яллиғланган туберкулёз, крупоз пневмония.	20	10-20	5-9	0
3	Кох синамаси, синамали даво, Манту синамаси, қоннинг умумий тахлили	20	10-20	5-9	0
4	3 – 4 хил силга қарши препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Стационар шароитда даволаш	10	7-10	4-6	0

17. Бемор 60 ёшда. Шикоятлари: курук йўтал, жисмоний зўриқишдан сўнг хансираш, баъзан кон туфлаш, кўкрак қафасида кучсиз симилловчи оғрик.

Объектив: кўкрак қафаси деформацияланган, қовурғалар оралиғи торайган, елка соҳасидаги мушаклар атрофияланган. Балғамда МБТ аниқланмаган.

Рентгенологик: ўнг ўпка хажми кичрайган, ўпка тўқимасида ўртача интенсивликдаги, ногомоген соя, атрофида интенсив ўчоқли соялар, петрификатлар, фиброз ўзгаришлар, диафрагма юқорига кўтарилган, ўпка илдизи деформацияга учрайган, тортилган, плевра варрақлари қалинлашган, кўкс оралиғи аъзолари ўнг томонга силжиган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Аниқ ташхис қўйиш мақсадида текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник тактикангиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг цирротик сили	30	20-30	5-19	0
2	Цирротик туберкулёз, фиброз-кавернали ўпка сили, ателектаз, зотилжамдан кейинги склероз, посттуберкулёзли пневмосклероз.	30	20-30	5-19	0
3	Кох синамаси, синамали даво, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, қоннинг умумий тахлили.	20	10-20	5-9	0
4	1 та силга қарши препарат билан кимёвий профилактика	10	7-10	4-6	0
5	Диспансер назорати	10	7-10	4-6	0

18. Бола 5 ёшда. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва ҳулқининг ўзгариб қолганига, ланжлик, йиғлоқлик, кечқуринали тана ҳароратининг субфебрилгача кўтарилиши. 3 ой аввал туберкулёз билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлган. Объектив текширилганда: озғин, тўқималар турғари камайган, периферик тимфа тугунлари катталашган, эластик консистенцияли. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси -14 мм.

Рентгенологик: ўпка майдонларида патологик соялар йўқ, илдиз кенгайган.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Туберкулёз интоксикациясининг эрта даври	30	20-30	5-19	0
2	Тонзиллит, гижжа инвазияси, тиреотоксикоз, вегетоневроз, ўткир респиратор касалликлар	30	20-30	5-19	0
3	I A	10	10-20	5-9	0
4	Стационар шароитда учта АБП билан даволаш	10	7-10	4-6	0-3
5	Ўз вақтидаги самарали даво ижобий натижа беради	20	10-20	5-9	0

19. Бемор 31 ёшда. Илгари СҚДа назоратда турган ва соғайганлиги туфайли диспансер ҳисобидан чиқарилган. Қуйидаги шикоятлар билан диспансерга қайта мурожаат қилган:

кучайиб борувчи холсизликка, иштахасини пасайиши, озиш, курук йўтал. Обьектив: ўнг томон кўкрак қафасининг юқори қисми ясилашган, нафас олишда орқада қолади, перкуссияда шу сохада ўпка товуши бўғиқлашган, аускультацияда суст везикуляр нафас эшитилади.

Рентгенологик: ўнг ўпка 2 сегменти сохасида диаметри 3 см, думалок шаклдаги, чегаралари аниқ, интенсив, ёруғланиш сохасига эга ўпка илдизи билан туташган соя аниқланади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Таққослама ташхис мақсадида текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Сизнинг тактикангиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг туберкулемаси, парчаланиш даври. ВК?	30	20-30	5-19	0
2	Ўпканинг яллиғланган туберкулези, ўпка раки, ўпка абцсесси, ўпка эхинококки	30	20-30	5-19	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, бронхоскопия, ЭКГ	20	10-20	5-9	0
4	3 – 4 хил силга қарши препаратлар билан комплекс даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Стационар шароитда даволаш	10	7-10	4-6	0

20. 30 ёшли бемор 3 ой давомида шифохонада ўнг ўпка юқори бўлагининг ўчоқли туберкулези, парчаланиш даври, ВК+ ташхиси билан ДОТС 1 категория бўйича интенсив фазада даволанди. Амбулатор шароитда даволаниш учун ўчоқли туберкулезнинг сўрилиш ва котиш даври, ВК- ташхиси билан чиқарилди. Беморнинг вазни 61 кг.

1. Диспансернинг қайси гурухи хисобига олиними керак?
2. Амбулатор даво қаерда ва ким томонидан олиб борилади?
3. Амбулатор шароитда ДОТС бўйича қайси фазада ва неча ой даволанади?
4. Даволаш схемаси.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	I A	25	15-25	5-14	0
2	ҚВПда УАШ томонидан	25	15-25	5-14	0
3	Қувватловчи фазада 4 ой даволанади	25	15-25	5-14	0
4	H <sub>75</sub> R <sub>150</sub> 4 таблеткадан	25	15-25	5-14	0

21. Беморни флюорографиясида ўнг ўпка юқори майдонида парчаланиш давридаги туберкулема аниқланган. Бемор 2 ой шифохонада АБП қабул қилган. Амбулатор даволаниш давом эттирган, тўлиқ эмас. Бир йилдан сўнг рентгенологик: ўнг ўпканинг юқори бўлагиде юпка деворли ҳалқасимон соя, атрофида ўрта интенсивликдаги ўчоқли ўзгаришлар бор.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гурухи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қоникар-сиз
---	-------	-------	-------	---------	-------------



		балл	жавоб	жавоб	жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг кавернали сили, яллиғланиш ва тарқалиш даври	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка ўсмаси, ўпка эхинакоккози, ўпка абсцесси, кисталар	20	10-20	5-19	0
3	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-19	0
4	I А	10	7-10	4-6	0-3
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-19	0

22. Бемор 34 ёшда. Оммавий флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида патологик соя аниқланган. Шикоятлари йўқ.

Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Ички аъзоларни текшириш натижалари меъёрида. Бронх ювиндисидида МБТ топилмаган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи фиброз каттиқлашган, петрификатлар. Ўнг ўмов ости соҳасида ўлчами 5 см бўлган, аниқ контурли, думалоқ фокуссимон, интенсив соя.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг туберкулемаси зичлашиш даври, ВК-	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпка раки , ўпка абсцесси, ўпка эхинококки	30	20-30	5-19	0
3	II Б	10	7-10	4-6	0
4	3 ой давомида химиофилактика	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида химиофилактика ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

23. Бола 6 ёшда. Онасининг шикоятлари тана хароратнинг ошиши (37,2-37,3С), боланинг кайфияти ва хулқининг ўзгаришига: кўзғалувчанлик, ланжлик, йиғлоқилик, ярим йил аввал туберкулёз билан касалланган амакиси билан қисқа муддат алоқада бўлган.

Объектив текширганда: озғин, тўқималаар тургори камайган, периферик лимфа тугунлари катталашган, улар эластик консистенцияли.

Юрак тонлари бўғиқлашган. Жигар палпациясида бироз катталашган. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси -15мм

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини кўрсатиб беринг.
3. Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Мазкур касалликни қандай касалликлар билан таққослама ташхислайсиз?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
---	-------	------------	-------------	---------------	-------------------

1	Эрта силдан захарланиш.	30	20-30	5-19	0
2	Кўзгалувчанлик, ланжлик, йиғлокилик, кечкурунларисубфебрилхарорат, бирозозғин, тўқималартургорикамайган, перефериклимфатугунларикаттал ашганлигивауларнингэластиккон системцияси.	20	10-20	5-9	0
3	Анамнезидан- бемор билан мулоқотда бўлганлиги, БЦЖ қилинганлиги, аввалги 2 ТБ билан қўйилганМанту синамаси натижалари. Қон ва сийдик тахлили. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасининг динамикадаги натижаси. Рентгенологик текширув.	20	10-20	5-9	0
4	Тонзиллоген интоксикация, холецистит, синуситлар, гижжа инвазияси.	30	20-30	5-19	0

24. 28 ёшли бемор шифокорга холсизлик, қуруқ йутал, терлаш безовта қилаётгани учун муурожаат қилди.

Объектив: умумий ҳолати қониқарли, орик, тери қоламлари нам. Ўпка перкуссиясида: иккала томонда ўпка товуши, аускультацияда: дағал нафас.

Рентгенологик: иккала ўпканинг юқори қисмида, чегаралари ноаник, ўртача интенсивли, ўпка суръати кучайиш фониди бир нечта ўчоқли соялар бор.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Текширув режаси?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Ташхис қилинган касаллик асоратларини кўрсатинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Иккалаўпканингюқорибўлагинингўчоқлисилияллиғланишдаври.	30	20-30	5-19	0
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон ва сийдик тахлили. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, Рентген-томографик текширув.	20	10-20	5-9	0
3	Бронхопневмония, сурункали бронхит, ўсма касалликлари билан, рак метастази билан.	20	10-20	5-9	0
4.	Қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши, плеврит, касалликни авж олиши ва бошқа клиник шакллариға ўтиши.	30	20-30	5-19	0

25. Бемор 29 ёшда. Шикоятлари: субфебрил тана харорати, кечаси кўп терлаш, қуруқ йўтал ва умумий холсизликка. Перкуссияда: чап ўпкада перкутор ўпка товуши бўғиклашган. Аускультацияда: чап ўмров ости соҳасида дағал нафас ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Рентгенограммада: чап ўпка юқори бўлагида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, чегаралари ноаниқ фокуссимон соя ўпканинг суръати кучайиш фонида. Балғамда 1-2 МБТ 1 кўриш майдонида.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили, емирилиш даври.	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпканинг чегараланган раки, бронхит	20	10-20	5-9	0
3	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
4	IA	10	7-10	4-6	0-3
5	Ўз вақтида аниқланиб, комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

26. Болага 8 ёш. Онасининг шикоятлари: боланинг тез-тез ЎРВИ, зотилжам билан тез-тез касалланиши, озиб кетганлиги, кечкурунлари субфебрил харорат ( $37,4-37,5^{\circ}$  C), қўзғалувчанлик, ланжлик.

Объектив текширганда: озгин, тўқималаар тургори камайган, периферик лимфа тугунлар зич консистенцияли, оғриқсиз, бир-бири билан қушилмаган. Ўпка аускультациясида: дағал нафас, тарқоқ қуруқ хириллашлар.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини кўрсатиб беринг.
3. Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Қандай касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
5. Даволаш режасини тузинг

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Сурункали силдан захарланиш.	20	10-20	5-9	0
2	Озибкетганлиги, кечкурунларисубфебрилхарорат ( $37,4-37,5$ C), қўзғалувчанлик, ланжлик яккол микрополиадения-9 гуруҳ периферик лимфа тугунлар зич консостенцияли, оғриқсиз, бир-бири билан қушилмаган	30	20-30	5-19	0
3	Анамнезидан- бемор билан мулоқотда бўлганлиги. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасининг динамикадаги натижаси. Қон ва сийдик умумий текшириши.	10	7-10	4-6	0

	Рентген-томографик текширув.				
4	Ревматизм, сурункали пневмония, тонзиллоген интоксикация, жигар ва ут йуллари касалликлари.	20	10-20	5-9	0
5.	Специфик терапия 3-4 препаратлар билан 4-5 ой давомида, сўнг 9-10 ой 3та препарат билан + умумий кувватловчи терапия	20	10-20	5-9	0

27. 30 ёшли бемор иш жойида флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида патологик соя топилган. Беморнинг шикоятлари йук.

Объектив: умумий ахволи қониқарли. Статоакустик текшириш усуллари натижаси меъёрида. Умумий пешоб тахлили меъёрида. Бронх ювиндисидида туберкулёз таёқчалари топилмаган.

Рентгенологик: Ўнг умров суяги ости соҳасида ўлчамлари 3.5см бўлган аниқ контурли, ногомоген, интенсив юмалок фокусли соя.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Текширув режаси тузинг?
3. Шу жараёни авж олиб боишига 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасига қандай жавоб реакция кузатилади?
4. Ташхис қилинган касаллик асоратларини кўрсатинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнгўпканинг юқори бўлагининг ту беркуломаси. БК-	30	20-30	5-19	0
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон ва сийдик тахлили. 2 ТБ билан Манту синамаси. Кох синамаси. Бронхоскопия Рентген-томографик текширув.	20	10-20	5-9	0
3	Мусбат, гиперергик	20	10-20	5-9	0
4	Диссеминация, деструкция, қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши, плеврит.	30	20-30	5-19	0

28. Бемор 39 ёшда. Анамнезда: сурункали бронхит билан хасталанган. Шикоятлари: тана хароратини 37,5С° гача кўтарилиши, холсизлик, хансираш, балғамли йутал. Объектив: бемор рангпар, тери қопламаси қуруқ, озғин.

Перкуссияда: кураклар аро соҳада перкутор товуш қисқарган, аускультатив – тарқоқ куруқ хирилаш, ўнг куракни бурчаги пастк соҳасида – нам хириллашлар. Рентгенологик: Иккала ўпканинг юқори бўлаклари кичиклашган, шу ерда полиморф ўчоқли соялар, ўнг ўпканинг юқори бўлагидида диаметри 3см гача бўлган юпка деворли халқасимон соя бор. Ўпканинг илдизлари юқорига тортилган, «мажнун тол» симптоми бор. Балғамда ВК +.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Ушбу касалликда кутилиши мумкин бўлган асоратларни кўрсатинг.
3. Силнинг қайси турлари билан таққослама ташхис қилиш керак?
4. Даволаш режаси.

№	Жавоб	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қониқар-сиз
---	-------	-------	-------	---------	-------------

		балл	жавоб	жавоб	жавоб
1	Иккалаўпканинг юқори бўлақларини нгтаркоксили, яллиғланиш ва парчаланиш даври (сурункалик кечиш). ВК +	30	20-30	5-19	0
2	Спонтан пневмоторакс, плеврит, ички аъзолар амилоидози. ЎЮЕ. Қон туфлаш, қон кетиш.	30	20-30	5-19	0
3	Крупоз пневмония, коллагенозлар, грипп, сепсис	20	10-20	5-9	0
4	Специфик терапия 3-4 препаратлар билан 4-5 ой давомида, сўнг 9-10 ой 3та препарат билан + умумий қувватловчи терапия	20	10-20	5-9	0

29. 50 ёшли бемор 20 йилдан бери қандли диабетнинг оғир шакли билан хасталанган. Охириги 3 ой мобайнида балғамли йутал, холсизлик, иштахани пасайиши, жисмоний зўриқиш пайтидаги хансираш, айрим вақтлари тана хароратини ошиши безовта килиб келади. Қон туфлашнинг пайдо бўлиши шифокорга мурожат этишга мажбур қилди.

Объектив: Кўкрак қафасининг ўнг тамони яссилашган. Аускультатив: ўнг ўпкада ўртача ва кичик пуфакчали нам хириллашлар, амфорик нафас.

Рентгенологик: ўнг ўпканинг хажми кичрайган, кўкс оралги аъзолари ўнг томонга силжиган. Ўнг ўпканинг юқори бўлағида фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси соҳасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя, атрофида кам микдорда ўчоқли соялар бор. Ўнг ўпка илдизи яллиғланган, кенгайган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз ?
2. Текширув режаси тузинг?
3. Қайси маълумотлар сизнинг тахминий диагнозингиз хақида далолат беради?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
5. Ташхис қилинган касаллик асоратларини кўрсатинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлағининг фиброз - каваклисили, яллиғланиш ва тарқалиш даври. Ёндош: Қандли диабет.	30	20-30	5-19	0
2	Умумий қон ва сийдик тахлили. Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Рентген-томографик текширув.	10	7-10	4-6	0
3	Интоксикация симптомлари, кўкрак қафаси деформацияси, перкутор-аускультатив маълумотлар, рентгенологик- фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси соҳасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя	20	10-20	5-9	0
4	Ўпка абсцесси, ўпка раки, ўпка эхинококки ва ўпка кисталари.	20	10-20	5-9	0
5.	Қон туфлаш, ўпкadan қон кетиши, ЎЮЕ, ички аъзолар амилоидози,	20	10-20	5-9	0

пневмосклероз, плеврит, эмпиема.				
----------------------------------	--	--	--	--

30. 34 ёшли бемор 4 йилдан бери туберкулёз билан хаста, мунтазам даволанмаган. Обьектив: кўкрак қафасининг чап томони яссиланган, нафас харакатидан биров орқада қолмоқда. Перкутор чап ўпкада – ўпка товуши тўмтоқлашган, аускультацияда: сусайган везикуляр нафас, жарангсиз нам хириллашлар. Рентгенологик: чап ўпканинг хажми кичрайган, кўкс оралиғи аъзолари чап томонга силжиган. Чап ўпканинг юқори қисмида ногомоген, пастки чегараси ноаниқ, ёруғланиш сохали, интенсив соя; пастки қисмларида эса полиморфли, ўчоксимон соялар аниқланмоқда. Чап ўпка илдизи юқорига тортилган (“мажнунтол” симптоми).

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Текширув режаси?
3. Шу жараённинг асоратларини кўрсатинг?
4. Даволаш режаси.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг цирротик сили яллиғланиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Ички аъзолар амилоидози, нафас етишмовчилиги, ЎЮЕ. Қон туфлаш, қон кетиш.	20	10-20	5-9	0
4	Специфик терапия 3-4 препаратлар билан 4-5 ой давомида, сўнг 9-10 ой 3та препарат билан + умумий қувватловчи терапия	20	10-20	5-9	0

31. 40 ёшдаги беморнинг шикоятлари: балғамли йутал, тана хароратининг 38,5°Сгача кўтарилиши, холсизлик, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш, озиб кетиш. Аускультатив: ўнг ўпкада хар-хил калибердаги пуфакчали нам хириллашлар. Рентгенологик: ўнг ўпканинг хажми кичрайган, кўкс оралги аъзолари ўнг томонга силжиган. Ўнг ўпканинг юқори бўлагиди фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси сохасида деворлари қалин бўлган d-4смли халқасимон соя, атрофида ўчоксимон соялар бор. Ўнг ўпканинг илдизи кенгайган ва зичлашган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Текширув режаси?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сизжавоб
1	Асосий: Ўнг ўпка юқори бўлагининг фиброз - кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	30	20-30	5-19	0

2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси. Қон ва сийдикдаги қанд микдорини аниқлаш.	20	10-20	5-9	0
3	Ўпка абсцесси, ўпка раки, Ўпка эхинококки ва ўпка кисталари билан	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олган холда) +дезинтоксикацион қанд микдорини туширувчи препаратлар+ умумий қувватловчи терапия.	30	20-10	5-19	0

32. Бола 7 ёшда. Яллиғланган туберкулёз билан хасталанган (ВК+) бувиси билан мулоқотда бўлган. Хозирда шикоятлари йук, аммо 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасига 12мм ли жавоб реакцияси кузатилди (аввалги барча синамалар 0 мм га тенг бўлган). Туғруқхонада БЦЖдан сўнги чандиқ-5мм.

Объектив: захарланиш белгилари йук, қон ва сийдик тахлиллари меъёрида.

Навбатдаги рентгенологик текширувда ўнг ўпка илдизи кенгайган, чегаралари нотекис.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Кўкрак ичи лимфатик тугунлари сили.	40	30-40	5-29	0
2	Чап илдиз сохаси томограммаси Туберкулёз таёқчасига балғамни экмаси Иккиламчи флорага балғамни экиш	20	10-20	5-9	0
3	Тонзилитли интоксикация, мононуклеоз, лимфолейкоз.	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия	20	10-20	5-9	0

33. Бемор 45 ёшда. Шикоятлари: тана хароратининг ошиши, умумий холсизлик, қон аралаш балғамли йутал, жисмоний зўриқишдаги хансираш.

Объектив: Тана харорати 37,5°C, кўкрак қафасининг чап томони нафас актида кечикмоқда.

Перкуссияда: чап ўпканинг чўққисида перкутор товуш қисқарган. Аускультацияда: кам микдорда майда пуфакли жарангдор нам хириллашлар эшитилмоқда, бошқа аъзолар томонидан ўзгаришлар аниқланмади.

Рентгенологик: чап ўпканинг 3-сегментида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, чегаралари ноаниқ, атрофида перифокал яллиғланиш бўлган, илдиз билан боғланган соя аниқланди. Ўпка илдизи кенгайган ва яллиғланган.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?  
 4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпканинг яллиғланган сили	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси. Чап ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Носпецификпневмония Ўпкаўсмаси Замбуруғэтиологиялипневмония	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия	20	10-20	5-9	0

34. 32 ёшли беморда холсизлик, иштаха пастлиги, қуруқ йутал, кечкурунлари тана хароратининг 37,3-37,4°C гача ошиши каби белгилар пайдо бўлгач врачга мурожат қилди. Перкуссияда: иккала ўпка устида ўпка товуши. Аускультацияда: чап ўпканинг умров ости соҳасида дағал нафас, хириллашлар йук. Қон тахлили меъёрида.  
Рентгенологик: чап ўпканинг 1-сегментида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, чегаралари ноаник, 3 см атрофида соя аниқланди. Ўпка илдизи кенгайган ва яллиғланган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпканинг яллиғланган сили.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси. Чап ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Носпецифик пневмония, ўпкаўсмаси, ўчоқли туберкулёз, замбуруғ этиологияли пневмония.	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0

35. Бемор 37 ёшда, хайдовчи. Иш жойида флюорографик текширувда ўнг ўпканинг умров ости соҳасида диаметри 2,5 см ли контурлари аниқ булган, соҳада ёруғланиш ва ўчоқли юмолук соя аниқланди. Охириги 4 йилда туберкулёз билан касалланган акаси билан мулоқотда бўлган.



Обектив текширганда: умумий ахволи қониқарли. Ўпка перкуссиясида: ўпка товуши, аускультацияда: ўнг томонда куракнинг юқори бўлагиди кам микдорда куруқ ва майда пуфакли нам хириллашлар эшиитилмоқда.  
Лейкограммада: Лейк.-10000, эоз.-1%, т/я-8%, сегм./яд.-63%, лимф.-17%, мон.-11%, ЭЧТ-20 мм/с.Балғамда 1 кўрув майдонида 10-15 тагача МБТ аниқланди.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнгўпканингюқорибўлагинингтуберкулоси, парчаланишватарқалишдаври. БК -	40	30-40	5-29	0
2	Балғамнисилтаёқчасигабактериоскопи квабактериологиктекшириш.2 ТБ билан қўйилган Мантусинамаси.Бронхоскопия Рентгеномографиктекширув.	20	10-20	5-9	0
3	Бронхопневмония, периферик рак, ўпка эхиноккози, ретенцион киста.	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия. Консерватив терапия самарасиз бўлганда жаррохлик амалиёти.	20	10-20	5-9	0

36. Касаллик кам белгилар билан бошланди. Шикоят: ҳолсизлик ва дармонсизлик билан. Анамнездан туберкулёз касаллари билан мулоқат аниқланмади. Гемограмма: лейкоцитлар-9000, ЭЧТ – 24 мм/с. балғамда қўзғатувчи ингаляциядан сўнг 1 кўрув майдонида 5-6 тагача МБТ аниқланди. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси 14 мм бўртмача. Рентгенологик: ўнг ўпканинг юқори бўлагиди ногомоген, ўртача интенсивликда, ноаниқ чегарали 5 смгача ёруғланиш сохаларига эга бўлган соя аниқланмоқда.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гурухи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили емирилиш даври, ВК +	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик пневмония, емирилиш давридаги ўпка раки,ўткир бронхит, замбуруғли пневмония	20	10-20	5-9	0
3	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
4	IA	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс	20	10-20	5-9	0

	химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий				
--	--	--	--	--	--

37. Бола 4ёш. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва хулкининг ўзгаришига: кўзгалувчанлик, ланжлик, йиғлоқилик, кечкурунлари субфебрил харорат. 2 ТБ билан кўйилган Манту синамасига-папула 16мм. Туғилгандаги БЦЖ вакцинациядан кейинги чандиқ ўлчами-6мм. Аввлги синамалар: 1ёшда-папула 8мм, 2ёшда - 7мм, 3ёшда - 5мм. 3 ой аввал туберкулёз бемори Билан оилада мулоқотда бўлган.

Объектив текширганда: бироз озгин. Тери қопламаси тоза, мушаклар тургори камайган, периферик лимфа тугунлар катталашган, юмшок-эластик консистенцияли.

Рентгенограммада: илдиолди соҳасида ўпка суратининг кучайиши.

1.Сизнинг ташхисингиз.

2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини кўрсатиб беринг.

3.Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?

4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Эрта силдан захарланиш.	30	20-30	5-19	0
2	Кўзгалувчанлик, ланжлик, йиғлоқилик, кечкурунлари субфебрил харорат, бир оз озгин, тўкималаар тургори камайган, периферик лимфа тугунлари катталашганлиги ва уларнинг эластик консистенцияси.	30	20-30	5-19	0
3	Сийдик тахлили, қон тахлили Балғам тахлили, 2 ТБ билан кўйилган Манту синамаси 16 мм.	10	7-10	4-6	0
4	Тонзиллоген интоксикация Сурункали гепатохолетисцит Гайморит Гижжа инвазияси	30	20-30	5-19	0

38. Бемор 19 ёш, тана хароратининг 39,0° С га ошиши, холсизлик, тинч холдаги хансираш, курук йутал, кечкурунлари терлашга шикоят килади

Анамнездан: ёшлигида туберкулёз билан хасталанган, диспансер кўригидан олинган.

Объектив: рангпар, холати мажбурий, тери қопламаси нам, ориқ. НОС 40та бир дақиқада, пульс 120та бир дақиқада. Перкуссияда: иккала ўпканинг барча юзаси буйлаб-тимпанит, аускультацияда: оз микдорда курук хириллашлар. Бронх ювиндисидида- МБТ аниқланмади.

Рентгенограммада: ўпка илдизида петрификатлар, иккала ўпкада бутун ўпка майдони бўйлаб симметрик майда тариксимон гомоген чегаралари ноаниқ бир хил ўлчамдаги ўчоқли соялар аниқланмоқда.

Умумий қон тахлилида: Лейк.-11200, эоз.-1%, т/я-9%, с/я-65%, лимф.-18%, мон.-7%, ЭЧТ-40 мм/с. 2ТБ даги Манту синамаси-манфий.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Текшириш режасини тузинг?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Упкаларнинг милиар сили инфильтрация даври. ВК-abs	30	20-30	5-19	0

2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Динамикада рентгеномографик текширув.	30	20-30	5-19	0
3	Ўпка гемосидерози, ўпка карциноматози, сепсис.	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (қўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0

39. Бемор шикоятлари: балғамли йўтал, қон туфлаш, хансираш, субфебрил тана харорати, умумий холсизлик, кечаси кўп терлаш. 10 йилдан бери СҚД да назоратда туради. Объектив: бемор озғин, кўкрак қафаси деформацияланган. Рентгенологик: ўнг ўпканинг юқори бўлагиди қалин деворли нотўғри шаклдаги халқасимон соя, атрофида ўпка тўқимаси фиброз қалинлашган ва полиморф ўчоқлар бор, кўкс оралиғи аъзолари сояси ўнг томонга силжиган. Балғам тахлилида 1 кўрув майдонида 10-15 МБТ топилган.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гурухи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг фиброз-кавакли сили, яллиғланиш ва тарқалиш даври. ВК+	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка абсцесси, ўпка эхинококки, ўпка кистаси	30	20-30	5-19	0
3	I A	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	10	7-10	4-6	0

40. Бемор 32 ёшда. Оғир туғруқдан сўнг узок вақт холсизлик, балғамли йўтал, терлаш, хансираш, тана хароратини 38 -39 С гача кўтарилиши ва 6 кг озганини сезган. Анамнезига кўра ёшлигида туберкулёз билан хасталанган ва даволаниб диспансер кўригидан чиқарилган. Объектив: беморнинг ахволи оғир, тери қопламлари ва шиллик қаватлари оқарган, НОС 36та 1 дақиқада. Ўпкада перкутор – икки тамонлама ўпка товуши қисқарган, аускультатив – дағал товуш асоаида тарқоқ қуруқ хириллашлар . Пульс 112та 1 дақиқада. . 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси –манфий.

Рентгенологик: Иккала ўпканинг чўқкидан диафрагмагача майда бир хил ўлчамдаги ўрта интенсивликдаги ўчоқли соялар бор.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Милиар туберкулёз	30	20-30	5-19	0
2	Умумий қон ва сийдик тахлили. Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Динамикада. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси Динамикада рентгеномографик текширув.	30	20-30	5-19	0
3	Ўпка гемосидерози, ўпка карциноматози, сепсис.	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0

41. 20 ёшли йигитда флюорографияда ўнг ўпгада патологик соя аниқланган. Шикоятлари йук.

Объектив: умумий ҳолати қониқарли, перкутор ва аускультатив ўзгаришларсиз.

Рентгенологик – ўнг ўпканинг S-I, S-II да 1,0 см гача бўлган ногомоген, чегаралари ноаниқ, ўрта интенсивлиқли соялар бор. Ўпкаилдизи кенгайган ва яллиғланган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг ўчоқли сили яллиғланиш даври.	40	30-30	5-29	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Ўпка томограммаси	30	20-30	5-19	0
3	Ўчоқли зотилжам, ўпканинг ўсмаси, вегетоневроз, тиреотоксикоз билан	30	20-30	5-19	0

42. 24 ёшли аёл шикоятлари: холсизликга, терлашга, юрак тез уришига.

Объектив: умумий ҳолати қониқарли, орик, бемор рангпар. Перкуссия ва аускультацияда – ўзгаришларсиз.

Рентгенологик: чап ўпканинг S-I, S-III, 0смгача ногомоген, чегаралари ноаниқ, ўртача интенсивликдаги ўчоқли соялар бор, ўпка сурати кучайган. . 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси – инфильтрат 13мм.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қандай маълумотлар ташхисни тасдиқлайди?
3. Текширув режаси?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
---	-------	------------	-------------	---------------	-------------------

1	Чап ўпка юқори бўлагининг ўчоқли сили яллиғланиш даври.	30	20-30	5-19	0
2	Касалликнинг кам белгилар билан бошланиши, рентгенологик- чап ўпканинг S-I, S-II 1,0см.гача, чегаралари ноаниқ ўрта интенсивли, ўчоқли соялар, мусбат туберкулин синамалар.	20	10-20	5-9	0
3	Ўчоқли зотилжам, ўпканинг ўсмаси, вегетоневроз, тиреотоксикоз билан	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 4 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	30	20-30	5-19	0

43. Бемор тез ёрдам машинасида юқумли касалликлар шифохонасига “Қорин тифи” ташхиси билан олиб келинди. Беморнинг ахволи оғир. Шикоятлари: қуруқ йўтал, хансираш, умумий холсизлик. . Тана харорати 39-40°С. Рентгенологик:Эмфизема ўпка фонида иккала ўпка чўққисидан то диафрагма гумбасигача ўрта интенсивликдаги майда тариксимон ўчоқли соялар мавжуд. Балғам тахлилида МБТ аниқланмаган.2 ТБ билан Манту синамаси – манфий.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Диспансер гурухи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1	Милиар туберкулёз.ВК abs	30	20-30	5-19	0
2	Альвеолитлар, силикоз, саркоидоз, қорин тифи	30	20-30	5-19	0
3	I А	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

44. Беморнинг шикоятлари: истма 38°С гача кўтарилишига, холсизликга, иштахани камайиши, озиб кетишга.

Объектив: кўкрак қафасининг ўнг тамони нафас харакатида бироз орқада қолмоқда. Перкутор ўнг ўпкада – ўпка товуши қисқарган, аускультацияда –майдапуфакчали нам хириллашлар.

Рентгенологик – ўнг ўпканинг пастги бўлагида ички деворлари аниқ, ташқи деворлари ноаниқ, деворларнинг қалинлиги 2-3мм бўлган халқасимон соя, атрофида 1,0см.гача бўлган ўчоқли соялар бор.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан такқослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка пастки бўлагининг кавакли сили яллиғланиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси	30	20-30	5-19	0
3	Ўпка абсцесси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки	30	20-30	5-19	0

45. Бемор 32 ёшда, 4 йилдан буён ўнг ўпканинг яллиғланган сили билан СҚД ҳисобида назоратда туради. Мунтазам даволанмаган. Навбатдаги кўкрак қафаси рентгенологик текширувида ўнг ўпка юқори соҳасида ички чегаралари аниқ, ташқи чегаралари ноаниқ, деворлари юпка халқасимон соя аниқланди. Атрофида ўпка суръатининг кучайиш фониди ўчоқли соялар бор.

Объектив текширганда патологик ўзгаришлар аниқланмади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Ушбу касалликларнинг келиб чиқиш сабабини кўрсатинг?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка пастки бўлагининг кавакли сили яллиғланиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси	20	10-20	5-9	0
3	Мунтазам даволанмаганлиги, туберкулёз таёқчасининг силга қарши препаратларга тургунлигини ривожланиши.	20	10-20	5-9	0
4	Абсцесс, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки билан	20	10-20	5-9	0

46. 43 ёшдаги беморнинг шикоятлари: балғамли йутал, тана хароратини  $38^{\circ}$ Сгача кўтарилиши, холсизлик, кўкрак қафасидаги оғрик, қон туфлаш, озиб кетиш.

Объектив: кўкрак қафасининг ўнг тамони яссилашган, нафас актида бироз орқада қолмоқда.

Аускультацияда: ўнг ўпкада амфорик нафас, ўртача ва кичик пуфакчали нам хириллашлар.

Рентгенологик – ўнг ўпканинг хажми камайган, кўкс оралиғи аъзолари ўнг томонга силжиган. Ўнг ўпканинг юқори бўлагида фиброз ўзгарган ўпка тўқима орасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя, атрофида кам микдорда диаметри 1 смгача бўлган ўчоқли соялар бор. Ўнг ўпка илдизи юқорига тортилган, зичлашган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг.
3. Қайси маълумотлар ушбу диагнозни тасдиқлайди?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг фиброз – кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	30	20-30	5-19	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси	20	10-20	5-9	0
3	Интоксикациясимптомлари, кўкракқасидеформацияси, аускультацияда: амфорикнафас, рентгенологик фиброз ўзгарган ўпка тўкима орасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя, атрофида кам микдорда ўчоқли соялар	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + дезинтоксикацион + симптоматик терапия.	30	20-30	5-19	0

47. Бемор А. 44 ёшда.проф. текширувда флюорографияда чап ўпканинг 1-2 сегментларида 1см.гача бўлган паст интенсивликдаги ноаниқ чегарали ўчоқлар аниқланади. Шикоятлари йўқ. Обьектив текшириш натижалари ўзгаришсиз.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Чап ўпка 1-2 сегментларининг ўчоқли сили, яллиғланиш даври	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли зотилжам, ОРЗ, бронхит ва бошқалар	30	20-30	5-19	0
3	I A	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтқазилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

48. Беморда касаллик 4 ой илгари ўткир бошланган.

Шикоятлари: тана хароратининг 38°Сгача кўтарилиши, балғамли йутал, кўкрак қафасидаги оғриқ, холсизлик, кўп терлаш, юрак тез уриши. Анамнездан: туберкулёз билан касалланган онаси билан мулоқотда бўлган.

Беморга фтизиатр ўпканинг яллиғланган сили ташхисини қўйган.

Рентгенологик: чап ўпканинг I-II сегментида ички деворлари аниқ, ташқи деворлари ноаниқ халқасимон соя аниқланди, деворининг қалинлиги 2-3мм. Халқасимон соя атрофида ўпка тўқимаси кучайиши фонида кам сонли ўртача интенсивликдаги ўчоқли соялар бор.Ўпка илдизлари яллиғланган ва кенгайган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг.
3. Ушбу касалликларнинг асосий рентгенологик белгиларин кўрсатинг?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Ўпкада атрофида яккол перифокал яллиғланиш эга булмаган халқасимон соя. Соячки деворлари аниқ, ташқи деворларини ноаниқ, деворининг қалинлиги 2-3 мм, атрофида тарқалиш ўчоқлари билан.	20	10-20	5-9	0
4	Абсцесс, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки	20	10-20	5-9	0

49. 14 ёшли ўсмир флюорограммасида чап ўпканинг илдизда патологик жараён аниқланди. Ўпка илдизи кенгайган, фестонли аниқ чегарали. Тахминий ташхис: Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили (тумороз шакли).

1. Текшириш режасини тузинг.
2. Текширишнинг қандай натижалари ташхисни ойдинлаштиради.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Текшириш режаси: - қоннинг умумий тахлили; - балғамни ВК га текшириш; - кўкрак қафаси рентгенограммаси: -2 ТЕ билан қўйилган Манту синамаси	30	20-30	5-19	0
2	Текширишлар натижаси: а) қоннинг тахлилида: лейкоцитоз, лимфопения, ЭЧТ ошиши;	30	20-30	5-19	0



	б) балғамда камдан кам холларда ВК топилади; в) рентгенологик: кўкрак ичи лимфа тугунлари катталашган, ўпка илдизида кенгайиш ва деформация. г) 2 ТЕ билан қўйилган Манту синамаси -гиперергик реакция				
3	I A	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	10	7-10	4-6	0

50. Беморнинг флюорографиясида чап ўпка юқори қисмида диаметри 1,5х2 см халқасимон соя. Соя деворининг ички чегаралари аниқ, ташқи чегаралари ноаниқ, қалинлиги 3-4мм, соя атрофида 1см гача ўртача интенсивликдаги ўчоқли соялар. Кўрикда беморнинг шикоятлари йук.

Объектив: холати қониқарли, перкуссия ва аускультацияда ўзгаришлар йўқ.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Текшириш режасини тузинг.

3. Ушбу касалликнинг асосий рентгенологик белгиларин кўрсатинг?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг қавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика. Ўпка томограммаси.	30	20-30	5-19	0
3	Ўпкада атрофида яккол перифокал яллиғланиш ва тарқалиш ўчоқлари билан. Соячкидеворлараниқ, ташкидеворлариперифокаляллиғланишхисобиганоаниқ, деворинингқалинлиги 2-3 мм.	30	20-30	5-19	0



## Амалий қисм

**Маъруза №1. Туберкулёз ҳақида тарихий маълумотлар. Силни ўрганишда асосий ривожланиш босқичлари. Ўзбекистон Республикасида силга қарши курашиш давлат тизимини шакллантиришда олимларнинг ўрни. Туберкулёз эпидемиологияси.**

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Фтизиатрия фани, унинг тарихи ҳақида
	2. Туберкулёз ривожланиш босқичлари, талабалар билимларини мустаҳкамлаш
	3. Силга қарши курашда олимлар тутган ўрни
	4. Силнинг эпидемиологик кўрсаткичлари
	5. Ўзбекистонда туберкулёз эпидемиологияси
	6. Хулоса
Машғулоти мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга Фтизиатрия фани, унинг мақсади ва вазифалари ҳақида тушинчилар ҳосил қилиш. Силнинг тарқалиши, унинг диагностикаси, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Талабаларга силни эрта аниқлаш, эпидемиологик вазият, унинг кўрсаткичлари, атоли орасида эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунини тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эриштириш.</p>
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралаган саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Туберкулёз ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намоиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзунини хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намоиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос текшириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

## **Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик**

Шу мавзуни ўқитишда талабаларнинг нормал физиология, патологик физиология, микробиология, ички касалликлар пропедевтикаси бўйича ўзлаштирган билимларига асосланади. Фтизиатрия фани бошқа клиник фанлар қатори, умумий амалиёт шифокори билиши зарур бўлган тиббий билимлар асосини ташкил этади. У соғлиқни сақлаш амалиётида умумий амалиёт шифокорларига касалликларни тўғри ташхислаш ва даволаш ишларини юқори савияда амалга ошириш таъминлайди.

### **Маърузанинг қисқача матни**

Туберкулёз – турли аъзо ва тўқималарда махсус ўзгаришлар ривожланиши ва бутун организмнинг функционал ўзгариши билан кечувчи сурункали юқумли касалликдир.

Бугунги кунда касаллик номи, Лаэннек ва туберкулёз яллиғланишининг марфологик асосида дўмбоқча – tubercula, ётишини исботлаган немс терапевти Шенлейн томонидан критилган. Туберкулез атамаси энг кўп қўлланилади ва оммавий қабул қилинган.

Фтизиатрия – туберкулёз ҳақидаги фан, юнонча ftisicus – ориқлаш сўзидан келиб чиққан бўлиб, дастлаб Мортон қўллаган. У 1689 йилда “фтизиология ёки туберкулёз ҳақида трактат” деб номланувчи ушбу касаллик ҳақидаги биринчи монографияни ёзган.

Бугунги кунга келиб фтизиатрияда бир қанча йуналишлар мавжуд: фтизиатрия, фтзиопедиатрия, фтизиохургия, фтзиоурология, фтизиоортопедия ва хоказо.

Туберкулёз ҳақидаги таълимотни ривожланишини шартли равишда уч даврга бўлиш мумкин:

- 1) эмперик давр – туберкулёз ҳақидаги асосий билимларга клиник кузатишлар орқали эришилган, бу давр энг давмий бўлиб, узок ўтмишдан XVIII аср бошигача давом этган.
- 2) Клиник-анатомик кузатишлар даври – XVIII аср бошидан XIX аср бошигача давом этган.
- 3) Функционал йўналиш даври – фзика, микробиология фанлари ютуқлари, шу жумладан Р. Кох томонидан қўзғатувчининг аниқланиши туберкулёз эпидемиологияси, клиникаси ва даволаниши соҳаларида илмий тадқиқотларининг ривожланишига туртки бўлган давр. Бу давр ўз навбатида яна иккита даврга бўлинади:
  - а) антибиотикларгача бўлган давр – XIX аср охиридан XX аср 40- йиллари охиригача;
  - б) антибиотиклар даври – XX аср 50-йиллари бошлари ва ҳозирги давргача давом этмоқда.

Ибн Синонинг йирик асарларидан бири – “Тиб қонунлари” 600 йил давомида Шарқ ва Ғарб тиббий мактабларида асосий қўлланма бўлиб хизмат қилди. Бу китоб 3 қисмдан иборат бўлиб (1600 дан ортиқ варақ) анатомия, физиология, иқлимшунослик (климотология), диетика, пропедевтика, клиника ва даволаш ҳақида маълумотлар берилган.

Ибн Сино узок вақт давом этган плеврит туберкулёз ёки эмпиемага ўтади деб ҳисобларди. Туберкулёз деганда Ибн Сино ўпканинг ва баъзи ҳолларда ҳиқилдоқнинг ярали шикастланишини тушунган. Унинг кузатишларига кўра силнинг тузалиши шикастланиш даражаси ва организм ҳолатига боғлиқ. Агар туберкулёз йиринглаш, бронхлар яраланиши, йиринг ажралиши билан бошланса ўпканинг узлуксиз ҳаракатланиши сабабли касаллик қийин тузалади. Туберкулёз юқумга мойил бўлади.

Ибн Сино ўпка йиринглаши йутал билан балғам ажралишига сабаб бўлишини айтиб ўтади. Иситма кучайганда балғам ажралиши кўпаяди. Касаллик авжланиши организм умумий ахволини ёмонлаштиради, иситма кескин ортади, бемор ориқлайди. Туберкулёз иситмасининг ўзига хос томони йўқ, баъзан 4-5 кунлик интервал кузатилади. Касаллик кучайиб бориб, бемор ахволи анча ёмонлашиб қолган бўлса ҳам иситма бўлмаслиги мумкин. Парчаланиш ва йиринглаш туфайли балғам миқдори кўпаяди, мазаси шўримтир

бўлади. Томир зарби таранг, бироз тезлашган бўлиши мумкин. Иштаха сусаяди. Йўталга қарши наркотиклар қўлланилади. Ичимликлардан мева ва сабзавотлар шарбати (узум, анор, ошқовоқ), балғам кўчиши қийин бўлганда нордон чой (шинни ва сирка билан) ва асал чой, қон тупиришда Хинд ўсимликлари уруғидан қилинган таблеткалар тавсия қилинади.

Султон Али Хуросоний 1526 йилда Самарқандда “Дастур - Элож” (Даволаш бўйича қўлланма, 446 бет) номли асар ёзди у туберкулёз ўпка ва суякларни шикастланишини айтиб ўтади. Ўпка шакиллари муаллиф икки босқичга ажратади:

- 1) Яллиғланиш-пневмония, у иситма, ланжлик билан катарга ўхшаб бошланади. Бу босқичда қон туфлаш содир бўлиши мумкин.
- 2) Суяклар сили, бу силда дастлаб оғриқ ва шиш кузатилади, кейинчалик эса яраланиш кузатилади.

Султонкул Саид Баходир 1702 йилда “Ахсий-Албиби” китобини ёзди. Бу китоб Ўзбекистон ўрта асрлар олимларининг охириги қўлёзмаларидан ҳисобланади. Китобда муаллиф силни 2 босқичини фарқлайди:

- 1) Яллиғланиш – пневмоник.
- 2) Ярали.

Яллиғланиш-пневмоник шаклини плеврит ва ўпка яллиғланишидан фарқлайди ва уларнинг алоҳида бобда тасвирлайди. У силни нотипик иситмали, йутал ва қусиш билан кечувчи узоқ давом этувчи касаллик деб ҳисоблайди. Даво сифатида асосан пархез тавсия қилинади.

Қадимги Эронда бу касалларни ажратиб қўйганлар, кўпгина мамлакатларда улар билан турмиш қуриш тақиқланган. Силнинг юқумли эканлиги ҳақида Гален, Фракастро (1546) айтиб ўтганлар. 1000 йилдан сўнг эса Лаэннек, Этмюллерлар касалликнинг асосий манбаси туберкулёз билан хаста одам эканлигини тақидлаганлар. Силнинг юқумли эканлигини охиригача Франсуз шифокори Вельменнинг (XIX аср) тажрибалари исботлади.

Туберкулёз яллиғланишида казеоз вужудга келиши ҳам улар томонидан аниқланган. Лаэннек силдаги стетоакустик синдромлар ҳақида ҳам ёзган. Рус олими Пирогов 1852 йилда ўз тадқиқотлари асосида гигант ҳужайраларни ва бирламчи тарқоқ туберкулёз патологоанатомиясини тасвирлаб берди, шунингдек милиар силни тифсимон шаклини ажратди. Пирогов, шунингдек, ўпка, суяклар, лимфа тугинлари ва мия пардалар сили ҳақида ҳам маълумотлар берган. Ушбу даврнинг катта ютуқларидан бири Вильмен тажрибаларидир (1865). У лаборатория ҳайвонларини туберкулёз билан касалланган кишининг балғами билан зарарлади ва силнинг юқумлилигини исботлади. 1879 йилда Конгейм кўёнлар кўзининг олдинги камерасига туберкулёз билан касалланган аъзо бўлақларини юборди ва уларда кўз силни чақирди, бу билан силнинг юқумлилиги яна бир бор исботланди.

1882 йилда фан оламида йирик кашфиёт содир бўлди – Р. Кох туберкулёз кўзғатувчисини аниқлади. У кўзғатувчининг тоза культурасини ажратиб олди ва у билан лаборатория ҳайвонларини зарарлантirdи. Ўз тадқиқотларини натижасини у 1882 йили 24 мартда Берлинда “Физиологик жамият” мажлисида эълон қилди. У 1905 йилда Нобел мукофотига эришди. Ўз тадқиқотларини давом эттириб у 1890 йилда туберкулин олди, уни силни даволаш учун таклиф қилди. Лекин туберкулин қутилган натижани бермади.

Француз тадқиқотчиси Клеменс Перке Кох туберкулинидан фойдаланиб аллергия феноменини очди ва туберкулёз диагностикаси учун ўз синамасини таклиф қилди (1907). Икки йилдан сўнг Мантунинг тери ичи синамаси ишлаб чиқилди.

Француз олимлари Кальметт ва Герен олиб борган микробиология соҳасидаги изланишлар туберкулёз профилактикаси учун қудратли восита – БЦЖ вакцинаси кашф қилинишига олиб келинди (1919).

1943 йилда Ваксман яратган стрептомицин таклиф қилинди.

Туберкулёз билан қурашишнинг ташкилий шакиллари ҳам тараққий этиб борди. 1887 йилда Эдинбургда (Шотландия) туберкулёз касалларига тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатувчи 1- диспансер ташкил этилди.

Совет Иттифоқида силга қарши хизмат давлат бюджетига эди. Уша даврларда янги мутахасислик – фтизиатрия қрилди.

1925 йилда Кальметт проф. Тарасевичга БЦЖ вакцинасини штаммини тақдим қилди, у БЦЖ -1 деб рўйхатга олинди. 1928 йилда эмлаш фақат туберкулёз ўчоқларида ўтказила бошланди, 1935 йилда эмлаш кенг қамровли қўлланила бошланди. 1950 йилда эмлаш мажбурий равишда қилина бошланди.

1947-48 й.й. силни аниқлаш учун флюорография хизматидан фойдаланиш йўлга қўйилди. 1961 йилдан бу нарса оммавий тус олди. Бу даврда силга қарши курашишга ўзларининг беқиёс хиссаларини Семашко Н.А., Соловьев З.П., Мунблант Е.Г.лар қўшдилар.

Ўзбекистонда фтизиатрия фан сифатида 1922 йилдан яъни Ўрта Осиё Давлат Университетида тиббиёт факультети ташкил қилингандан бошлаб ривожлана бошлади. Тиббиёт факультетида 1928 йилгача фтизиатрия масалаларини проф. Сломин М.И. факультатив терапия курсларида ёритиб борарди. 1928-30 й.й. туберкулёз курси ташкил қилинди, бошлиғи доцент Аковбян Г.А., кейинчалик Гаспарян И.Г.. 1944 йилда курс асосида кафедра тузилди, бу кафедрага 1967 йилгача проф.Гаспарян И.Г. бошчилик қилди.

1931-76 йилларда Ўзбекистон Туберкулёз илмий текшириш институти профессор, кейинчалик академик Ш.А.Алимов бошчилиги остида туберкулёз эпидемиологиясини чуқур ўрганиш ва шу асосида у билан курашни йўлга қўйиш соҳасида салмоқли ишларни амалга оширилди.

1926-28 йиллардан бошлаб суъний пневмоторакс кенг қўлланилмоқда. 1928 йилда френикоэкзерез операцияси тадбиқ қилинди. 1934 йилда профессор Орлов И.И. клиникасида биринчи торакопластика операцияси амалга оширилди, 1948-54 йилларда кавернотомия, экстраплеврал пневмолиз, кўп босқичли торакопластика операциялари қўлланилмоқда.

1954 йилдан силнинг жаррохлик усулида даволашнинг яна бир йўналиши ўпка резекцияси ривожланмоқда. 1960 йилдан туберкулёз касалларига жаррохлик ёрдами кўрсатиш профессор Қориев Т.М. бошчилигида ривожланмоқда. Барча вилоятларда хирургик бўлимлар ташкил қилинмоқда. Ўзбекистонда фтизиохрургиянинг ривожланиши Қориев Т.М., Фирер С.Л., Каплан М.М., Люшина Г.И., Крафцова М.М, Абдумуминов А.А. ва бошқаларни номи билан боғлиқ.

Бугунда Республикада йирик стационар ва санатория муассасалари ташкил этилган. Режа асосида илмий равишда туберкулёз профилактикаси бўйича ишлар олиб борилмоқда. Туберкулёз билан курашишнинг Миллий дастури ишлаб чиқилган, бироқ хали тасдиқланмаган. Республика туберкулёз ҳақидаги қонунни қабул қилиниш арафасида турибди. Силга қарши воситалар ишлаб – чиқарувчи “Сурхон аджанта лимитед” корхонаси ишламоқда.

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Сурункали юқумли касаллик , организмдаги барча аъзо ва тизимларни зарарлайди ҳамда оғир асоратларга олиб келади.

Туберкулёз глобал масштабда

Дунё аҳолисини учдан бир қисми (2 миллиард) туберкулёз билан зарарланган

Дунёда ҳар йили 8 - 10 миллион одам туберкулёз билан касалланади

Дунёда ҳар йили туберку-лёздан 3 миллион одам ўлади:

Аёллар – 900 000

Болалар – 300 000

Ҳар йили ҳар бир туберкулёзнинг фаол шакли билан касалланган бемор

10-15 одамни зарарлайди

Туберкулёздан ҳар куни 5000 одам ўлади – лекин бу касалликни ҳозирги вақтда давоси бор ва тузалади

Туберкулёзнинг тарқалиши қуйидаги омилларга боғлиқ:

- Аҳоли сонини ўсиши - миграция
- Тез урбанизация
- Аҳолининг қашшоқлигини кўпайиши
- ОИТ инфекциясини тарқалиши

- Антибактериал препаратларга турғун шаклларини пайдо бўлиши.

Статистик курсатгичлар

Инфекцияланиш: мазкур йил давомида ахоли орасида туберкулин синамалари ўтказилганда синама мусбат бўлганларнинг % кўрсаткичи

Касалланиш— мазкур йил давомида 100000 аҳолига нисбатан биринчи марта аниқланган туберкулез беморлар сони

Касаллик – йил охирида 100000 аҳолига нисбатан фаол ўпка туберкулёзи билан касалланган беморлар сони

Ўлим – мазкур йил давомида 100000 аҳолига нисбатан туберкулёздан ўлганлар сони

Туберкулёзнинг ривожланиши қуйидагиларга боғлиқ :

МБТ миқдорига

Контактнинг давомийлигига

МБТ вирулентлигига

Макроорганизм ҳолатига

Туберкулёз касаллиги билан хасталанган бемор, хайвон ва паррандалар силни тарқатувчи асосий манба ҳисобланади.

Бунда силнинг очиқ шакли билан хасталанган ва бир кеча-кундузда балғами билан жуда кўп миқорда (миллиардлаб) туберкулёз микобактериясини ташқарига чиқариб турувчи беморлар эпидемиологик жиҳатдан жуда хавфли хисобланади.

Бемор туберкулёз микобактериясини пешоби, ахлати ёки яра йиринги орқали ажратгани тақдирда ҳам силнинг юқиши ва тарқалиш хавфи кам бўлади.

12XVI—XVII асрларда ҳар хил юқумли касалликларнинг кенг тарқалган бўлишига қарамай 20—30% ўлганларнинг сабабчиси туберкулёз касаллиги ҳисобланган. Ўша вақтларда вабо ёки терлама эпидемиясидан ҳалок бўлганларга нисбатан силдан ўлим топганлар сони кўп бўлган.

БЦЖ билан эмлаш оммавий ҳолда ўтказилганда туберкулёз билан зарарланишнинг ишончилиги нисбийдир, чунки зарарланиш ва эмлаш натижасидаги туберкулинга нисбатан сезувчанликни ажратиш олиш анча мураккаб. Шунинг учун туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятнинг аниқ мезони сифатида ҳар йилги зарарланиш хавфи кўрсаткичи қўлланилади. Бу кўрсаткич туберкулин синамаси қайта қўйилганда бирдан мусбат реакция берган кишилар сонига қараб белгиланади.

Касалликнинг келиб чиқиш хавфи бўлган гуруҳларга яна 2 ТБ билан Манту синамаси қўйилганда аниқ мусбат ва биринчи марта мусбат натижа берган кишилар ҳам киради. Туберкулёз билан касалланиш кўп бўлган минтақалардан кўчиб келувчи кишилар ҳам касалланиш хавфи бўлган шахслар гуруҳига киради. Биринчи бор туберкулёз бўлган-ларнинг 90% туберкулёз бўлиш хавфи бўлган шахслар гуруҳидан ҳисобланади.

**Хулоса:** Туберкулёз касалликлари орасида энг кўп учрайдиган ва тарқалган юқумли тури бу юпка сили ҳисобланади. Ўпка сили барча туберкулёз беморларини 85-90% таш қил этади. Туберкулёз касаллиги ҳозирги кунда дунё миқёсида кўпайиб бормоқда, буни асо сан дори препарат ларга чидамли тури ортиб бормоқда, шу сабабли касалликнинг эрта аниқлаш ҳам қийинлашиб бормоқда. Касаллик эпидемиологик кўрсатгичлари ҳам юқори даражага етмоқда.

**Маъруза №2. Туберкулёз микробиологияси. Туберкулёз кўзгатувчиси: микобактерия турлари. Силнинг патологик анатомияси. Туберкулёз яллиғланишидаги морфологик реакция. Туберкулёз иммунологияси. Силни ташхислашнинг умумий тамойиллари ва усуллари.**

<i>Маъруза машгулотининг технологик модели</i>	
Машгулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машгулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машгулот режаси:	1. Туберкулёз этиологияси, унинг турлари
	2.Туберкулёз патогенези ва патологик анатомияси, талабалар билимларини мустаҳкамлаш
	3. Туберкулёз яллиғланишида морфологи реакция
	4.Туберкулёз иммунологияси
	5.Туберкулёз ташхислашнинг умумий тамойиллари
	6.Хулоса
Машгулот мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга қўзгатувчиси тўғрисида, унинг тузилиши, таркиби, тарқалиши ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Силнинг тарқалиши, юқиш йўллари, патогенези, патологик анатоми яси, иммунологияси, унинг диагностикаси, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Талабаларга туберкулёз кўзгатувчисини эрта аниқлаш, эпидемиологик вазият, унинг кўрсаткичлари, эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунинг тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эриштириш.</p>
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машгулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машгулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 60 дақиқа	Туберкулёз кўзгатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намоёништириш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш



Мустақил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш
---	--	--

### ТУБЕРКУЛЁЗ ЭТИОЛОГИЯСИ.

1882 йилда Роберт Кох томонидан аниқланган туберкулёз қўзғатувчиси замонавий тасниф буйича Actinomycetes тартибига, Micobacteriosae оиласига, микобактериялар авлодига тегишлидир. Шу авлодга Бержининг микроорганизмлар аниқлагичида (1974) 29 патоген, потенциал патоген ва сапрофит турлар киритилган, кейинчалик аниқлик киритилишини талаб қилувчи 11 тур ҳам шу авлодга киритилган.

Патоген микроорғенизмларга туберкулёз ва мохов қўзғатувчилари киради. «Атипик микобактериялар» номи билан жам қилинган шартли патоген ва сапрофит микобактериялар сувда, тупроқда, ўсимликларда, одам организми нормал флораси таркибида учрайди..

Турли биологик турлари, айниқса одам ва турли хайвонлар учун патогенлигини хисобга олиб туберкулёз микобактерияларининг 4 типи фарқланган:

- a) M.tuberculosis.
- b) M.bovius.
- c) M.avium.
- d) M.microti.

Одам ва кора мол микобактериялари нафакат одамда, балки молларда, куйларда, эчкиларда, чучкалар, молларда касаллик чакириши мукин. Туберкулёз билан касалланиш мумкин булган 54 турдаги сут эмизувчилар ва 80 турдаги кушлар маълум.

Туберкулёз микобактериялари нафакат хос булмаган хужайин организмни сенсibiliзациялайди, балки аста секин мослашиб касаллик чакиради.

Муаллифлар аслида 3 тур ҳам бир турдан тарқалган, факат давомий табиий эволюцион жараен натижасида маълум организмга мослашган деб хисоблашади.

Туберкулёз микобактерияси (МБТ):

Micobacteriaceae оиласига, Actinomycetalis тартибига, Micobacterium турига мансуб.

Микобактериянинг турлари:

*Одам туберкулёз микобактерияси (M.tuberculosishumanus)*

*Қорамол микобактерияси (M.bovinus).*

*Қушлар микобактерияси (M.avium).*

*Сичқон микобактерияси (M.microti).*

МБТнинг ташқи муҳит омилларига чидамлилиги:

кўча чангида 10 кунгача;

китоб варақларида 3 ойгача;

сувда 150 кунгача;

тарқоқ ёруғликда 1-1,5 ой;

куритилган ҳолда 1-1,5 йил;

ваккумда музлатилган ҳолда лиофилизация қилинган ҳолда 30 йилгача.

Ультрабинафша нурлар таъсирида 3';

Қуёш нури билан нурлантирилганда 1,5 с;

Қайнатилганда 5';

Қурук иссиқликда 45';

1-2%ли хлорамин эритмасида- 2-3 с.;

Фаолланган аммоний-сульфатда 3 с.;

10-20%ли хлорли оҳақда - 2,5 с. ўлади.

Туберкулёзнинг юқиш йўллари :

Аэроген

Ҳаво-томчи

Алиментар  
Контакт  
Трансплацентар йўллар

Туберкулёзнинг организмга таркалиши

Гематоген  
Лимфоген  
Бронхоген  
Лимфагематоген  
Лимфабронхоген

### ТУБЕРКУЛЁЗ ҚЎЗГАТУВЧИСИНING МОРФОЛОГИЯСИ

Туберкулёз қўзгатувчисининг эгик таекча шаклида булиб, узунлиги 0,8 дан 3-8 мкм гача, эни 0,3-0,5 мкм. Узунлиги тукумаларда секин булиниш натижасида чузилиши мумкин. Микобактерия ута юпка кесимларини электрон микроскоп остида урганилганда унинг куп каватли хужайра мембранаси ва 3 каватли, баъзи жойларда цитоплазмага ботиб кундаланг тусиклар хосил қилувчи цитоплазматик мембранрси фракланади. Баъзи органиодларнинг функционал ахамияти хозиргача хам аниқланмаган. Умуман оlanda туберкулёз микобактериясининг ультраструктураси ва биокимевий таркиби хали охиригача урганилмаган.

Туберкулёз микобактериясининг полиморфизми ипсимон, актиномикотик, шарсимон, донодор шакллар вужудга келиши билан намоён булиши мумкин. 1910 йилда А.Фонтес филтрланувчи шакллар мавжудлигини тасдиқлаган, бироқ бу шакллар мавжудлиги хозиргача хам мунозараларга сабаб булмоқда. Туберкулёз микобактериясининг узгарган шаклларига хужайра мембранасида нуксон булган микроорганизмлар хам тегишли. Нокулай шароит таъсири остида туберкулёз микобактерияси уз хужайра деворини тамоман ёки қисман йукотади. Бу L-шаклларининг барча таркибий тузилмаларининг нозиклашиб қолишига сабаб булади ва узига хос мухитларда усишини шарт қилиб қуяди. L-шакл туберкулёз патогенези ва эпидемиологияси учун ахамиятлидир, чунки у организмда узок вақт сакланиши ва патоген шаклига қайтиши мумкин, бу туберкулёз рецидивни патогенезида айниқса мухимдир.

#### **КИМЁВИЙ ТАРКИБИ.**

Туберкулёз микобактериясининг кимёвий таркиби мураккаб.85,9% ни сув, қолган қисмини оксил, углевод, липидлар ташкил қилади.

Оксиллар қурук вазнининг 60% ни ташкил қилади ва физик-кимёвий хоссаларига қура 3 типда буладилар:

- 1) юкори молекуляр массали (32000-40000 Да), эрувчанлиги яхши, биологик фаол;
- 2) уртача молекуляр массали (16000 Да), эрувчанлиги сустрок, биологик фаоллиги камрок;
- 3) кичик молекуляр массали (9000 Да), эрмайдиган, нуклеин кислоталар билан анча яхши боғланган, нуклеопротеидлар комплекси хосил қилади.

Туберкулопротеидлар таркибида яхши маълум булган аминокислоталарнинг деярли барчаси мавжуд.

Микобактериялардан олинадиган туберкулинлар таркибида асосан протеин фракцияни саклайди. Туберкулопротеидлар тери остига ва тери ичига юборилганда сенсбилланган организмда махаллий ва умумий жавобга сабаб буладилар. Туберкулопротеинлар туберкулёз микобактериялари антиген хоссаларининг асосий сакловчилари деб тахмин қилинади.

Қурук вазнининг 10%дан-40%гача булган қисмини фосфатидлар, ёғ кислоталар, мумлар қуринишидаги, метил спирти, хлороформ, эфирларда яхши эрувчи липидлар ташкил қилади. Булардан фосфатидлар энг фаолли хисобланиб, улар интакт организмда эпителиоид ва Пирогов-Лангханснинг гигант хужайралари хосил буладиган махсус жавоб реакцияси чакирадилар. Фосфатидларнинг биологик фаоллиги фтиоид кислота билан боғлиқ. Мумнинг

бир неча турлари хам фаол. Берган маълумотларга кура организмга мум юборилиши гигант хужайралар хосил булиши билан кечувчи лейкоцитар реакцияга сабаб булади. Липид фракцияси билан микобактерияларнинг кислотага чидамлилиги белгиланади, бунда микол кислотасининг ахамияти катта. Мум таркибига корд-омил деб номланувчи мураккаб модда хам киради, у тукумалар энергетик метаболизмини сустлаштириши ва организм химоя кучларини кучсизлаштириши оркали микроорганизм вирулентлигини таъминлайди.

Углеводлар курук вазнининг 15.3%гача кисмини ташкил киладилар, эркин полисахаридлар хамда фосфатид ва мумлар билан брикма куришида буладилар. Бу фракцияни токсик антигенлик, сенсбилловчи хусусиятлари йук.

Туберкулёз микобактериясининг хаёт фаолияти турли ферментлар фаоллиги билан узвий боглик. Биологик оксидланиш (нафас олиш) типига кура туберкулёз микобактерияси аэробларга тегишлидир.

Туберкулёз микобактерияси оддий 2 га булиниш ёки куртакланиш усулида купаяди, бу секин кечади 20-24 соат. Баъзида хужайра кичик доначаларга парчаланади, булардан дастлаб кислотага бардошсиз, сунг бардошлигга айланувчи таёкчалар вужудга келади.

Патогенлик, яъни тирик тукумада ривожлана олиш ва унда туберкулёз ривожланишига сабаб булувчи узгаришлар пайдо кила олиш хоссаси туберкулёз микобактериясининг асосий тур хусусиятидир. Туберкулёз микобактериясининг узининг патогенлиги, яъни вирулентлиги билан бир-биридан фарк киладилар. Вирулентликни макроорганизмда алохида бахолаш лозим. Бу 2 компонентли биологик системадир. Хар бир компонентнинг кандай холатдалиги жараён окибатини белгилайди. СМБ нинг дориларга турғунлиги –турларнинг яшаш мухитига мослашиши деб аталувчи биологик конуннинг акс этишидир. СМБ нинг дориларга турғун бўлиб қолишининг иккита назарияси мавжуд. Адаптация назарияси – СМБ нинг кимёвий препаратлар тасири остида ўзгарувчанлигининг кўринишларидан бири. Спонтан мутациялар назарияси – Микобактериялар популяциясида турғун мутациялар содир бўлиши. Бунда кимёвий препаратларга чидамли микробларни танловчи омил ёки мутаген сифатида ўрин тутаяди.

СМБнинг дориларга чидамли бўлиши механизмлари бир нечта:

- 1) Препарат блоклаган алмашинув звеносини айланиб ўтувчи янги алмашинув йўлини пайдо бўлиши;
- 2) Ингибиторга антогонист метоболик продукциянинг ошиши;
- 3) Препарат блоклаган ферментнинг ишлаб чиқарилишининг кўпайиши;
- 4) Ингибицияланган метоболик тизим махсулотларига эхтиёж сусайиши;
- 5) Ингибиторни парчалашни тезлаштириш;
- 6) Ингибитор кучсизроқ блоклайдиган ўзгарган фермент ишлаб чиқарилиши;
- 7) Берилган препаратга бактерия девори ўтказувчанлигининг сусайиши.

Бу жараёнларнинг барчаси хужайра менбранаси ёки хужайра ичида содир бўлади.

Дорига турғунлик бирламчи-олдин даволанмаган беморларда ёки иккиламчи-даволаш жараёнида вужудга келади. Бирламчи турғунлик 6-10%, иккиламчи 40-70%да учрайди. Тажрибаларда Изониазидга турғунлик кўрсатган микобактерияларнинг вирулентлиги камроқ бўлиб чиқди. Бироқ одам учун дорига турғун СМБ анчагина патогендир. Бунда зарарланган одамда бирламчи дорига турғунлик аниқланади.

СМБнинг клиник амалиётда ахамиятга эга бўлган биологик хусусиятлари қуйдагилар: ўзгарувчанлик, ташқи мухут ва кимёвий омилларга юқори турғунлик. Ўзгарувчанлик тинкториал, культурал, морфологик бўлиши мумкин.

Микобактерияларнинг ташқи мухут таъсиротларига чидамлилиги қуйдагича: кўча чангида 10 кунгача, китоб варақларида 3 ойгача, сувда 150 кунгача, тарқоқ ёруғликда 1-1.5 ой, СМБ культураларида 1 йилгача, қуритилган холда 1-1.5 йил, вакуумда музлатилган холда лиофлизация қилинган холда 30 йилгача, ультрабинафша нурлар остида 2-3 мин., бироқ куёш нури билан нурлантирилганда 1-1.5 соат, қайнатилганда 5мин., курук иссиқда 45 мин., 3-5% ли хлорли охак эритмасида 5 соат, 1-2% хлорамин эритмаси, фаолланган аммоний-сульфатда 3 соат, 10-20%ли хлорли охакда 2.5 соатда ўлади.

## ТУБЕРКУЛЕЗНИНГ ИММУНИТЕТ ФЕНОМЕНЛАРИ

Организмнинг силга қарши курашишида асосан сўнг пайдо бўлган хужайралар иммунитетига ахамият берилади. Унинг асосида макрофаглар фаоллигини ошириш ва уларнинг Т-лимфоцитларга таъсирини кучайтириш ётади. Туберкулёз таёқчаларининг ўзига қабул қилиб олган фагоцитлар парчаланиши натижасида фагоцит хужайрасидан ташқарига туберкулёз таёқчаларининг бўлакчалари чиқиб,  $\alpha_1$ -оксил ва ферментлар билан биргадир, натижада медиатор (интерлейкин 1) пайдо бўлади. Пайдо бўлган интерлейкин таъсирида Т-лимфоцитларининг фаоллиги кучаяди.

Т-лимфоцитлари эса ўз навбатида лимфокин – медиаторларини (интерлейкин 2) ишлаб чиқаради, бу эса макрофагларнинг харакатини ва туберкулёз таёқчаларига нисбатан бўлган ферментатив фаоллигини оширади. Макрофаглар томонидан ишлаб чиқариладиган медиаторлар иммуноглобулинлар сентизига жавобгар ҳисобланган В-лимфоцитларнинг фаоллигини кучайтиради.

Т-лимфоцитлар орасида макрофагларнинг иммунитет жавобгарлигига нисбатан турли вазибаларни бажарувчи хиллари мавжуд. Т-хелперлар макрофагни фаоллаштиради, Т-супрессорлар аксинча макрофаг фаоллигини сусайтиради. Т-лимфоцитларнинг бир қисми Т-келлерлар макрофаглар билан бирга иммунитетнинг асосий феноменларидан бири бўлган хужайраларнинг силга қарши иммунитетини ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик ривожланишини таъминлайди. Секин ривожланиши ўта сезгирликка хужайраларнинг, туберкулёз таёқчаларининг, антигени билан бўлган ўзаро таъсир реакциялари киради. Силдан мухофаза қилишда организм турғинлигини кучайтирувчи гуморол омиллар (комплемент, лизоцим, пропердин, интерферон) муҳим ахамиятга эга, булар айниқса иммунитет системасининг физиологик камчилиги бўлган янги туғилган чақалоқларда катта ахамиятга эга. Катталарни туберкулёз касалидан сақлашда гуморол омилларнинг ахамияти аниқ эмас, яъни ўрганилмаган.

Секин ривожланувчи ўта сезгирлик реакцияси вакцинациядан ёки туберкулёз инфекцияси организмга юққандан сўнг 2-3 хафата ичида етарли даражадаги иммунитет эса 8 хафтадан сўнг пайдо бўлади.

Иммунитет реакциясининг ривожланиши туберкулёз таёқчаларининг таркибий қисмларининг таъсири тўхташи жараёнида кечади. Туберкулёз таёқчаларининг вирулентлигини аниқловчи корд-фактори, фаголизоцом ташкил топишини ва туберкулёз таёқчаларининг парчаланиш жараёнини секинлаштиради. Агар туберкулёз таёқчалари кўп хил популяцияда бўлса ва жуда тез кўпайса, Т-супрессорлар кўпаяди, Т-хелперларнинг иммунологик фаоллиги ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик сусаяди, бу силнинг тез ривожланишига ва ириган туберкулёз бўртмаларининг шаклланишига олиб келади. Макрофаглар ичидаги туберкулёз таёқчаларининг фосфатоидлари таъсирида макрофаглар эпителиясини ва кўп ўзакли катта Пирогов ва Лангхас хужайраларига айланади. Иккиламчи силга силнинг бирламчи даврида пайдо бўлган иммунитетнинг мавжудлиги ҳосдир. Иккиламчи силнинг иммунитетида ҳам макрофаглар билан Т-лимфоцитлар асосий ахамиятга эга бўлиб, улар туберкулёз инфекциясининг тарқалишига ва туберкулёз яллиғланишининг кенгайишига қаршилиқ кўрсатади. Иккиламчи силдаги инфекция жараёнига яллиғланиш ва тўқималарда эриш жараёни ҳосил бўлиб бу макрофагларнинг парчаланиши натижасида келиб чиқади. Эриш жараёни қон томирларни бузади, лимфоцитлар ва макрофагларнинг туберкулёз таёқчалари томон интилишига қаршилиқ кўрсатади, натижада эришнинг (казеоз) сўрилиши қийинлашади ва туберкулёз таёқчалари фагоцитлар томонидан яхши қамраб олинмайди.

Лимфа безлари касалланганда, хомла даврида айрим сабабларга кўра оч қолганда иммунитетни сусайтирувчи дорилар (иммунадеприцив) қабул қилинган даврда, ичкиликбозликка, гиёҳвандликка берилган кишиларда рак, қандли диабет касалларда табиий иммунитет сусайиб кетади.

Силнинг морфологик ўзгаришлари кўп қиррали бўлиб ўткир ириш (казеоз) ўчоқларидан тортиб жуда кичик ўзгаришларгача ва хатто тўқималарнинг силга ҳос бўлмаган ўзгаришларигача рўй беради.

Туберкулёз ўзига ҳос бўлмаган яллиғланиш реакциясидан бошланади. Тажрибада хайвонлар ўпкасига вирулентлиги кучли бўлган туберкулёз таёқчалари юктирилганда бир

кеча кундуз ўтиши биланоқ гистиоцид хужайраларнинг кўпайиши рўй беради; ўпка пуфакчаларининг девори яллиғланади ва етарли миқдорда лимфоцитлар, сегмент ядроли нейтирофил лейкоцитлари тўпланади, кейинчалик қонга тўлишган, яллиғланган қон томирлари атрофида ҳам лейкоцитлар тўпланади, ўпка пуфакчалари ичига эса макрофаглар йиғилади. Туберкулёз ўчоғининг битиши, эксудатнинг сўрилиши, казеознинг қуюқлашиб қотиши ва туберкулёз ўчоғининг атрофида қўшувчи тўқималардан иборат қобикнинг пайдо булиши билан бирга кечади. Эксудатнинг, хужайра элементларининг сўрилиши, яллиғланиш ва ковакчаларнинг битишига ва натижада чандиқ (фиброз-цирроз) пайдо бўлишига олиб келади. Туберкулёз яллиғланишининг ривожланиш тезлиги, унинг яққоллиги ва тўқималар яллиғланиш реакциясининг алмашиб туриши – (альтератив, экссудатив ва пролифератив жараёнларнинг) организмга кирган туберкулёз таёқчаларининг сонига ва вирулентлик сифатига кўп жихатдан боғлиқ. Итларда ўтказилган тажрибалар натижасида шу нарса аниқланганки; агар ит ўпкасига 10 туберкулёз таёқчаси юборилса туберкулёз бўртмачаси,  $10^6$  – йирик туберкулёз ўчоғи,  $10^8$  – кавокли туберкулёз пайдо бўлади.

Силни бирламчи ва иккиламчи, кетма-кет келадиган 2 даврга бўлиниши унинг патоморфологик кўриниш хусусиятларида ҳам акс этади.

Силнинг бирламчи даврида асосан лимфа безлари зарарлангани учсун доим тарқалган холда ёки лимфа безларининг – казоез ўзгаришлари топилади. Силнинг бу даврига бактиремия (туберкулёз таёқчаларининг қон орқали тарқалиши) хос бўлиб ўпка ва бошқа аъзоларда қон билан тарқалиш натижасида пайдо бўлган туберкулёз ўчоқларининг мавжудлиги аниқланади.

Асосий туберкулёз ўчоғи атрофида кенг кўламда тарқалган яллиғланиш, ўпка ва бошқа аъзоларда силга хос бўлмаган лимфоид ва лимфогистоцитар тугунчалар яллиғланишнинг пайдо бўлиши ва макрофаглар кўпайиши (пролифрацияси) бирламчи силнинг асосий марфологик хоссасидир.

Бирламчи силдан кейин силнинг қон ёки лимфа йўллари билан тарқалган кўриниши пайдо бўлиши мумкин. Бунда туберкулёз ўчоқлари билан бир қаторда ўпка қон томирларининг яллиғланиши (васкулит), касаллик сурункасига келадиган бўлса ўпка тўқималари оралиғида тур шаклидаги дағаллашган (склеротик) ўзгаришлар пайдо бўлади. Тарқалган туберкулёз авж олиб кетадиган бўлса у иккиламчи силнинг бошланиши бўлиб хисобланади.

L-шаклидаги вирулентлилиги кам бўлган туберкулёз таёқчаларининг юкуши натижасида ретикулоцит, лимфоид ва макрофаг хужайралар иштирок этувчи ретикулогистиоцитар пролифератив кўринишдаги яллиғланиш ўпка ва лимфа безларида ривожланиши мумкин. Туберкулёз ўчоқлари атрофидаги силга хос бўлмаган перифокал реакция кўринишидаги яллиғланиш, яллиғланишнинг экссудатив даври бўлиб, морфологик жихатдан қон томирларнинг тўлишиб, шиши ва лимфоцитар яллиғланишидан ибортадир.

### **ТУБЕРКУЛЕЗ ПАТОГЕНЕЗИ**

Одамга туберкулёз асосан (90-95%) нафас йўллари орқали юқади (аэроген йўл). Ошқозон-ичак йўллари орқали юқиш камроқ учрайди (алиментар йўл). Баъзида терининг ёки шиллиқ қаватларнинг жарохатланган қисми орқали ҳам юқиши мумкин (контакт йўл). Туберкулёз билан касалланган хомиладорлар аёллардан туберкулёз инфекцияси хомиллага юқиши ҳам мумкин, бунда инфекция хомиллага йўлдош ва киндик қон томирлари орқали ўтади.

Касаллик кўпинча оилада кўп миқдорда туберкулёз таёқчаларини ажратувчи, узок вақитгача алоҳида ажратиб қўйилмаган бемор билан алоқада бўлган тақдирда, баъзида эса балғами билан туберкулёз таёқчаларини ажратувчи беморлар билан бирга бўлганда юқиб ривожланади.

Балғам, туپик, шилимшиқ моддалар томчиси ёки чанг билан бирга нафас йўлларида кирган туберкулёз таёқчалари, нафас йўллари мукоциляр клиренс системаси – яъни доимо ҳаракатда бўлувчи эпителийлар (мерцательные эпителии), нафас йўллари шиллиқ қаватидан ишлаб чиқариладиган секрет ҳаракати ёрдамида ташқарига чиқариб ташланиши мумкин, бу ҳолат туберкулёз таёқчаларининг ўпка пуфакчаларидаги макрофаглар билан тўқнашишга ҳалал беради.

Илгари туберкулёз таёқчалари билан зарарланмаган ёки БЦЖ вакцинасини қабул қилмаган кишиларга туберкулёз биринчи марта юққанида, туберкулёз таёқчалари фагоцит ва полинуклиарлар билан тўқнашади ва улар томонидан худди ёд нарсасдек қабул қилиниб ютуб юборилади (фагоцитоз). Макрофаглар туберкулёз таёқчаларини аввал ўз хужайра пардасига (мембранасига) қабул қилади, сўнг эса ўз ичига ўраб олади ва фагоцома пайдо бўлади, фагоцома лизацома билан қўшилиб фаголизацома пайдо бўлади (3-расм), бунинг ичида туберкулёз таёқчалари емирилади ва хазм бўлади, бунда фаголизацома ичидаги ферментлар таъсир кўрсатади. Макрофагларнинг хазм қилиш фаоллиги макроорганизмнинг ахволига, ёшига, жинсига, ирсий хусусиятларига ва организмга юққан туберкулёз таёқчаларининг верулентлигига боғлиқ. Макрофаг ичига кирган туберкулёз таёқчаларининг верулентлиги кучли бўлса ўзининг яшаш қобилиятини, кўпайиш хусусиятини сақлаб қолиши мумкин. Бундай холда макрофаг парчаланиб туберкулёз таёқчалари макрофаг хужайрасидан чиқади. Туберкулёз таёқчаларининг сўнги тақдири организмнинг макрофаглар фаоллигининг ошириш фаолиятига боғлиқ бўлади.

### **Туберкулин диагностикаси**

Туберкулин юборишга бўлган реакцияни одам организмни туберкулёз микобактерияларига бўлган специфик сенсibiliзациясини диагностик тест сифатида аниқлашда ишлатилади. Уни туберкулинодиагностика дейилади ва кенг қамровли туберкулёзга текширувларда ва клиника амалиётида индивидуал диагностика мақсадида қўлланилади.

Оммавий туберкулинодиагностика деб аҳолининг катта гуруҳларини кўпинча болалар ва ўсмирларни эпидемиологик, клиник ва диагностик маълумотлар олиш учун қўлланилади.

Индивидуал туберкулинодиагностика туберкулёзнинг конкрет клиник кўрсаткичларига кўра алоҳида шахсларга қилинади.

**Туберкулин препаратлари.** Туберкулин 1890 йил Берлинда Кох томонидан олинган. У махсус туберкулёз таёқчалари культурасидан ажратиб олинган сув-глицеринли тортилма бўлиб, кейинчалик кўхна ёки альттуберкулин (нем. *Alttuberculin Koch*). Кох кўхна туберкулини таркибига микобактериялар экилган озик муҳитини кўп балласт моддалари киради. Шу моддалар туфайли улар асосан оқсил бўлганлиги учун кўхна туберкулин юборилганда кўпинча турли носпецифик реакциялар кузатилад эди.

1934 йили Ф. Зольберт ва С. Гленн Филадельфияда анча тозаланган препарат- Purified protein derivative (PPD-S) яратишди.

Бизнинг давлатимизда куруқ тозаланган туберкулин 1939 йили Ленинград зардоблар ва вакциналар ИТИ да М.А. Линников таҳрири остида ажратиб олиниб ППД-Л номини олди.

Биохимик таркибига кўра туберкулопротеинлар, полисахаридларнинг, липид фракцияларининг, нуклеин кислоталарнинг мураккаб бирикмаси ҳисобланади. У ўз таркибида микроб таналари қолдиқлари ёки туберкулёз қўзғатувчисининг ҳаёт фаолиятларини маҳсулотларини сақлайди. Иммунологик нуқтаи назардан туберкулин ўзида туберкулёз микобактериясининг антиген компонентларини нотўлиқ антиген ва специфик аллерген ҳисобланади.

Препарат шартли туберкулин бирликларида дозаланани-ТБ. Халқаро стандартга асосан 1 ТБ инфицирланган одамлар 80-90% мусбат реакция берадиган туберкулин миқдори ҳисобланади. 1 ТБ да 0,00006 мг куруқ ППД-Л куруқ препарати ёки 0,00002 туберкулин ППД-Л чиқарилади.

Россияда 2 турдаги туберкулин ППД-Л чиқарилади.

-Тозаланган туберкулин стандарт эритмасида – 2 мл эритмадан 1 ампула, унда 0,1 мл 2 ТБ ППД-Л бор.

- Куруқ тозаланган туберкулин ампулаларда 50 000 ТБ дан, карболизацияланган натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади. Тозаланган туберкулин стандарт эритмада 2 ТБ ППД-Л 0,1 мл эритмада оммавий ва индивидуал туберкулин диагностикаси манту синамасида қўлланилади.

Куруқ тозаланган туберкулин фақатгина махсус туберкулёзга қарши қароргоҳларда турли хилдаги туберкулин синамаларини амалга оширишда қўлланилади.

Туберкулин синамалари методикаси.

Туберкулинни юборишнинг 3 та усули мавжуд: тери усти, тери ичи ва тери ости . Уларни тери ости Кох синамасини (1890), тери усти Пирке синамаси (1907), тери ичи Манту синамаси, қўйишда ишлатилади.

Тери остига туберкулинни жўнатиб Кох синамасини ўтказиш махсус фтизиатрия стационарларида туберкулёзнинг қиёсий ташхиси ва туберкулёзнинг активлик даражасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.. Туберкулин дозировкасини аниқлаш учун олдиндан унга смеzgирлик бўсағасини дозани титрлаш орқали секин ошириш йўли билан аниқланади.

Туберкулинни тери остига елканинг юқори 1/3 соҳасига ва баъзан курак бурчагига тери остига юборилади. Болалар учун туберкулин дозаси 10-20 ТБ, катталар учун 20-50 ТБ. Кох синамасини эҳтиёткорлик билан амалга ошириш керак. Чунки у туберкулёз жараёнининг зўрайишига сабаб бўлиши мумкин.

Пирке синамаси ҳозирда жудаям чегараланган қўлланилишга эга. Кўпинча уни тери усти градуирланган туберкулин синамаси билан биргаликда қўлланиди.

Ушбу синамани фтизиатрия стационарларида туберкулёз билан касалланган беморлар ва ўсмирларда туберкулинга индивидуал сезгирликни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Тери усти градуирланган синамаси ўтказишда туберкулиннинг турли концентрацияли эритмаларидан фойдаланилади: 100,25,5 ва 1%. Синамани билак соҳаси терисида амалга оширилади. Туберкулинни тери остига томизиб, томчи устида терини скарификатор билан кирилади.

Энг кенг тарқалган синама – бу Манту синамасидир. Уни врач буйруғига биноан махсус ўргатилган ҳамшира ёки фельдшер туберкулин диагностикаси ўтказишда махсус рухсат берилган ҳужжати бўлган ҳамшира ёки фельдшер шифокор буйруғи билан ўтказиши мумкин. Манту синамаси кўпинча амбулатор шароитда ўтказилади.

Манту синамаси учун махсус бир марталик 1 мл ҳажмдаги ингичка, қисқа, қийшиқ кесимли игнали шприцлардан фойдаланилади. Шприцга 0,2 мл туберкулин эритмаси тортилади ва ундан 0,1 мл чиқариб ташланади. Шунда юборилаётган эритманинг ҳажми 0,1 мл (2 ТБ ) бўлади. Билак тирсак ички юзасининг ўрта учлигида терини 70% этанол билан артилади ва куритилади.

Игнанинг кесими юқорига қаратилиб секин- асталик билан тортилган терининг юза қаватига (тери ичига) юзасига параллел равишда киритилади. Терининг ичига игна киритилгандан сўнг шприцдаги 0,1 мл туберкулин эритмаси юборилади. Тўғри бажарилган техникада терида оқиш лимон пўстлоғи кўринишида диаметри 7-9 ммдан катта бўлмаган папула ҳосил бўлади.

Оммавий текширишларда стандарт эритмадаги 2 бирликдаги тозаланган туберкулин (2 ТБ ППД-Л) билан тери ичи Манту синамаси учун қўлланилади.

Туберкулёз таёқчаси билан инфицирланганларда ва туберкулёз билан касалланишни ўтказилганларнинг ҳаммасида БЦЖ вакцинация қилинганда СТЮС (секинлашган типдаги юқори сезувчан) туфайли туберкулинга жавобан алергик реакция кузатиши мумкин. Ушбу реакция юқори спецификлиги билан ажралиб туради ва фақатгина айнан ўша антигенларни организмга тушганида ривожланиши мумкин. СТЮС реакцияси туберкулин юборилгандан кейин 6-9 соат ичида шакллана бошлайди максимал чўққисига 72 соатдан кейин чиқади.

Маҳаллий, ўчоқли ва умумий туберкулинга бўлган реакциялар кўриниши туберкулин дозасидан ва ва препаратни юбориш усулидан, организмнинг сенсбилизация даражасидан ва унинг умумий реактивлигидан келиб чиқади.

Туберкулинни юборишга бўлган маҳаллий реакция туберкулёз таёқчаларига сенсбилизациялашган организмда туберулинни тери усти, тери ости ва тери ичига юборилганда юзага чиқади. У кўпинча туберкулин юборилган жойда гиперемия ва инфилтрат шаклланиши – папулалар кўринишида пайдо бўлади.

Баъзида везикулалар, яралар, лимфангитни ва регионар лимфаденитнинг маҳаллий белгилари кузатилади. Туберкулинни терм остига юборилганда туберкулёз билан касалланган беморларда перифокал яллиғланишнинг кучайишида ўчоқли реакция

кузатилади. Умумий ёки системали реакция умумий аҳволнинг ёмонлашуви, иситмалаш, гемограмманинг ўзгариши ва туберкулёз интоксикациясининг бошқа белгилари кўринишида юзага чиқади. Умумий реакция туберкулёз билан касалланган беморларда туберкулинни тери остига жўнатилганда ёки баъзи ҳолатларда тери орасига юборилганда кузатилади.

### НАТИЖАЛАРНИ БАҲОЛАШ.

Кох синамасининг натижаси 48-72 соатдан кейин баҳоланади ва унда организмнинг умумий ва маҳаллий жавоб реакциялари пайдо бўлганда мусбат ҳисобланади. умумий реакция ҳолсизланиш, ўзини ёмон ҳис қилиш, ҳароратнинг кўтарилиши, гемограмма кўрсаткичларининг ўзгариши ва қондаги оксил таркибининг ўзгаришлари билан характерланади. Ўпка туберкулёзидаги ўчоқли реакция хириллашларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши, ўчоқлар атрофидаги инфильтрациянинг катталаниши ва балғамда туберкулёз таёқчаларининг пайдо бўлиши шаклида кўринади.

Буйрак туберкулёзида пешобда лейкоцитурия, кўз туберкулёзида яллиғланиш зонаси катталашганлиги кузатилади. Кох синамасида туберкулёз билан касалланган беморларда ўчоқли реакция одатда 10-20 мм диаметри инфильтрат кўринишида юзага чиқади. Умумий ва ўчоқли реакциялар билан солиштирилганда у анча кам диагностик аҳамиятга эга.

Пирке синамасини 48 соатдан кейин инфильтрат диаметри 3 мм ва ундан катта бўлганда 100% ли туберкулинга нисбатан мусбат ҳисобланади. Туберкулинни барча турдаги концентрацияларга мусбат реакция одатда фаол бирламчи туберкулёздан далолат беради.

Манту синамаси натижалари синама ўтказган ҳамшира ёки фельдшер, шифокор томонидан 72 соатдан сўнг баҳоланади.

Бунинг учун шаффоф мм ларга бўлинган чизғич ёрдамида билан тирсакнинг ўқига кўндаланг кўйилиб, инфильтрат ўлчами қайд қилинади. Инфильтрат бўлмаганда гиперемияни ўлчаб қайд қилинади.

Манту синамасидаги туберкулинга бўлган реакцияни қуйидаги критерияларга қараб баҳоланади:

- ✚ манфий- инфильтрат ва гиперемия йўқ
- ✚ шубҳали- инфильтрат диаметри 2-4 мм, ёки турли ўлчамдаги гиперемия
- ✚ мусбат- диаметри 5 мм ва ундан катта бўлган инфильтрат

5-9 мм ли инфильтратда реакция мусбат, 10-14 мм ли бўлса ўртача интенсивликдаги, 15-16 мм юқори интенсивликдаги реакция деб –ҳисобланади.

Болалар ва ўсмирларда 17 мм даги инфильтратда, катталарда 21 мм ва ундан катта инфильтрат кузатилганда гиперергик реакция деб аталади. Гиперергик реакциянинг бошқа белгилари инфильтратнинг ўлчамига боғлиқ бўлмаган ҳолда везикулалар, яраланишлар, лимфангит ва регионар лимфаденитнинг ҳосил бўлиши билан кечишидир.

Болалар ва ўсмирлар учун тери орасига БЦЖ вакцинаси ва ревакцинасидан сўнг 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси мусбат чиқиши инфекция ҳамда поствакцинал аллергиядан далолат бериши мумкин. Буни ажратиб олиш учун охириги БЦЖ инъекциясидан сўнг ўтган вақт туберкулин реакциясининг интенсивлиги, поствакцинал чандикнинг борлиги, ва ўлчамлари, касалликнинг клиник белгилари, туберкулёз касали билан контакт ҳисобга олинади.

Поствакцинал аллергия учун характерли бўлган белгиларга шубҳали ва яққол бўлмаган реакцияларни 2-11 мм диаметрдаги инфильтрат билан бирга бўлганда кечиши характерлидир.

Туберкулинга бўлган яққолроқ реакциялар 12-16 мм диаметри инфильтрат билан биргаликда келса, кўпинча улар йирик поствакцинал чандиклари (6-9 мм ва ундан каттароқ) бор бўлган қайта вакцинация қилинган болалар ва ўсмирларда кузатилади. Поствакцинал аллергия қайта синамада 3 ойдан кейин сусайишга мойил бўлади.

Носпецифик аллергиянинг белгилари тез-тез пайдо бўлувчи болаларда Манту синамасини ўтказиш десенсибилизация терапиядан сўнг ўтказиш тавсия қилинади. Туберкулинга бўлган сезгирликнинг олдинги ҳолатда сақланиши ёки даволаш даврида кучайиши аллергиянинг инфекция характердалигини тасдиқлайди. Манфий Манту синамаси мусбат ёки манфийлиги анергиядан далолат беради.



Мусбат анергия туберкулёз таёқчаси билан инфицирланган соғлом одамларда кузатилади, манфий анергия силнинг зўрайиб борувчи кечишида, ВИЧ инфекция фонидagi туберкулёз билан касалланганларда ёки оғир ёндош касалликлари бўлган касалларда кузатилади.

Манту синамасининг натижаси бўйича туберкулинга бўлган сезгирликни динамикада баҳоланиши туберкулёз микобактериялари билан бирламчи инфицирланганлигини нисбатан бўлса ҳам ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Бунинг учун Россияда болалар ва ўсмирларнинг туберкулинга бўлган сезгирлигини бир йилда бир марта текширилади, натижалар амбулатор кузатув индивидуал картасининг мос келувчи бўлимига белгилаб қўйилади.

Бир йил давомида Манту синамасини 2 ТБ ППД-Л бўйича туберкулинга бўлган реакциянинг биринчи мусбат чиққанлиги вакцинация қилинмаган чақалоқ ёки ўсмирларда туберкулинга бўлган сезгирликнинг виражи деб аталади.

Янги туғилган чақалоқларда туберкулёзга қарши вакцинация, болалар ва ўсмирларда ревакцинациянинг белгиланган вақтларда кенг шароитларда ўтказилиши туберкулинга бўлган сезгирлик виражининг белгисини кейинги Манту синамасининг туберкулинга бўлган жавоб реакциясининг кучайиши бўлиб ҳисобланади.

Бу кучайиш инфилтрат диаметри 2 ТБ ППД-Л қилинган жойда бир йил олдинги билан солиштирилганда 6 мм ва ундан юқори катталиқда, шу жумладан туберкулинга бўлган гиперергик реакциянинг намоён бўлиши билан намоён бўлади. Виразнинг туберкулинга бўлган сезгирлиги туберкулёз микобактерияси билан бирламчи инфицирланиши борлигини тасдиқлайди ва комплекс даво-профилактик чора-тадбирлар ўтказишга асос бўлади.

Булар бирламчи инфицирланишни клиник яққол туберкулёз ривожланиши билан авжланишини огоҳлантиришга ва инфекциянинг манбаини аниқлашга йўналтирилган.

Манту синамаси бўйича натижаларнинг болалар ва ўсмирлардаги туберкулёз микобактериялари (МБТ) билан инфицирланишининг белгилари:

➤ ҳар й или кузатилганда БЦЖ вакцинацияси билан боғлиқ бўлмаган мусбат реакция (папула диаметри 5 мм ва ундан катта) биринчи бор кузатилади.

➤ 4-5 йил давомида мусбат реакция (инфилтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори) бўлиб турғун сақланмоқда.

➤ бир йил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик бирдан кучайди- инфилтрат диаметри 6 мм ва ундан катталашди.

➤ бир неча й ил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик кучайди- инфилтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори.

Туберкулинга бўлган вираз реакцияси, узоқ сақланувчи мусбат реакцияда инфилтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори, гиперергик реакция ва реакциянинг кучайиши соғлом болалар, ўсмирлар ва катталарни туберкулёз касаллигинининг юқори хавф гуруҳига киритишга асос бўла олади.

Манту синамасининг натижасини баҳолашда ёндош инфекцион касалликлар (қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал) ёки соматик патологиялар (саркоидоз, бронхиал астма, ревматизм, хавфли ўсмалар) ни ҳисобга олиш лозим. Туберкулинга бўлган жавоб реакция организмнинг аллергик ёндашиш қизларда овариал циклнинг фазасига, терининг индивидуал сезгирлигига ҳам боғлиқ бўлади.

Экологик факторлардан, масалан, юқори радиацион фон, зарарли химик чиқиндиларнинг ташланиши ва ҳ.к. Яна туберкулин синамалари натижаларига синама ўтказилаётгандаги хатоликлар, туберкулинни сақлаш қоидаларига риоя қилинмаганлиги ҳам таъсир қилади.

### **Кўрсатма ва қарши кўрсатмалар**

Оммавий туберкулинодиагностика туберкулёз микобактерияларининг бирламчи инфицирланишни ва туберкулёз касаллигини барвақт аниқлашда, ревакцинацияга кўрсатмани аниқлашда, туберкулёзни эпидемиологик назорат қилиб туришда қўлланилади.

Буни ўтказиш усчун ҳамма БЦЖ билан эмланган болалар (12 ойликдан) ва ўсмирларда олдинги натижалардан қатъий назар 2 ТБ даги Манту синамаси ўтказилади. Тиббиёт

қарши кўрсатмасига биноан чақалоқлик даврида БЦЖ вакцинаси билан эмланмаган болаларда Манту синамаси 6 ойлигидан 1 й илда 2 марта қилинади(БЦЖ – М вакцинасини олгунга қадар).

Туберкулин синамасини й илнинг бир вақтида,кўпроқ кузда ўтказган маъқул. Болаларда бирламчи инфицирланишга вираж реакцияси билан туберкулинга шубҳа қилинганда, гиперергик ёки туберкулинга юқори сезгирликда фтизиатрга жўнатиш зарур.

БЦЖ ревакцинациясига кўрсатма 7 ёшдаги (1-синф) болаларда ва 14 ёшдаги ўсмирларда (7-8 синф) аниқланади. Туберкулинга (Манту синамаси 2ТБ) манфий реакция бўлган клиник соғлом шахсларда ревакцинацияга кўрсатма ҳисобланади.

Эпидемиологик нуқтаи назардан оммавий туберкулинодиагностиканинг аҳамияти катта гуруҳ аҳоли орасида инфицирланган шахсларни фоизини(%) ва ҳар йили туберкулёз микобактериялари билан инфицирланганларни ҳисоб кўрсаткичини аниқлашдир. Бу кўрсаткич биринчи марта инфицирланган шахсларни ўтган йилги фоизини акс эттиради. Булар қаторига болалар ва ўсмирларнинг туберкулинга бўлган вираж сезгирлиги ва турғун сақланиши ёки кучайиши киради.

2 ТБ ППД-Л ли Манту синамаси соғлом болалар, ўсмирлар ва ҳар хил соматик касалликлари бор шахслар учун безарардир. Бироқ баъзи ўтказилган касалликлар ва эмланишлар болалар терисининг туберкулинга бўлган сезгирлигини кучайтириши ёки сусайтириши мумкин. Шунинг учун тери касалликлари, инфекциян, инфекциян-аллергик ва соматик касалликлар хуруж даврида, аллергиян ҳолатларда оммавий туберкулинодиагностикада Манту синамасини ўтказиш қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Синама бир ой давомида ҳар қандай эмлашлар ва биологик диагностик синамалардан кейин, шу жумладан болалар карантини инфекциясида қилинмайди. Оммавий туберкулинодиагностика даволаш профилактика муассасаларида, умумий даво турида ўтказилади. Методологик қўлланманнинг оммавий туберкулинодиагностикасини туберкулёзга қарши диспансерлар амалга оширади. Агар тўғри уюштирилса туберкулинодиагностика ҳар й или 90-95% ҳолларда болалар ва ўсмирларда ўтказилиши керак.

Уюштирилган болалар мажмуасида оммавий туберкулинодиагностикани махсус ўргатилган тиббиёт ходими бажаради, эрта ва мактабгача ёшли болаларда эса Манту синамаси болалар поликлиникасида ўтказилади. Қишлоқ жойларда туберкулинодиагностикани район ва участка поликлиникалари, айрим ҳолларда эса фельдшер-акушер пунктлари амалга оширади.

Индивидуал туберкулинодиагностика ўртача Манту синамасида

2 ТБда инфекциян ва туберкулинга бўлган поствакцинал аллергияни таққослама ташхиси учун, туберкулёзнинг юқори хавф гуруҳига кирувчи шахсларининг ҳолатини назорат қилиш учун ўтказилади. Бошқа кўрсатмалар бўлиб туберкулёз билан ташхисланиши керак бўлган кўпгина касалликлар диагностик муаммоси ҳисобланади.

Туберкулёзга қарши қароргоҳларда туберкулинодиагностика туберкулёз жараёнини активлигини, даволаш эффективлигини баҳолаш мақсадида ва маҳаллий туберкулёз диагностикасида ишлатилади.Ушбу синамаларга кўрсатмалар бўлиб, олдин ўтказилган синаманинг узоқлигидан қатъий назар клиникавий маълумотлар асосида берилади. Манту синамасини фаъатгина 2 ТБ да эмас, туберкулинни бошқа дозаларида ҳам ўтказилади.

Бундан ташқари градуирланган Пирке ва Кох синамаси ҳам қўлланилади. Баъзан туберкулинли титр аниқланади. бунда эозинофилли ёки гем оқсилли туберкулин синамаси ўтказилади. Ушбу синамаларда организмни туберкулинга бўлган жавоби қон анализидаги силжишларда баҳоланади.

Туберкулин диагностикасини ўтказишга қарши кўрсатма индивидуал кўтара олмасликдан иборат.

**Хулоса:** Туберкулёз кўзгатувчиси ҳозирги кунда энг кўп тарқалган касалликлардан, унинг таркиби, тарқалиши, атоли орасида кўп учраши, асосан ўпка сили ҳисобланади. Қишлоқ аҳолиси қорамол типидеги туберкулёз таёқчаси билан касалланса, шафар аҳолиси одам типидеги туберкулёз таёқчалари билан касалланади. Туберкулёз касаллиги ҳозирги кунда

дунё миқёсида кўпайиб бормоқда, буни асо сан дори препарат ларга чидамли тури ортиб бормоқда, шу сабабли касалликнинг эрта аниқлаш ҳам қийинлашиб бормоқда. Касаллик эпидемиологик кўрсаткичлари ҳам юқори даражага етмоқда.

### Маъруза №3 Туберкулёз билан касалланган беморларни текшириш усуллари.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Туберкулёз беморларини умумий текшириш усуллари, унинг турлари
	2. Туберкулёз билан касалланган беморларда рентгенологик текшириш усуллари.
	3. Ўпка сили беморларини функционал текшириш усуллари
	4. Туберкулёз беморларини рентгенологи текшириш усуллари
	5. Туберкулёз ташхислашнинг умумий тамойиллари
	6. Хулоса
Машғулот мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга сил беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Силнинг текшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар осил қилиш <b>Тарбиявий:</b> талабаларга туберкулёз беморларини эрта аниқлаш, текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунини тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг	Маърузачини тинглаш,

5 дақиқа	дарс жараёнигатайёрлигини назорат қилиш	сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий боскич 55дақиқа	Туберкулёз кўзгатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний боскич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### **Туберкулёз билан касалланган беморларни текшириш усуллари**

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

Бунда асосан 3 та вазиятни назарда тутиш зарурдир:

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

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

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

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

#### **Асосий белгилар.**

Нафас аъзолари туберкулёзининг типик белгилари: ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳа пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, терлаш, қуруқ ёки балғамли йўтал, хансираш, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш. Бу белгилар турлича намоён бўлиши ва турли кўринишларда учраши мумкин.

Ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг ёмонлашуви, озғинлик, сержаҳллик, меҳнат фаолиятининг сусайиши туберкулёз интоксикациясининг эрта белгилари ҳисобланади. Туберкулёз билан касалланган беморлар бу белгиларни касаллик билан боғлашмайди, чунки бу белгиларнинг пайдо бўлишини жисмоний ва психик зўриқишдан деб ўйлашади. Интоксикацион белгилар айниқса туберкулёз касалликлари бўйича хавф гуруҳига кирувчи

шахслар эътиборни жалб этади. Шундай беморлар чукур текширувдан ўтказилганда туберкулёзнинг бошланғич шакллари аниқлаш мумкин.

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

Туберкулёз интоксикациясида болаларда куннинг иккинчи ярмида тана ҳарорати қисқа муддатга 37.0-37.5°C га ошади ва ушбу кўтарилиш даврий равишда кузатилади, баъзан ҳафтасига 1-2 марта ва нормал тана ҳароратлари билан алмашинади. Кам ҳолатларда тана ҳарорати 37°C атрофида, эрталабки ва кечкурунги ҳароратлар оралиғи 1°C оралиғида сақланади.

Тана ҳароратининг субфебрил бўлиши яна эндокрин бузилишларда, ревматизмда, саркоидозда, лимфогранулематозда, буйрак ракида кузатилади. Гектик типдаги юқори иситмалаш ўткир кучайиб борувчи ва оғир туберкулёз билан зарарланишда кузатилади (милиар туберкулёз, казеозли зотилжам, плевра эмпиемаси).

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

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

Бундай силжиш экссудатив плевритли беморни плевра бўшлиғида кўп миқдорда экссудат тўпланганда кузатилади. Қуруқ хуружсимон йўтал айниқса бронхлар туберкулёзида пайдо бўлади. Туберкулёз касаллиги билан касалланганларда продуктив йўтал ўпка тўқимасининг деструкцияси бўлганида (структураси бузилганида), бронхонодуляр окма пайдо бўлганида ҳамда плевра бўшлиғидан йиринг ёки суюқликнинг бронх дарахтига очилишида пайдо бўлади.

Балғам туберкулёзнинг бошланғич босқичида беморларда кўпинча йўқ ёки унинг ажралиши кўшилиб кечувчи сурункали бронхит туфайли бўлади. Ўпка тўқимасининг парчаланиши бошланганидан сўнг балғам миқдори оша бошлайди. Асоратланмаган ўпка туберкулёзида одатда рангсиз, гомоген ва ҳидсиздир. Носпецифик яллиғланиш кўшилиши йўталнинг кучайиши ва балғамнинг ошишига олиб келади. Бу ҳолатларда балғам йирингли бўлиши ҳам мумкин.

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

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

**Кўкракдаги оғриқ** трахея, ўпка, плевра, юрак, аорта, перикард, кўкрак девори, умуртқа поғонаси, қизилўнғач ва баъзан қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари белгилари ҳам бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзида кўкракдаги оғриқ яллиғланиш жараёнини париетал плеврага тарқалиб адгезив плеврит ривожланиши туфайли келиб чиқади.

Оғриқ нафас олганда, йўталганда, кескин ҳаракатларда пайдо бўлади ва кучаяди. Оғриқнинг локализацияси кўпинча ўпканинг зарарланган соҳасини кўкрак девори проекциясида бўлади, бироқ диафрагмал ва медиастинал плевра яллиғланганида оғриқ эпигастрал соҳага, бўйинга, елкага, юрак соҳасига иррадиация беради. Қуруқ туберкулёз плевритида оғриқ олдиндан ва узоқ сақланади. Оғриқ йўталганда, чукур нафас олганда, кўкрак қафасига босилганда ва яллиғланишнинг жойлашишига қараб эпигастрал ёки бел соҳасига иррадиацияланиши мумкин.

Кўкрак қафасидаги бирдан пайдо бўлган оғриқ туберкулёз асорати спонтан пневмотораксда пайдо бўлади. Стенокардия ва миокард инфарктидан фарқли ўларок

пневмотораксдаги оғриқ гапирганда вақтда ва йўталганда кучаяди ва чап қўлга иррадиация бермайди.

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

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

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

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

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

Умумий қилиб олиб қараганимизда нафас аъзолари туберкулёзи кўп ҳолларда умумий инфекцион касалликлар сифатида заҳарланиш белгилари билан бошланади ва кўпинча грипп ёки пневмония ниқоби остида кечади. Кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш фониди бемор аҳволи яхшиланиб кетиши мумкин.

### **Сўраб-суриштириш, физикал усуллар**

Анамнездан касаллик қачон, қандай қилиб бошланганлигини аниқлаш зарур: шифокорга қандайдир сабаблар билан шикоят қилиши ёки доимий даврий кўриқларда аниқланиши мумкин. Бемордан белгиларни қандай пайдо бўлгандига ва динамикада қандай кечганлиги, илгари ўтказган касалликлари, травмалар, операциялар ўтказган-ўтказмаганлиги сўралади.

Туберкулёз хавфига олиб келувчи юқори касалликлар бор ёки йўқлиги: қандли диабет, силикоз, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, алкоголизм, наркомания, ОИТС аниқланади.

Беморнинг маданият даражаси баҳоланади. Касалланган болаларнинг ота- онасидан туберкулёзга қарши эмлаш ва туберкулин синамаларининг натижалари сўраб-суриштирилади. Яна оила аъзоларининг саломатлиги ҳақида, уйида туберкулёз беморлари билан контактда бўлган- бўлмаганлиги, ўқиш жойида, ишда ва давомийлиги, туберкулёз билан хасталанган беморларнинг бор-йўқлиги ҳақда маълумотлар олиш зарурдир.

**КўРИК.** Авжланувчи ўпка туберкулёзи билан кечувчи беморларининг ташқи кўриниши нафақат тиббиётда, балки бадиий адабиётларда ҳам тасвирланган, балким *habitus phthisicus* номи билан ҳам машҳурдирлар. Бу тана вазнининг дефицити, оқарган юзда юзнинг қизили, кўзнинг ялтираши ва кенг қорачиқ, иерининг дистрофик ўзгариши, узун ва торайган кўкрак қафаси, ковуруғалар оралиғининг кенгайганлиги, ўткир эпигастрал бурчак, куракларининг (қанотсимон) орқада қолишидир.

Қўл ва оёқ бармоқларида барабан таёқчалари кўринишидаги деформацияланган дистал фалангаларга ва тирноқлар шаклининг ўзгаришига (соат ойначаси кўринишида) эътибор берилди. Болалар, ўспирин ва ўрта ёшлиларда БЦЖ вакцинасидан кейинги чандикқа қаралади.

**Пальпация** терининг нам ёки қуруқлик даражасини, тургорлигини, тери ости ёғ қаватининг қалинлигини аниқлашга имкон беради. Яхшилаб бўйиндаги, қўлтиқ остидаги, чов соҳасидаги лимфа тугунлари пальпация қилинади. Агар ўпкадаги яллиғланиш

жараёнига плевра ҳам қўшилган бўлса нафас олганда кўкрак қафасининг зарарланган томонининг орқада қолиши, кўкрак мушакларининг оғриши кузатилади.

Сурункали кечувчи туберкулёз беморларида ва катта операциядан кейинги ҳолатларда кўкрак қафаси ва елка камари мушакларининг атрофияси кузатилиши мумкин. Кўкс оралиғи аъзоларининг қисман силжишини ҳам трахея ҳолатига қараб пальпация орқали аниқлаш мумкин.

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

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

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

**Аускультация.**Баъзи нафас аъзолари касалликлари, айниқса туберкулёз нафас характери ўзгаришсиз ва ўпкадаги қўшимча шовқинларсиз кечиши мумкин. Бунинг эса сабабларидан бири бўлиб зарарланган зонани зич казеоз некротик массалар билан дренажловчи бронхнинг обтурацияси ҳисобланади.

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

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

Маида пуфакчали нам хириллашлар чегараланган ўчоқда яллиғланиш зонасидаги экссудатив компонентнинг устун келганлигидан, ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар парчаланиш бўшлиғи ёки кавернанинг белгиси бўлиб хизмат қилади. Нам хириллашларни эшитиш учун беморни чуқур нафас олиб чиқарганидан сўнг йўталиб қўйиш, кичкина пауза, кейин яна чуқур нафас олиш сўралади.

Бунда чуқур нафас олиш чўққисида хириллашлар пайдо бўлади, ёки уларнинг миқдори ошади. Қуруқ хириллашлар бронхитда, хуштак чалувчи бронхоспазмли бронхитда эшитилади. Қуруқ плевритда плевра ишқаланиш шовқини, перикардитда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади.

### **Микробиологик текширувлар**

Микробиологик айнан бактериологик текширишлар муҳим.

• Эпидемиологик жихатдан энг хавfli туберкулёз билан оғриган беморларни аниқлаш.

• туберкулёз диагностикасининг верификацияси

• Даволаш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида (организацион шакли, даволаш режаси).

• Даволаш эффективлигини баҳолаш ва прогнозлаш

• Силда эпидемиологик кузатиш мақсадида

Бактериологик текширувлар объектлари бўлиб нафас аъзоларини текширилаётганда олинадиган турли суюқликлар ва тўқималар ҳисобланади. Кўпинча балғам текширилади. Бошқа материаллар бўлиб нафас йўллари аэрозол ингаляциядан кейинги ювилмалари, бронхиал альвеоляр чайилмалар, плеврал суюқлик ва ошқозон чайилмаси ҳисобланади (кўпинча болаларда балғам ютиб юборилади).

Жарроҳлик операциялари ва кейин лимфа тугунлари, ўпка ва плевра резекцияларида текширишлар учун материаллар олинади.

Ўпкадан ташқари туберкулёз билан касалланганларда шубҳа пайдо бўлса турли хилдаги суюқликлар – цереброспинал суюқлик, перикардиал, синовиал, асцитик, бундан ташқари менструал қон, йиринг, суяк кўмиги пунктуати, гранулциялар, синовиал қаватлардан қирималар, лимфатик тугунлар ва уларнинг пунктуатлари, аъзолар резектатлари олинади.

Бактериологик текширишнинг классик усуллари бўлиб диагностик материалнинг микроскопияси ва културал текширувлар (экиш), микроорганизм турини аниқлаш билан бирга ҳисобланади. Туберкулёз таёқчалари топилганда уларнинг кимёвий препаратларга сезувчанлиги албатта аниқланади.

Диагностик материал суртмасининг микроскопияси умумий даволаш профилактика қароргоҳларини бўлиши шарт бўлган текширувдир. Текширишдан мақсад кислотага чидамли микобактерияларини топиш. Услуб Циль- Нилсен орқали бўялган суртмаларни оптик микроскопияси ёки флюорохром бўёқлар билан бўялган суртмани люминисцент микроскопда кўриш.

Силга қарши курашишни бактериологик лабораторияларида балғамдаги манфий натижани бир марта эмас, 3 кун ва ундан кўпроқ кунда текширилади. Текшириш учун балғамни эрталабки порцияси олинади. Бундан олдин бемор тишларини тозалаб оғзини чайиши керак.

Герметик флаконга 3-5 мл балғам тўплаш зарур, аммо ундан камроқ бўлса ҳам бўлаверади. Балғам бўлмаган ҳолатларда қўзғатувчи 5-15% натрий хлор эритмасини 1% натрий бикарбонат эритмасидан фойдаланилган аэрозолдан фойдаланиш мумкин. Бундай ҳолатларда текшириш учун материал бўлиб бронх ёки ошқозоннинг ювилган сувлари ҳам бўлиши мумкин.

Балғам йиғилиши инфекцияни ҳаво-томчи йўли орқали тарқалишини олдини олиш учун алоҳида ажратилган муассасада олинади.

Циль-Нилсен усули бўйича бўялганда кислотага чидамли микобактерияларни қизил рангга, ўраб турувчи фон қизил рангга ва кислотага чидамсиз микроорганизмлар кўк рангга бўялади. Микроскопик усулнинг аниқлиги кислототага чидамли микобактерияларни ажратишда флюорохром препаратлари- аурамин ёки родоминли аурамин билан бўялганда кучаяди. Ультрафиолет билан ёритилганда микобактериялар қора- яшил фонда яққол сарик рангга кўринади (6.3. расм).

Бироқ микроскопик усулнинг ҳам ўз чегараси мавжуд. Оддий (тўғридан-тўғри) микроскопия Циль-Нилсен усули бўйича бўяб кўрилганда 1 мл материалда 50000-100000 микроб таналари бўлса аниқлаш имконини беради. Бу микдордаги микобактериялар зўрайиб борувчи туберкулёз билан касалланганларининг балғамида бўлади.

Люминисцент микроскопияда 1 мл материалда туберкулёз таёқчаолари 1000 та атрофида бўлганда аниқласа бўлади.

Касалликнинг эрта босқичларида микобактериялар микдори кам бўлади. Шунинг учун микроскопик текширувда топилиши қийин. Бундан ташқари микроскопия *Mycobacterium tuberculosis* ни бошқа микобактериялардан (микобактериоз қўзғатувчиларидан) ажрата олмайди ва айни касаллик этиологияси ҳақида етарлича маълумот бера олмайди.

Микроскопия усулининг камчилиги културал усулнинг ёки материални озик муҳитига экиш усулини тўлдирди. Туберкулёз микобактериялари културасини олишда 1 мл суюқ материалда 20 тадан 100 тагача микроб хужайраларининг бўлиши етарлидир. Туберкулёз микобактерияларини ажратиш олиш учун стандарт озик муҳити бўлиб қаттиқ тухумли Левенштейн-Йенсен муҳити ҳисобланади, бунда 1-чи колонияларнинг ўсиши 4-8 ҳафтадан кейин кузатилади (6.4. расм).

Яна суюқ ва ярим суюқ озик муҳитлари бор. Баъзи усуллар юқори селективли муҳитларни ишлатиш йўли билан микобактерия културасини қисқа вақт ичида ўстириш имконини беради, аммо микроорганизмни ажратиш (идентификация) олиш учун кўшимча вақт керак бўлади.

Микобактериянинг тоза културасининг олиниши биохимик усул ёрдамида *M. tuberculosis* ни бошқа нотуберкулёзли микобактериядан ажратиш, ҳаёт қобилиятини аниқлаш, дори препаратларига вирулентлигини аниқлаш имконини беради. Шуниндек яна



бактерия ажралишини ҳажми бўйича аниқлаш мумкин: кам-муҳитда - 10 гача колония; сусл – 10 дан 50 гача ва кўп 50 ва ундан юқори.

Культурал текширувнинг камчилиги бу унинг 2 ойгачачўзилиб кетишидир. Аммо бу усулни туберкулезга шубҳа бўлган ҳамма беморларда, айниқса қайта микроскопик текширувининг манфий чиққан натижаларида қўллаш керак.

Культурал текширувни тезлаштириш мақсадида микобактерия ўсувчанлигини радиометрик йўли билан аниқлаш учун аппаратлар ишлаб чиқарилган эди. Бу типдаги аппаратлардаги суяқ озик муҳити таркибида нишонланган <sup>14</sup>C пальмитинли кислотаси бўлади. Махсус сенсор микобактериянинг ўсиш белгиларни 12 кун ичида ёкиундан ҳам эртароқ <sup>14</sup>C ажалиши орқали илғаб олади.

Микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади, қачонки препаратнинг пост, яъни танкидий концентрацияси қўшилганда туберкулёз микобактериялари ўсиш ва кўпайишдан тўхтаган бўлса, ўшандагина микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади. Бу концентрацияда препарат турғун микобактерияларга таъсир қилмайди.

Туберкулёз микобактерияларини (МБТ) дори препаратларига турғунлигини тез аниқлашда биологик микрочипларни қўллаш деб ҳам ҳисоблаш мумкин. Буларни ДНК нинг генетик полиморфизмини баҳолаш учун қўлланилади. Биологик микротипларнинг миниатюрлиги, махсуслиги ва юқори сезувчанлиги бир вақтнинг ўзида қўзғатувчини аниқлаш қва дори препаратларига сезгирлигини аниқлаш имкониин беради. Бундай текширув натижалари ҳозирча одатий анъанавий культурал усул билан назорат қилинапти.

Лабораторияда микобактерияларнинг туберкулёзга қарши дориларга турғунлик даражаси ва спектрини аниқлаш химиотерапияни танлашда, даво эффективлигини назорат қилиш ва эпидемиологик мониторинг ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Бактериологик натижалари маълумоти етарли бўлмаганда биологик усул билан тўлдирилиши мумкин. Бу усул тахминан туберкулёз микобактерияларини тутган беморлардан олинган биологик материални ҳайвонларга юктиришдан иборат. Одатда денгиз чўчкалоари ишлатилади.

Бу ҳайвонлар туберкулёз микобактерияларига ю қори сезувчан ҳисобланади, тахминан 1 ойдан кейин зарарланган ҳайвонлаврда туберкулёз ривожланади. Биологик усул жуда юқори сезувчан усул ҳисобланади, чунки 1 мл да 5 та микроб танчасидан кам бўлмаган материал денгиз чўчкасига юборилаётган вақтдан бошлаб туберкулёз ривожланади. Бироқ бу ташкиллаштирилган режа бўйича қийин ва етарлича катта маблағ талаб қилади.

Булар ДНК-гибридизация, изотермал аплификация системасининг кетма-кетлик мўлжали, лигаз занжирли реакция, полимер занжирли реакция (ПЦР) бўлиб ҳисобланади. Кўпроқ кенг қўламда ПЦР туберкулёз микобактериялари учун махсус бўлган праймери билан қўлланилади Реакция *m. tuberculosis* ДНК нинг махсус қисмини амплификациясига асосланган.

ПЦР туберкулёз диагностикаси лабораториясининг тез ва юқори сезгирли усули ҳисобланади. Намунадаги 1-10 хужайра тутувчи ташхисловчи материалда туберкулёз микобактерияларини аниқлаш 5-6 соатда ўтказилиши мумкин. ПЦР ни ўтказиш учун махсус тест- синамалар ва лаборатория зарурдир.

### **Қон ва сийдикни текшириш**

Ўпка туберкулёзи билан касалланган беморлар умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар патогномоник белги ҳисобланмайди. Касалликнинг ўткир даврида бироз лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши (таёқча ядроли нейтрофиллар фоизининг сезиларли ошиши), ЭЧТ ошиши кузатилади.

Организмидаги кўпчилик аъзолари туберкулёз билан шикастланган ва яққол интоксикация мавжуд беморларда баъзан гипохром анемия вужудга келади. Туберкулёзли яллиғланиш инволюцияга учраганида лейкоцитлар сони нормаллашуви қайд этилади, лимфоцитлар сони нормагача кўтарилади ва ҳатто ошади.

**Қоннинг биокимёвий таҳлилин**и туберкулёзли яллиғланиш кечиши фазаси ва хусусиятларини баҳолаш, жигарнинг функционал ҳолатини аниқлаш ва ҳамроҳ касаллик сифатида кечувчи қандли диабетни истисно қилиш учун ўтказилади.

Ўткир туберкулёзли яллиғланишда альбумин-глобулин коэффиенти камаяди, плазмада фибриноген ва сиал кислоталари миқдори ортади, С-реактив оксил пайдо бўлади. Кўп миқдорда балғам ажратадиган, йирингли плеврал экссудатлари ва буйрак амилоидози мавжуд беморларда гипопроteinемия кузатилиши мумкин.

Қонда аланин ва аспарагин аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза, билирубин, қолдик азот, мочевино, креатинин аниқланиши, шунингдек коагуляцион синамалар(тимол, сулема) жигар фаолияти ва беморнинг дориларни кўтара олиши ҳақида маълумот беради. Кўпинча туберкулёз билан бирга кечувчи қандли диабетни истисно қилиш мақсадида қонда глюкоза ва гликозилирланган гемоглобин миқдори аниқланади.

**Қонни иммунологик текшируви** баъзан касалликнинг туберкулёзли этиологиясини тасдиқлаш, унинг фаоллигини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун қўлланилади. Бунинг учун антиген-антитана реакциясига асосланган **иммунофермент таҳлил** қўлланилади. МБТ га нисбатан антитаналар туберкулиннинг махсус препарати ёрдамида аниқланади- бу куруқ антигенли эритроцитлар диагностикадир. Туберкулёзда иммунофермент таҳлилнинг сезгирлиги 60-70% ни ташкил этади, махсуслиги эса – тахминан 90% атрофида бўлади.

Специфик яллиғланиш ав ж олганида Т-лимфоцитлар сони ошади ва G ҳамда А-иммуноглобулинлар миқдори камайиши билан бир қаторда розетка ҳосил қилувчи В-лимфоцитлар ошади. ППД туберкулин иштирокида лимфоцитлар яққол бласттрансформация реакцияси туберкулёз жараёнининг инволюцияси учун хос.

Иммунологик тестлар туберкулёзнинг қиёсий ташхислаш учун ҳам иш латилади. Рак ва саркоидозда туберкулёздан фарқ қилиб фитогемаглютининли бласттрансформация реакциясида Т-лимфоцитлар фаоллигининг сусайиши қайд этилади.

Туберкулёз билан касадланган беморлар **умумий пешоб (сийдик) таҳлили**да баъзан асосий касалликнинг жиддий ўзгаришлари аниқланади. Масалан, яққол и фодаланган туберкулёз интоксикациясида сийдикда оксил ва гиалинли илиндрлар пайдо бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзининг амилоидоз билан асоратланиши турғун протеинурия ва микрогематурияга олиб келади. буйрак туберкулёзида сий д ик да оксил, лейкоцитлар, кўпинча эритроцитлар, баъзи беморларда МБТ ҳам топилади.

### **Нафас олиш ва қон айланиш тизимини баҳолаш**

Асосан сурункали ва тарқалган ўпка туберкулёзи одатда нафас олиш фаолиятининг бузилишлари ва юрак, қон-томир тизимининг ўзгаришлари билан кузатилади. Улар интоксикация, ўпка, плевра, юронхлар шикастланиши туфайли бўлиши мумкин.

Нафас фаолиятини ва қон айланиш текшириш нозологик ташхисни тасдиқлаш учун одатда унчалик аҳамиятга эга эмас, аммо беморнинг умумий аҳволини баҳолашда, даволаш тактикасини аниқлашда ва айниқса жарроҳлик муолажалари ҳақидаги масалаларни ҳал қилишда ҳамда уларнинг натижаларини баҳолашда муҳим роль ўйнайди. текширишнинг мақсади мумкин қадар нафас олиш, юрак, қон-томир етишмовчилигини ва бу тизимларнинг кўшимча захираларини аниқлашдан иборат.

Спирография маълум вақт ичида ўпка ҳажмининг ўзгаришларини график(чизиклар) тарзида қайд қилишдан иборат. Спирография жараёнида трахеобронхиал ўтказувчанликни баҳолаш мақсадида Вотчал-Тиффно синамаси ўтказилади. У бемор максимал нафас олгандан сўнг форсирланган нафас чиқаришнинг биринчи секундида чиқариладиган нафас ҳажмини аниқлашдан иборат (нормада 70% дан кам эмас).

Ҳозирги даврда спирография текширувни тез, осон амалга ошириш, бемор учун қийинчилик туғдирмайдиган, тезлик билан кўрсаткичларни олишга имкон берувчи компьютерлаштирилган аппаратларда ташқи нафас фаолиятининг (ТФН(ФВД)) кўпчилик кўрсаткичларини баҳолаш орқали ўтказилади.

Умумий плетизмография барометрик принциплардан фойдаланишга асосланган. Уни одам танаси учун мўлжалланган плетизмографда - доимий ҳажмли катта герметик камерада амалга оширилади. Беморни плетизмографга жойлаштирилади ва нафас олиш вақтида кўкрак қафаси ҳажми ўзгаришлари қайд қилинади. Плетизмография одатдаги (тинч) нафас

олиш жараёнида ўпкаларнинг чўзилувчанлигини (кенгайишини), нафас йўлларидаги ҳаво оқимида қаршилигини баҳолашга, нафас ҳаракатларини ҳисоблашга имкон беради.

Ташқи нафас фаолиятининг кўшгимча кўрсаткичларига қоннинг газ таркиби ва кислота-асосли ҳолатини аниқлаш киради. Нафас етишмовчилигида қоннинг нормал газ таркиби таъминланмайди ёки нафас жараёнларининг кучайиши ҳисобига меъёрига етказилади. Ўз навбатида тинчлик даврида ва кучайтирилган жисмоний юкларда қоннинг газ таркибини ва нафас ҳаракатларини аниқлаш нафас етишмовчилигининг мавжуд ёки мавжуд эмаслиги ҳақидаги масалани ҳал этишда етарлидир.

### **Нур ташхиси усуллари**

Фтизиатрияда рентгенологик ва ультратовуш усуллари, радионуклидди сканирлаш, магнит-резонанс томография (КТ) қўлланилади.

### **Рентгенологик усуллар**

Аҳолини оммавий текширишда, бирламчи ўпка ва кўкс оралиғи касалликлари диагностикасида флюорография кенг қўлланилади. Бу усулнинг башқача номи-фоторентгенография, чунки бунда экрандаги рентген тасвири плёнкага расмга олинади (плёнкали флюорография).

Замонавий кадрнинг стандарт формати 100 x 100 мм. Оддий рентгенография билан солиштирилганда флюорография рентген аппаратининг ўтказувчанлик хусусиятини қисман катталаштириш, плёнкага бўлган харажатни ва ишловини камайтириш архивда сақлашни енгиллаштириш имконини беради. Ўпка флюорограммасининг юқори сифатли қобилияти худди рентген суратиникига яқин, шунинг учун 100x100 формат кадрли флюорограмма умумий ўпка рентгенограммасининг ўрнини боса олади. Флюорографиянинг энг асосий камчиликларидан бири бу бемор ва персоналнинг юқори нурланувчанлигидир.

Ҳозирда плёнкалар ўрнини анча юқори афзалликларга эга бўлган цифров (дигитал) рентгенофлюорография босмоқда.

Булардан энг асосийси- бу юқори сифат, информативлиги ва тасвири компьютерда ишлов берилишидир. Текширилувчининг цифров флюорографияда нурланиши плёнкага караганда 10-15 марта паст (тўғри проекцияда шунга хос 0.05 ва 0.7 мЗВ). шунингдек катта тезлик да тасвири тез олиниси, бараварига тасвири кўриш ва бир неча тасвирда қоғозга расм босилиб чиқилиш имкониятини, унинг масофадан кузатилиши, сақлашнинг қулайлиги ва кейинги ҳамма маълумотларнинг олиниси, текширишнинг арзонлигини айтиб ўтиш жоиздир.

Ҳозирги пайтда цифров рентгенография аҳолини катта контингентларини назоратли текшируви туберкулёз, ўсма ва бошқа кўкрак қафаси органларини ўз вақтида аниқлашда кенг тарқалмоқда. У ҳозирда ўпканинг умумий рентгенографиясининг ўрнини диагностик усул сифатида босмоқда. Россияда саноати ҳар хил цифров модели сканирлар ва импульсли аппаратлар ишлаб чиқарилмоқда.

**Ўпка рентгенографияси** сурати умумий олдинги тўғри проекцияда олинисдан бошланади (плёнкали кассета олдинги кўкрак деворида). Агар патологик ўзгаришлар ўпканинг орқа қисмида бўлса умумий сурат яхлит орқа тўғри проекцияда ўтказилади (плёнкали кассета орқа кўкрак деворида).

Кейин умумий сурат ён проекциялар – ўнг ва чапда ўтказилади. Ўнг томонлама ён суратда плёнкали кассетага кўкрак қафасининг ўнг ён сатҳи тегиб туради, чапда- чап томони. Ён проекциядаги рентгенограммалар ўпканинг бўлак ва сегментларидаги патологик жараённинг жойлашишини, бўлақлараро тирқишлардаги, ўпка ва юрак сояси ортидаги ўзгаришларни аниқлаш учун зарурдир. Икки томонлама ўпка патологияларини яхшироқ аниқлашда ўнг ва чап ўпканинг алоҳида тасвирини олишда суратларни қийшиқ проекция (сатҳ) да олиш яхшироқдир.

Рентген сурати одатда нафас олган ҳолатда олинади. Ўпканинг коллабирланган қирғоқларини ва пневмотораксдаги плевра тирқишларини, шунингдек ўпка ва плевра патологиясидаги кўкс оралиғи аъзолари силжишидаги рентген суратларни яхши чиқиши нафас чиқарган шароитда ўтказилади.

Рентгеннинг ёритилганлигини ошириш рентген нурларининг қаттиқлигини ёки экспозициясини ўзгартириш орқали амалга ошириш мумкин. Бундай суратлар қаттиқ ва суперэкспонирли деб аталади. Булар экссудатив плевритли беморлар ва ўпкада бажарилган хирургик операциядан кейинги оммавий плеврал бойламли қўйилмаларда, трахея ва бронх деворларини яхши аниқлашда ўйказилади.

Рентгеноскопия рентген тасвири ва рентген телевиденияли электрон оптик кучайишни ишлатилиши билан қўлланилади. Бу усулда ренттгенографиядан кейин аниқ кўрсатмалар бўйича қўлланилади. Фистулография, ангиография, рентгенобронхологик текширувлар, ташхисловсчи пункция ва назорат остидаги нишонли суратлар шундайусул бўлиб ҳисобланади.

Рентгеноскопия плевра бўшлиғидаги бемалол ҳаракатланувчи суюқликни, плевра синусларини ҳолатини ва диафрагма ҳолатини кўришни аниқлаш учун зарурдир. Кўп ҳолларда кўкрак ичи хирургик операцияларидан кейинги 1-чи кунларида рентгеноскопик назорат рентгенографияга қараганда яхшироқдир.

Шундай қилиб рентгеноскопиядан кўкрак ичи босими ошганда ёки паст бўлганда ўтказиладиган синамалар ва диафрагма ҳаракатини баҳолашда ишлатилади (Валсальва-Мюллер синамаси, Голькнехт-Якобсон синамаси). Бу синамалар натижасининг документацияси рентгенкино сурат ва видео лавҳа орқали амалга оширилиши мумкин.

**Компьютер томография (КТ)да** - рентгенологик текшириш усули бўлиб, уни бутун дунё тан олган ва ҳамма клиник тиббиётларда қўлланилади. КТ одам танисини кўндаланг қаватларини суратларини олишни таъминлайди (аксиал проекция). Рентген трубкаси бемор танасининг бўйлама ўқи атрофида айланади.

Ингичка нур текширилаётган қават орқали турли бурчаклардан ўтади ва най бимлан бирга ҳаракатланаётган кўп сонли сцинтилляцион детектори орқали тугилади. Рентген нурлари ўтаётган тўқималарнинг зичлиги ҳар хил бўлганлиги учун уни тутами турли хил интенсивликда бўлади.

У детекторлар орқали юқори аниқлик да қайд қилиниб, компьютерда қайта ишланади ва телевизион экранда кўндаланг кесимининг кўринишига айланади. Шундай қилиб КТ сурат эмас, балки компьютер томонидан турли зичликдаги тўқималарни рентген ютиш хусусиятини математик анализи ҳисобланади (ҳисобланилган томография).

Оддий сканирловчи технологияли КТ лар бемор битлан бирга столни қадамли ҳаракатини келтиради ва ҳар айланиш циклидан кейин рентген найи тўхтайтиди. Улар 2-10 мм гача бўлган қалинликдаги кўндаланг кесимдаги тўқималарни текшира олади. Бир қаватни сканирлаш бир неча секунд давом этади. Контрастликни кучайтириш вена ичига рентген контраст модда юборилганда олинади. Аксиал (кўндаланг) тасвирларни компьютер ёрдамида тўғри, ён ва қийшиқ томограммаларга қайта тикласа бўлади. Тасвирнинг ёрқинлиги ва контрастлигини ҳар хил қилиб ўзгартириш мумкин.

Бронхоскопик (компьютерли бронхоскопия), бронхографик (компьютерли бронхография), вена ичи контрастлаштириш- ангиография (компьютерли ангиография) ўхшаш суратларни олиш имкониятини бери.

Нурланиш хавфи камаяди, сабаби қайтадан кесимларни диагностик саволларни аниқлаштириш учун олиш эҳтиёжи камаяди. Мультипланар томографияда аниқлаштириш детекторларини сони кўпайтирилганлиги ҳисобига сканирлаш вақтит камаяди, артефакт миқдори камаяди ва тасвирни қайта ишлаш имкониятлари кенгаяди.

Умуман олганда такомиллаштирилган радиацион усуллар турли хилдаги кўкрак ичи патологиясини визуализациясидла ҳажмли тасвирлар олиш имконини беради ва патологик жараёнларнинг тарқалганлиги, локализациясиниборлигини динамикада ўрганиш имкониятини беради. КТ бундан ташқари, трансторакал биопсияда ва мураккаб плеврал пункцияларда юқори аниқликни таъминлайди. КТ ёрдамида махсус ишланган виртуал бронхоскопик манзарани кўриш мумкин.

### **Магнит резнансли томография (МРТ).**

МРТнинг кўпгина ютуқлари бош ва орқа мия, суяк ва бўғим, кўкрак бўшлиғининг йирик томирларини, юракни ва бошқа ички аъзоларни текшириш имконини беради.

Бу усулнинг энг асосий ютуқларидан бири бемор ва тиббиёт ходими учун нурланишнинг йўқлигидир. Бемор томограф столига ётқизилади. Тананинг текширилувчи қисми кучли магнит майдонига жойлаштирилади. У йўналиши бўйича протонларни айлантриш орқали ташқи магнит майдонига параллел равишда тўқимада магнит майдон ҳосил қилинади.

У махсус анализатор орқали қайта ҳосил бўлади ва оқ-қора мониторли экранга узатилади. МРТ нинг тасвири асосан протонлар зичлигига ва текширувчмининг топшириғига, релаксация деб аталувчи вақтга қараб аниқланади. Бунда  $T_1$  остидаги релаксация вақт деб ткушунилади ва бу вақт ичида ташқи магнит майдонига мос келувчи 1-чи бошланғич мўлжалли протонларни тикланиши кузатилади.

МРТ даги тасвирни интерпретацияси (ёритилиши) кўп врачлар учун одатий бўлиб қолган рентген суратнинг ёритиолишига қараганда қийшиқроқдир. Масалан, ҳаво, суяк, фиброз тўқима узоқ  $T_1$  вақтини талаб қилади, қисқа  $T_2$  эса тасвирда қора кўринишда намоён бўлади.

МРТ кардиостимулятор ёки бошқа металл имплантатлари бор беморларда қарши кўрсатма ҳисобланади. Текшириш кераклигича узоқ давом этиши мумкин, шунинг учун болалар ва оғир касалларда бажариш қийинроқдир. Ангиопульмонография ўпка артериялари ва унинг шохларини контрастлаш ва рентген текширишдан иборат. Ангиография 2 та асосий усули умумий ва селективга бўлинади.

Умумий ангиопульмонографияда контраст эритмани катетр орқали кўл венасидан юқори ковак венасига ёки юракнинг ўнг бўлмалари бўшлиқларига юборилади. Рентген тасвирларни махсус флюорографик аппаратда стереавий олинади. Ушбу усул кўп миқдорда контраст модда сарфи билан бўлади (50-60) ва у кўпинча айниқса патологик ўзгарган ўпка томирларини аниқ тасвирини бермайди. Томирлар ампутацияси ҳар доим ҳам аниқ маълумот бермайди.

Селектив ангиопульмонография техникавий мураккаброқ, лекин кўп иш латилади. Уни ўпка артериясининг керакли тармоғи катетеризация қилинганидан сўнг амалга оширилади. сериявий суратлар 10-12 мл контраст эритма юборилганидан сўнг олинади. Одатда селектив ангиопульмонографияни кичик қон айланиш доирасидаги босимини қайд қилиш қондаги газларни текшириш билан бирга олиб борилади.

Ангиопульмонографияга кўрсатмалар чегараланган. Уни ўпка артериясининг тромбози ёки эмболияси ҳамда узоқ муддат коллабирланган ўпкани ёйилишга бўлган хусусиятини аниқлаш учун, томирлар ҳолатига қараб пневмофиброз даражасини аниқлашда ишлатилади.

Техникавий имкониятлар умумий ангиопульмонографияни рақамли (цифровой) ва риоптатда венага кўп бўлмаган контраст эритма юбориб бажариш имкониятини беради. Бундай ҳолларда видеосигнални компьютер билан қайта ишланиши юқори сифатли суратлар олиш имкониятини беради.

**Бронхиал артериография**– бронхиал артерияларни катетеризациялаш, контрастлаш ва рентген текширувлардан иборатдир. Текширувни маҳаллий анестезия ёрдамида рентгентелевидение кузатуви остида олиб борилади. Махсус мандренли игна билан чов бурмасидан пастда жойлашган сон артерияси тешилади.

Мандренни металл ўтказма билан алмаштирилиб у орқали артерия бўшлиғига букилган учли рентген контраст катетри киритилади. Кейин ўтказма олинади, катетр бўлса аортагача олиб борилади. Катетрни учи билан бронхиал артериялари тешиклари тартиб билан қидирилиб катетр киритилади ва у орқали контраст модда типак, урографин, уротраст ёки унинг аналоглари. 35 мл/с тезлик да 5-12 мл миқдорда юборилади, сериявий рентгенография ўтказилади.

Бронхиал артериографияга асосий кўрсатма бўлиб ўпкадан номаълум этиологияли ва локализацияли қон кетиш ҳисобланади. Бунақа ҳолатларда артериограммаларда бронхиал артерияларнинг кенгайганлиги, патологик буралмаларнинг бўлиши, контраст модданиннг уларнинг чегарасидан чиқиши (экстравазация), ўчоқли ва диффуз гипертансия, бронхиал артериялар аневризмалари, уларни тромбозлари, артерио-артериал анастомозлар орқали ўпка артериясининг периферик тармоқларини ретроград тўлиши аниқланади.

Текширишга қарши кўрсатмалар: яққол атеросклероз, беморнинг семизлиги, ўпка-юрак етишмовчилиги. Бронхиал артериографиянинг асорати бўлиб сон артериялари пункцияси соҳасида гематома бўлиши мумкин. Жудаям кам ҳоллардаги оғир асорати бўлиб орқа мия томирларининг зарарланишини, оёқларнинг ва чанок аъзоларининг функцияси билан бирга келишидир. Асоратларини профилактикаси услубий ва техник принципларига ва текшириш қисмларига аниқ эътибор қилинганда бўлади.

**Бронхография.** Бронхларни контраст рентгенололгик текшируви бўлиб, маҳаллий анестезия орқали позицион (йўналтирилмаган) ёки селектив (йўналтирилган) бронхография кўринишида бўлади. Позицион бронхографияда катетри трахеяга бурун орқали киритилади, контраст модда юборилаётган вақтда бемор танасига оптимал ҳолат берилади.

**Плеврография.** Плевра эмпиемаси билан касалланганларда йиринг бўшлиғи чегараларини аниқлаш ва контрастлаш имконини беради. Дастлаб плеврал пункция қилинади, плеврал суюқлик аспирация қилинади, кейинчалик рентгенотелевидение назорати остида плевра бўшлиғига 40-50 мл илиқ контраст эритма юборилади (пропилйодон, урографин).

**Фистулография.** Турли хил торакал ва торако-бронхиал окмалар бор касалларда ишлатилади. фистулографиядан олдин оқма йўлини аниқлаш мақсадида зондлаш мақсадга мувофиқ. Контраст модда шприц орқали катетрдан оқма йўлига рентгенотелевидение назоратида юборилади. Ёғли ёки сувда рийдиган контраст моддалар ишлатилади. Кейинчалик беморнинг ҳолати ўзгартирилиб турли проекциядаги рентгенография ёки КТ қилинади.

Текширувлар жараёни давомида суратларни анализидан сўнг окманинг анатомик хусусиятлари, унинг плевра бўшлиғи ёки бронхиал дарахти билан туташган-туташмаганлиги аниқланади. Контраст моддани бронх дарахтига кириб кетиш ҳолатида ретроград фистулобронхография ҳосил бўлади. Текширув тугугандан сўнг катетр орқали препарат сўриб олинади, бемордан эса яхшигина йўталиш талаб қилинади.

**Ультратовуш текшируви.** Хусусан ультратовушли сканирлаш хавфсизлиги, кўп маротаба ўтказиш мумкинлиги, юқори аниқлик хусусияти билан ажралиб туради.

Фтизиатрик амалиётда ультратовуш усуллари периферик лимфа тугунларини (бўйин, қўлтиқ ости, чов) ўлчамларини аниқ назорат қилиш учун керак. Ультратовуш ёрдамида плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқласа бўлади. У борлигида париетал плевра ва ўпка орасидаги гипоезоген зона пайдо бўлади.

**Хулоса:** Туберкулёз беморларини эрта ва аниқ ташхислаш учун зў вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Чунки рентгенологи текшириш усуллари ташхислашда якуний қулай усуллар ҳисобланади. Шунинг учун барча туберкулёз беморларини рентген текширувлардан ўтказиш шарт ҳисобланади.

**Маъруза №4 Туберкулёзнинг клиник таснифи. Туберкулёзнинг клиник шакллари. Бирламчи туберкулёзнинг клиник шакллари, клиник симптоматология ва ташхислаш усуллари, кечиши, асорати ва оқибати.**

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Силнинг клиник классификацияси, унинг турлари
	2.МКБ -10 бўйича туберкулёз таснифи, талабалар билимларини мустаҳкамлаш
	3. Бирламчи туберкулёз.

	4.Бирламчи туберкулёз тур лари. Кечиши, ташхис, тек шириш усуллари
	5.Бирламчи туберкулёз ташхислашнинг умумий тамойиллари
	6.Хулоса
Машгулот мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларгабирламчи туберкулёз беморларини текшириш усуллари, тек шириш тур лари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Бирламчи силнингтекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <b>Тарбиявий:</b> Талабаларга бирламчи туберкулёз беморларини текшириш усуллари, эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машгулот услуги	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<b>Маъруза машгулотининг технологи картаси</b>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Таълим берувчи Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнигатайёрлигини назорат қилиш	Таълим олувчи Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Туберкулёз кўзгатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

## **ТУБЕРКУЛЕЗНИНГ КЛИНИК ТАСНИФИ**

### **А. Асосий клиник кўринишлари**

**I Гуруҳ Болалар ва ўсмирларнинг туберкулездан захарланиши**

**II Гуруҳ Нафас аъзолари туберкулези**

010.0 Бирламчи туберкулёз комплекси

010.8 Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили

018.0 Милиар туберкулёз

018.0 Тарқалган туберкулёз

011.1 Ўчоқли туберкулёз

011.0 Яллиғланган туберкулёз

011.5 Казеоз зотилжам (Ириган зотилжам)

011.8 Туберкулома

011.8 Кавернали туберкулёз (Кавакли туберкулёз)

011.8 Фиброз-кавернали туберкулёз (Чандиқли-кавакли туберкулёз)

011.4 Цирротик туберкулёз

012.0 Туберкулёз плеврити (эмпиема хам)

012.3 Бронх, трахия, юқори нафас йўллари сили

011 (502) Нафас аъзолари силининг ўпканинг чангли касб касалликлари билан бирга келиши

**III Гуруҳ Бошқа аъзолар ва системалар туберкулези**

013 Бош мия пардаси ва МНСнинг сили

014 Ичак, қорин пардаси ва ичак тутқичи лимфа тугунларининг сили

015 Суяк ва бўғим сили

016 Сийдик ва жинсий аъзолар сили

017.0 Тери ва тери ости ёғ қаватининг сили

017.2 Периферик лимфа тугунларининг сили



017.3 Кўз сили

017.4 Бошқа аъзолар сили

### **Б. Туберкулези жараёнининг характеристикаси**

Жойлашиши ва давомийлиги: ўпка бўлагида, сегментида, бошқа аъзоларда шикастланишнинг жойлашиши

#### **Даври**

А. Яллиғланиш, парчаланиш, тарқалиш

Б. Сўрилиш, зичлашиш, чандикланиш, қотиши

#### **Бактерия ажратиши**

А. БК+; Б. БК-

#### **В. Асорати**

Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши, спонтан пневмоторакс, ўпка юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, оқмалар

### **Г. Туберкулезни даволагандан кейинги қолдиқ ўзгаришлар**

А. Нафас олиш аъзосидаги – фиброзли, фиброз-ўчоқли, буллёз-дистофик, кальцинатли; ўпка ва лимфа тугунлари, плевропневмосклероз, цирроз, амалиётдан кейинги холат.

Б. Бошқа аъзолар

**1994 йилда Саратов шаҳрида бўлиб ўтган Россия фтизиатрларининг II (XII) съездида қабул қилинган.**

*Соғлиқ билан боғлиқ касаллик ва муаммоларнинг ҳалқаро статистик таснифи*

МКБ 10

### **Туберкулёз (А 15-А 19)**

#### **А 15 Нафас аъзолари туберкулезининг бактериологик ва гистологик исботига кўра**

А 15.0 Экмани ҳам ўсган, ҳам ўсмаган холда, бактериологик исботланган ўпка сили

А 15.1 Фақат экмани ўсган холидагина исботланган ўпка сили

А 15.2 Гистологик исботланган ўпка сили

А 15.3 Ноаниқ усулида исботланган ўпка сили

А 15.4 Бактериологик ва гистологик исботланган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили

А 15.5 Бактериологик ва гистологик исботланган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили

А 15.6 Бактериологик ва гистологик исботланган туберкулёз плеврити

А 15.7 Бактериологик ва гистологик исботланган нафас аъзоларининг бирламчи сили

А 15.8 Бактериологик ва гистологик исботланган нафас аъзолари сили

А 15.9 Бактериологик ва гистологик исботланган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили

#### **А 16 Нафас аъзолари туберкулезининг бактериологик ва гистологик исботланмаганлигига кўра**

А 16.0 Бактериологик ва гистологик текшириш натижалари манфий бўлган ўпка сили

А 16.1 Бактериологик ва гистологик текшириш ўтказилмаган ўпка сили

А 16.2 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ўпка сили

А 16.3 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили

- А 16.4 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили
- А 16.5 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган туберкулёз плеврити
- А 16.7 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган нафас аъзоларининг бирламчи сили
- А 16.8 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган нафас аъзолари сили
- А 16.9 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили

#### **А 17+ Асаб тизими туберкулези**

- А 17.0+ Туберкулёз менингити
- А 17.1+ Мия пардалари туберкуломаси
- А 17.8+ Асаб тизимининг бошқа жойларида жойлашган сили
- А 17.9+ Ноаниқ жойлашган асаб тизими сили

#### **А 18 Бошқа аъзолар туберкулези**

- А 18.0+ Суяк-бўғим сили
- А 18.1+ Сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар сили
- А 18.2 Периферик лимфоаденопатик туберкулёз
- А 18.3 Ичак, қорин парда ва чарви лимфа тугунлари сили
- А 18.4 Тери ва тери ости ёғ қавати сили
- А 18.5+ Кўз сили
- А 18.6+ Қулоқ сили
- А 18.7+ Буйрак усти беzi сили
- А 18.8+ Бошқа аъзоларда аниқланган туберкулёз

#### **А 19 Милиар туберкулез**

- А 19.0 Бир жойда жойлашган ўткир милиар туберкулёз
- А 19.1 Кўп жойда жойлашган ўткир милиар туберкулёз
- А 19.2 Ноаниқ жойлашган ўткир милиар туберкулёз
- А 19.8 Милиар силнинг бошқа шакллари
- А 19.9 Ноаниқ жойлашган милиар туберкулёз

Силнинг классификацияси бўйича бирламчи силга асосан болалар ва ўсмирларда кўпроқ учровчи силдан захарланиш, кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили ва силнинг бирламчи комплекси киради. Бирламчи туберкулёз организмга туберкулёз таёқчаларининг биринчи марта кириши натижасида ривожланиб, лимфа тугунларининг зарарланиши туберкулёз инфекциясининг лимфа ва қон томирлари орқали тарқалиши ва организмнинг туберкулёз таёқчаларига нисбатан ўта сезувчанлиги билан тавсифланади. Бирламчи туберкулёз асосан болалар, ўсмирлар орасида, ёшлар ва катталар орасида энг камдан-кам учрайди.

Силнинг эпидемиологик хавфи камайиб бораётган ҳозирги вақтда туберкулёз таёқчалари кам миқдорда ёки унинг L шакли юқмоқда. Макрофаглар томонидан камраб олинган туберкулёз таёқчаларида анчагина ўзгариш рўй бериб улар лимфа тугунларида ушланиб қолади ва лимфа тугунларида носпецифик ёки спецификга яқин яллиғланишлар реакцияси рўй беради (силнинг “кичик” ўзгаришлари).

Носпецифик ва специфик реакция (лимфоид ва лимфагистеоцитар тугунчалар ва яллиғланишлар, бунда макрофаг хужайраларининг иштироки) ўпка, қора талок, жигар, юрак, буйрак, тери, суяк илиги ва бошқа аъзолар.

Аммо баъзи олимларни таъкидлашича бу давр қисқа 7-9 кун, баъзан эса узоқ 4-6 ҳафта ва ундан ҳам куп бўлиши мумкин. Бу кўп жихатдан юққан туберкулёз таёқчаларининг вирулентлигига, миқдорига, макроорганизмнинг инфекция қарши курашиш қобилиятига ва сезгирлигига боғлиқдир.

Тўқимасида ривожланиши мумкин ва бунинг натижасида бирламчи силнинг хар хил клиник синдромлари аниқлаши мумкин.

### **БИРЛАМЧИ ТУБЕРКУЛЁЗ**

Бирламчи туберкулёз инфекциясининг ривожланиши шу даврда тугалланиши ва инфекция яширин холга ўтиб (латент микробиоз), бу хол белгиларсиз узок муддат давом этиши мумкин.

Агар организмга етарли микдорда туберкулёз таёқчаларининг бактериал шакли юкса силга хос специфик ўзгаришлар рўй беради ва организмда секин ривожланиувчи ўта сезгирлик хусусияти пайдо бўлади, буни туберкулин синамаси кўйиш йўли билан аниқлаш мумкин. Одатта организмга туберкулёз таёқчалари юққандан сўнг 2-3 хафта ўтгач туберкулин синамаси биринчи марта мусбат реакция (ўзгариш) беради. Туберкулёз таёқчалари юққан вақтдан туберкулин синамаси биринчи марта мусбат реакция бергунча бўлган даврни предаллергик ёки биалогик инкубацион давр деб аталади. Туберкулинга сезгирликни пайдо бўлиши организмда иммунитет хужайраларининг ва гуморол мудофаа реакциясининг шакилланаётганини тасдиқлайди.

Организмга туберкулёз таёқчаларининг биринчи марта юқиши кўпчилик болаларда ва ўсмирларда зарарланиш белгиларисиз кечади. Бундай холларда туберкулинга биринчи марта мусбат реакция аниқлангандан бошлаб бир йил давомида бирламчи туберкулёз инфекциясининг бир вақт даври деб аталар экан. Бирламчи силнинг бу даврини фақат туберкулин синамаси ёрдамида аниқлаш мумкин. Бирламчи туберкулёз инфекциясининг бир вақт даври аниқланган шахсларни хаммаси албатта силга қарши диспансерга юборилишлари ва хисобга олиниб, кузатилишлари ва даволанишлари зарур. Акс холда, туберкулёз инфекцияси юққан бундай кишиларда (болалар, ўсмирлар, баъзан катталар хам) туберкулёз ривожланиб захарланиш белгилари пайдо бўлишлари мумкин.

### **Силдан захарланиш (интоксикация).**

Хар-хил аъзолар ва организм системаларининг иш қобилияти (функцияси) бузилиши билан тавсифланади. Бу кўпинча туберкулёз инфекцияси юққандан кейин “вираж” даврида ёки у аниқланмасданок рўй бериши мумкин. Силдан захарланиш клиник кечиши жихатдан икки кўринишда бўлади.

1. Силдан захарланиш барвақт даври.
2. Сурункали силдан захарланиш.

### **Силдан захарланишнинг барвақт даври.**

Бунда асосан хар-хил аъзоларнинг иш қобилиятини бузилиши кузатилиб бунда биринчи навбатта нерв сиситемаси функцияси бузилади ва асабийлик, инжиқлик, йиғлоқилик, уйқунинг бузулиши, бош оғриши белгилари билан намаён бўлади. бундан ташқари тез чарчаб қолиш, тана хароратининг кўтарилиши ва иштаханинг камайиши кузатилиши мумкин. Баъзи болаларда бирламчи силдан захарланиш ревматизмга ўхшаб, бўғимларда, юрак атрофида оғриқ билан, бошқаларда эса бронхит белгилари – йўталиш, хириллашнинг пайбо бўлиши билан ва яна баъзиларда эса парааллергик ва параспецифик ўзгаришлар яъни кўз конъюктевасининг яллиғланиши, оёқ ва бўғимлар атрофида тугунчали тошмалар тошиши, бўшлиқларга зардоб йиғилиши билан кечади. Қон таркибининг текшириб кўрганда кўпинча эозинофелларнинг кўплиги, лейкоцитар формуланинг ўнга силжиши (нейтрофиллар кўпайиши, лимфоцитлар камайиши) ва ЭЧТнинг ошиши аниқланади. Қон зардобдага оксил фракциялари томонидан альбуминларнинг камайиб,  $\alpha$ -  $\beta$ -глобулинларининг кўпайиши кузатилади. Сийдикда турғин холда бўлмаса хам альбумин аниқланади, баъзан эритроцит ва лейкоцитлар кўрув майдонида 15-20 тагача етади. Баъзан кунт билан текширилган бронх ёки меъда йувиндисидан, айниқса экиш усули билан туберкулёз таёқчаларини топиш мумкин.

Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенологик текшириш одатта специфик ўзгаришга хос хеч нарса кўрсатмайди, аммо баъзан ўпка илдизига яқин жойларда ўпка расми соясининг кучйганлиги аниқланади, бизнинг фикримизча бундай хол касаллик бронхит холида кечганда ёки лимфа тугунларидаги яллиғланиш натижасида лимфа оқимининг секинлашуви натижасида рўй берса керак.

Катталашган периферик лимфа тугунлари пункция ёрдамида олинган пунктант цитологияси лимфоид, эпителийсимон ва Прогов-Лангханс хужайралари хамда макрофаглар мавжудлигини кўрсатади, бу хол силнинг бошланғич жараёни эканлигини тасдиқлайди.

Кўрсатилган ҳамма клиник ва лаборатория текшириш натижаси бўлиб, бундай ўзгаришлар кўпчилик юқумли каслликлар натижасида ҳам юз бериши мумкин, шунинг учун силда захарланишнинг аниқлашда туберкулин диагностикаси асосий ахамиятга эга.

Агар силдан захарланишни барвақт даври ўз вақтида аниқланмай ёки беморда даволаш ишлари олиб борилмаса, тахминан 25% беморларда силдан захарланишнинг сурункали кўринишига ўтиб кетиши мумкин.

### **Силдан захарланишнинг сурункали кечиши.**

Силдан захарланишнинг сурункали кечиши профессор А.А.Кисель томонидан батафсил ўрганилган.

Беморнинг ташқи кўриниши ўзгариб кўкрак қафаси яссилашади, жигар бироз катталашади, жигар қираллари ўткирлашади. Ўпканинг физик усуллар билан текширилганда силга хос ўзгаришлар аниқланмайди.

Силдан сурункали захарланиш белгилари ҳам юқорида айtilган белгиларнинг ўзи, аммо бундай белгилар узоқ вақтгача сақланиб қолади, натижада бола организмга ва ахволига ўз тахсирини кўрсатади. Бола хаёли паришон, бўшашган, тез чарчаб қоладиган бўлади. тез-тез бош оғриб, тана харорати 37.2-37.4 °С гача кўтарилиб туради. Қон томир ва юрка сиситемасига шикоятлар пайдо бўлади. кўпчилик бундай болалар юрак атрофида оғриқ сезаётганликларига шикоят қиладилар. Текшириб кўрилганда юракнинг тез уриш товушининг бўғиқлиги аниқланади. Ошқозон-ичак фаолияти ҳам бузилиб бола иштахаси йўқолади.

Ўпканинг рентгенологик текширилганда бундай беморларнинг деярли ярмида турли ўзгаришлар: ўпка илдизи атрофида пневмосклероз, майда кальцинатлар ва баъзан ўпка бўлаклари орасида плевранинг қаттиқлашганини аниқлаш мумкин.

Ташхисни аниқлаш мураккаб бўлса Кохнинг тери ости туберкулин синамасидан фойдаланиш мумкин, бунда 10-20-50 ТБ дан фойдаланиш мумкин. Туберкулин тери остига юборилганда умумий, ўчоқдаги ва маҳаллий реакциялар мусбат бўлса бу беморда силдан захарланишнинг фаоллигини тасдиқлайди.

Силдан захарланишнинг клиник ва бошқа белигиларига ўхшаш белгилар бир қанча бошқа касалликларда ҳам рўй беради (сурункали тонзилит, гайморит, гепатохолицистит, гелиментоз).

Сурункали гайморитда бўладиган захарланиш ҳам силдан захарланишга ўхшаб кечади. Гайморитда бош оғриғи носметрик бўлади. Беморда бурун битиши, вақти-вақти билан бурундан сув оқиши, чертиб кўрилганда гаймор бўшлиғи устида оғриқ сезиши, рентгеногаммада гаймор бўшлиғида доғ пайдо бўлиши аниқланади. Туберкулинга манфий реакция ташхисни тўғри қўйишга ёрдам беради, албатта ЛОР мутахассис билан маслахатлашиши катта ахамиятга эга.

Сурункали гепатохолициститга ўнг қовурғалар остида оғриқ, жиғилдон қайнаши, кекириш, вақти-вақти билан ичнинг бузилиши, жигарнинг хаддан ташқари катталаниши, вақти-вақти билан метиоризм бўлиши хос. Туберкулёз касаллари билан контактда бўлмаган, туберкулин синамасининг манфий натижаси беморда силга хос захарланиш эмаслиги ташхисни тасдиқлайди.

Организмда гижжалар бўлганда ҳам силдан захарланишга ўхшаш белгилар билан кечади. Бунда ошқозон ва ичак йўллари фаолияти бузилиши билан бир қаторда аллергологик ўзгаришларнинг мавжудлиги, тромбоцитларнинг камайиб кетиши, петихиялар, эозинофилларнинг кўпайиши, организмда гижжалар борлигидан далолат беради, аммо ахлатда гижжаларни тухумини топилиши хал қилувчи ахамиятга эгадир.

Силдан захарланишни даволашда асосан Изониазид ва Этамбутолдан фойдаланиб, даволаш 4-6 ой ичида десенсбелизацияловчи дорилар билан давом эттирилади. Бундай даволаш фақатгина захарланиш белгиларини йўқотибгина қолмай, балки бирламчи силнинг локал кўринишларининг олдини олишга имкон беради.

### **Кўкрак ичи лимфа тугунларининг туберкулези (туберкулез бронхоаденити)**

Бирламчи силнинг локал кўринишлари структурасида кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили 75-80%ни ташкил этиб биринчи ўринда туради.

Кўпинча силдан суринали захарланиш даврида лимфа тугулариди туберкулёз ўчоқлари пайдо бўлиб, улар катталашиб, структураси ўзгариб, рентген ва томограмма ёрдамида текширилганда аниқлаш имконияти туғилади. Туберкулёз инфекцияси асосан бронхларнинг шиллиқ қавати орқали лимфа томирларига ўтиб, сўнг лимфа тугунларида тўхтади ва ўзига хос ўзгаришлар чақиради.

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силининг клиник ва рентгенологик белгилари лимфа тугунларидаги морфологик ўзгаришларнинг яққоллигига ва асосан зарарланган лимфа тугунларининг топографиясига боғлиқ.

Топографик анатомия курсидан маълумки, кўкрак ичи лимфа тугунлари бир қанча гуруҳларга бўлинади. В.И. Сукенников кўкрак ичи лимфа тугунларини 4 га бўлади: паратрахиал, бифуркацион, трахеобронхиал ва бронхопулмонал. Хозирги вақтда бронхоаденитлар икки турда учрайди.

1. Кичик (майда) кўринишдаги бронхоаденит (кўпроқ учрайди).

2. Яққол кўринишдаги бронхоаденит:

а) яллиғланган;

б) ўсма (тумароз);

бронхоаденитнинг яллиғланган турида яллиғланиш жараёни лимфа тугунлари қобидан ташқарига тарқалиб, унинг атрофидаги тўқималарга етиб боради. Ўсма кўринишидаги бронхоаденит яллиғланиш лимфа тугунлари ичида бўлади. бронхоаденитларнинг яллиғланган турини даволаш давомида, баъзан даволанганда ҳам ўсма кўринишидаги турига ўтиши мумкин.

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силида лимфа тугунлари 1-5 см.гача катталашини, лимфа тугунлари тўқималари казеоз кўринишида ириб, янги грануляцион тўқималар билан алмашиниши мумкин. Янги пайдо бўлган грануляцион тўқималар зарарланган лимфа тугунлари атрофида ҳам пайдо бўлиб, ириб бронх деворида яра пайдо бўлиб, у бронх ичи томонига тешилиши мумкин (бронх билан лимфа тугунлари оралиғида тешик пайдо бўлади – бронхонодуляр оқма). Қон томирлари, нерв толаси ва кўкс оралиғи тўқималари атрофида грануляцион тўқиманинг хаддан ташқари кўпайиб кетиши ўпкалар илдизининг кўкс оралиғи плевраси ҳамда ўпка бўлақлари орасидаги плевранинг дағаллашишига олиб келади.

Касаллик ўткир холда, тана хароратининг кўтарилиши билан бошланади. Каттароқ ёшдаги оилаларда, ўсмирлар ва катталарда касаллик кўпинча секин аста бошланиши мумкин.

Бронхоаденитнинг субъектив белгилари бўлиб жарангли (икки хил тондаги) йўталиш, баъзан эса йўтал товуши кўк йўтал касаллигидаги йўтал товушини эслатади.

Баъзан бронхлар астмасидаги сингари нафас сиқилиши, яъни нафас чиқиши қийинлашиши (эксператор нафас сиқиши) мумкин. Бу белгилар туберкулёз бронхоаденитининг катта кўринишларига тааллуқлидир. Кичик кўринишдаги туберкулёз бронхоаденитида бу белгиларнинг бўлиши шарт эмас.

Бемор кўздан кечирилганда силдан захарланиш белгилардан ташқари, кўкрак қафасининг юқори қисмидаги вена томирларининг кенгайганлигини аниқлаш мумкин (агар кўкрак қафасининг орқа томонида-кураклар оралиғининг юқори қисмида бўлса Франк белгиси, олди томонида 1-2 қовурғалар оралиғида бўлса Видергофер белгиси). Баъзи беморлар нафас олган пайтда тўш суяги ариқчаси тортилади (югуляр белги), шу югуляр чуқурчанинг уриб туриши Игнатовский белгисидир. Баъзан беморнинг пастки қовоқлари остида кўкаришни аниқлаш мумкин. Тўш суяги дастаси атрофининг тортилиб чуқурлашиб туриши ҳам мумкин (Равич-Шербо белгиси). Бўйиннинг 7 умртқасини босилганда бемор оғриқ сезиши (Перушка белгиси) мумкин.

Беморни туккуллатиб кўриш ҳам катта ахамиятга эга. Одатда 2 ёшгача бўлган болаларда 7 бўйин ва биринчи кўкрак умуртқасигача бўғиқ товуш аниқланади, 10 ёшгача бўлган болаларда эса 2 кўкрак умуртқасигача, 10 ёшдан кейин 3 кўкрак умуртқасигача бўғиқ товуш аниқланади.

Трахея атрофидаги лимфа тугунлари бронхоаденитининг яққол кўринишидаги турида туккуллатиб текширилганда 1-2-3 баъзан 4- кўкрак умуртқасигача бўғиқ товуш аниқланиши

мумкин (Кораньи белгиси). Де Ле Камп туккуллатиб текширилганда 5-6 умуртқасигача бўғиқ товуш аниқлаган (Де Ле Камп белгиси). Филатов белгиси – орқа томонидан 1-2-3 кўкрак умуртқасигача, олдиндан тўш суяги дастаси атрофида бўғиқ товушни аниқланиши. Филосов ёки “товоқча” белгиси – тўш суяги ён томонларида бўғиқ товуш аниқланади, пастки қисми торайиб боради.

Фонендоскоп ёрдамида эшитиш натижасида ҳам бир қанча белгиларни аниқлаш мумкин: Д.Эспин белгиси – 7 бўйин умуртқаси устида бронхиал нафаснинг эшитилиши, бу “Р” харфга бойроқ сўзларни айтиб турган вақтда яхши эшитилади. Гейбнер белгиси – 1-2-3 кўкрак умуртчалари устида трахеал нафасни эшитилиши. Смитт белгиси (“бўрича шовқини”) - бемор бошини орқага эгиб турганда тўш суягини юқори қисми атрофида ўзига хос шувиллаш эшитилади, катталашган лимфа тугунларининг йирик қон томирлари деворини эзиши натижасида келиб чиқади. Баъзан тўш суягининг ён атрофлароида хазон шитирлашишига ўхшаш товуш эшитилиши мумкин, бу товуш плевра варақларининг яллиғланганлигидан дарак беради (Сирнев белгиси). Санаб ўтилган белгилар доимий эмас, булар кўпинча кўкрак ичи лимфа тугунларининг оғир, яққол кечадиган турларига дучор бўлаган беморларда аниқланади. Хозирги вақтда кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили жуда кам белгилар билан, хатто белгиларсиз ҳам кечади.

Қон текшириб кўрилганда кўпинча камқонлик, лейкоцитоз, таёқча ядроли нейтрофилларнинг кўпайганлигини, лимфоцитлар ва эозинофилларнинг камайганлигини, ЭЧТнинг ошганлигини аниқлаш мумкин.

Беморнинг балғамида ёки бронхлар йувиндисидида туберкулёз таёқчалари камдан кам топилади.

Туберкулин синамаси кўйилганда беморда кўпинча гиперергик мусбат натижа аниқланади.

Беморда кўкрак ўқтин-ўқтин оғрик, йўталганда, хирриллаш эшитилганда, балғамида туберкулёз таёқчалари топилганда бронхоскоп ёрдамида текшириш мақсадга мувофиқ. Бунда бронхлар шиллиқ қаватида қизариш, яллиғланиш, яраланиш, брон деворида тешик, чандиқ каби ўзгаришлар мавжудлигини аниқлаш беморда лимфа тугунлари сили борлигини тасдиқлайди.

Баъзан бронхоскопия вақтида кальций тузлари йиғилиб, қотиб қолган лимфа тугунларидан узилиб бронх бўшлиғига чиққан бронхолитларни топиш мумкин. Бронхоскопияда бронх шиллиқ қаватида яллиғланиш аниқланса биопсия қилиб текшириш мақсадга мувофиқ.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари ичкарида, ўпка илдизларида жойлашганни, уларнинг кўпчилиги юрак ва юрак қон томирлари орқали жойлашгани учун рентгенологик текширилганда доим кўринавермайди, айниқса лимфа тугунлари силининг кичик кўринишидаги хили бўлса. Шунинг учун рентгенологик текшириш хар-хил усулларини қўллаш зарур. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силининг рентгенологик кўриниши патологик жараённинг яққоллигига боғлиқ.

Туберкулёз бронхоаденитининг кичик кўринишига ўпка расмининг “бузулиши”, ўпка илдизи сояси шаклининг бузулиши ва структурасининг пасайиши характерлидир. Бунда кўкис оралиғи аъзолар сояси катталашади, унинг юқори қисмининг сояси аниқ кўринади (штрих белгиси), юрак ўнг бўлакчасининг сояли шакли бузилиб ўтмас бурчак шаклида кўринади, трахеянинг бронхга ўтиш бурчаги тоқ вена атрофда тўлишган бўлиб кўринади. Чап томонда эса юрак чап қоринчаси ёйи ёки ўпка артерияси ёйи шакли ўзгаради. Юрак бикини яссилашиб унинг чегараси равонлашиб боради. Рентгенологик текширишнинг бошқа усулларида – томографияни қўллаш касалликни аниқлашга кўп жихатдан ёрдам беради. Томограммани ўпка илдизи орқали қилиш керак.

Бронхоаденитнинг яллиғланган турида сўрилиш даврида ўпка илдизининг чегаралари аниқлашиб, бронхоаденитнинг ўсма шаклига ўхшаб қолади. Шунинг учун кўкрак ичи лимфа тугунларининг силини яққол кўринишидаги турлари яллиғланган ва ўсма турларига ажратиш маълум даражада шартли бўлиб, бу туберкулёз жараёнининг хар хил даврига хосдир. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силининг қаттиқлашиш ва кальцинацияланиш даврида ўпка илдизининг чандиқлашиши, кўкс оралиғи ва ўпка бўлаклари оралиғидаги плевра

варқларининг қаттиқлашиши аниқланади. Чандиқлашиш жуда кўп бўлганда кўкс оралиғи аъзоларининг касали томонга сурилиши кузатилади. Казеоз лимфа тугунларига кальций тузлари тўпланади, бу лимфа тугунининг хар жойида бир хил бўлмайди, йириклашган лимфа кальций тузлари чекка қисмларига, майда лимфа тугунлари эса кальций тузларига тўлиб чиқади.

Баъзида болалар ва ўсмирларда рентгенограммада кальций тузлари йиғилган лимфа тугунларининг сили сурункали холда, узоқ вақт ичида давом этаётганлигининг гувоҳи хисобланади.

Хуллас кўкрак ичи лимфа тугунларининг силини аниқлаш учун ҳамма текширишларнинг натижалари хисобга олиниш керак.

Асоратлари. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили баъзан хар хил асорат бериши мумкин. Катталашган лимфа тугунларида нафас йўллари (бронхни) эзиб кўйиши натижасида ателектаз кузатилиши мумкин. Бунда рентгенограммада ўпканинг ателектаз қисми бир хил кўринишдаги қоронғу соя кўринишида бўлиб, атроф чегаралари аниқ бўлади. рентгеноскопияда нафас олиш актида диафрагманинг парадоксал харакати юрак ва йирик томирларнинг касал томонга сурилиши (Якобсон-Гольцкнитх белгиси) аниқланади. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили асорати медиостенал плевра яллиғланиши кўринишида бўлиши ҳам мумкин. Бунда плевра варақлари қалинлашгани аниқланади.

Асоратланган бронхоаденитнинг клиник кўриниши анча оғир ва давомли ўтади. Беморнинг ахволи оғирлашади, тана харорати кўтарилади, қонда ўзгаришлар аниқланади, йўталиши кўпаяди, туккиллашиб эшитиб кўрилганда белгилар яққоллашади.

Ёш болаларда кўкрак ичи лимфа тугунларининг силини кўк йўтал, кизамиқ касаллардан фарқлашга тўғри келади.

Оқибати: сўрилиш, қаттиқлашиш, петрификация, милар туберкулёз.

### **Бирламчи туберкулёз комплекси**

Бирламчи туберкулёз комплекси силнинг бошланғич даври эмас, чунки бирламчи туберкулёз комплекси туберкулёз инфекцияси юққанидан кейин маълум бир давр ичида силдан захарланиш жараёнидан кейин кузатилади. Туберкулёз касаллиги камайиб бораётган хозирги вақтда бирламчи туберкулёз комплекси кам учрамоқда (13%).

“Бирламчи комплекс” деган атамани биринчи марта Ранке таклиф қилган бўлиб, у ўпкадаги бирламчи ўчоқ, ўчоқдан ўпка илдизи томон йўналган лимфа томирларининг яллиғланиши (лимфонгит) ва ўпка илдизидаги лимфа тугунларининг зарарланишини назарда тутган.

Бирламчи туберкулёз комплекси инфекцияни организмга тушган йўлига қараб хар хил аъзоларда жойлашиши мумкин. Аммо бирламчи комплекси кўпинча, 90-93% ўпкада ва бошқа аъзоларда жойлашади. Демак ўпкада ривожланувчи бирламчи комплекси туберкулёз инфекциясининг нафас йўллари орқали юқиши натижасида ривожланади. Буни қуйдаги фактлар тасдиқлайди: бирламчи ўчоқ кўпинча ўпканинг нафас олишда фаол иштирок этувчи 3-4-5-8 бўғинларида жойлашади; бирламчи ўчоқда деярли 100% туберкулёз таёқчаларининг одамларга мансуб тури аниқланади; кўпинча (90-92%) бирламчи ўчоқ (аффект) якка холда ривожланади, баъзан (8-10%) икки ёки ундан ҳам кўп бўлиши мумкин.

Бирламчи ўчоқ одатта ўпканинг энг кичик бўлаги – ацинусда ривожланади. Бунда биринчи навбатда бронхнинг энг охирги тармоғида яллиғланиш бошланиб, тўпланган туберкулёз таёқчаларидан ажралувчи экзо- ва эндотоксин таъсирида ўпка хужайраларида дегенерация ва ириш жараёни рўй бериб аморф (қовушмаган) масса пайдо бўлади. шу ириган жой атрофида перифокал яллиғланиш жараёни рўй беради. Бу яллиғланиш икки қаватдан: ички силга хос ва ташқи силга хос бўлмаган яллиғланиш қаватларидан иборат бўлади. силга хос қаватида овал, ўзакли эпителийсимон ва кўп ўзакли катта Пирогов Лангханс хужайралари кўп бўлади. силга хос бўлмаган яллиғланиш қаватида эса кўп миқдорда лейкоцитлар, лимфоцитлар, моноцитлар ва махаллий гистиоген хужайралар (гистиоцитлар), қон томирлар эпителийлари, макрофаглар, фибробластлар каби хужайралар бўлади. яллиғланиш жараёнида бу бириктирувчи тўқимага тегишли хужайраларни иштирок этиши эксудатли яллиғланиш билан бир қаторда пролефератив жараённинг мавжудлигини

тасдиқлайди. Бирламчи ўчоқнинг катталиги ҳар хил бўлиши мумкин, 2 мм.дан лоядек, нўхотдек ва ундан ҳам катта бўлиши мумкин. Оддатда силнинг бирламчи ўчоғи вицерал плевра остида жойлашган бўлади. яллиғланиш жараёни бирламчи ўчоқдан лимфа томирлари, бронхлар, вена ва артерия қон томирлари йўналишида ўпка илидизи томон тарқалади (лимфонгаит).

Бу яллиғланиш орасида ҳам туберкулёз ўчоқлари пайдо бўлиши ҳам мумкин. Яллиғланган жараён лимфа тунунигача етиб боради ва лимфа тугунида гиперплазия жараёни рўй бериб унинг хажми катталашади, сўнг лимфа тугунида туберкулёз бўртмалари пайдо бўлиб, ундан кейин лимфоид тўқималарида ириш (некроз) жараёни юз беради. Шундай қилиб силнинг бирламчи туберкулёз комплекси ташкил топади.

Бирламчи туберкулёз комплексини кейинги кечиши бир қанча омилларга боғлиқ, аввало макроорганизмнинг реактивлигига, беморнинг ёшига, организмдаги моддалар ламашиниш жараёнига, туберкулёз таёқчалари сони ва вирулентлигига ва ҳаказо. Бирламчи туберкулёз комплекси тўлиқ ташкил этгандан кейин унинг кечиши икки хил йўлда бўлиши мумкин:

- 1- туберкулёз жараёнинг равон кечиши
- 2- туберкулёз жараёнинг асоратлар билан кечиши

Бирламчи туберкулёз комплекси равон кечадиган бўлса комплекс ташкил топиб бўлиши биланоқ бирламчи ўчоқ атрофидаги перифокал яллиғланиш ва лимфонгаит бирин – кетин сўрила бошлайди. Регионал лимфа тугунлари ва унинг атриофидаги яллиғланиш жараёнинг сўрилиши нисбатан секинроқ кечади. Яллиғланиш жараёнинг сўрилиши билан бир қаторда бирламчи ўчоқ (аффект) ва лимфа тугунлари атрофида бириктирувчи тўқималардан иборат бўлган қобик пайдо бўлади. бирламчи ўчоқ ва лимфа тугунлари ичидаги сузмасимон масса секин аста қуюқлашиб катталашади ва оҳак йиғилади. Вақт ўтгандан сўнг оҳаклашган ўчоқ суякка айланиб кетиши мумкин. Бундай ўчоқни биринчи марта 1912 йилда Чех олими Гон томонидан батафсил ўрганиб чиқилгани учун Гон ўчоғи дейилади.

Ўпка ва лимфа тугунларидаги патоморфологик ўзгаришлар ва организмнинг иммунобилологик ҳолатига қараб бирламчи туберкулёз комплекси бошланиши ва клиник кечиши ҳар хил бўлиши мумкин. Белгиларсиз (яширин) кечувчи, бундай беморлар асосан Манту синамаси қўйилганида, флюорографияда ёки бошқа касаллик туфайли врачга учрашганда аниқланадилар, секин аста бошланувчи бирламчи туберкулёз комплексида касаллик белгилари жуда яққол бўлмаган ҳолда бошланади ва бемор ҳолсизланиш, иш қобиятининг пасайиши, бироз йўталиш, кўкракда оғриқ сезиши, тана ҳароратининг бироз кўтарилиши каби белгилар билан кечади. Ўткир ҳолда бошланувчи бирламчи туберкулёз комплекси – зотилжамнинг яққол белгиларигша ўхшаб, тана ҳароратининг бирдан кўтарилиши, нафас етишмовчилиги, қаттиқ йўталиш ва кўкракда оғриқ сезиш билан бошланади. Бундай ҳолат бир икки ҳафтагача давом этади, сўнг беморнинг аҳоли аста секин яхшиланиб, тана ҳарорати туша бошлайди.

Касалликнинг қандай бошланишидан қаттиқ назар беморни кўздан кечирганда силдан захарланиш белгилари ва бир қанча гуруҳ лимфа тугунларининг катталашгани аниқланади. Бунда лимфа тунуларини пайпаслаганда бемор бироз оғриқ сезиши мумкин. Лимфа тугунлари бироз катталашган, аммо атрофдаги тўқималарга ёпишиб кетмаган бўлади. лимфа тугунларидаги ўзгариш кўпинча бирламчи комплексига дучор бўлган томонда яққолроқ аниқланади. Кўкрак қафасини туккуллатиб кўрганда ўпканинг зарарланган қисми устида бўғиқ товуш аниқланади, эшитилганда нафаснинг дағаллашгани майда нам хириллашларни аниқлаш мумкин, бу беморни йўталтириб сўнг эшитганда яққолроқ аниқланади.

Агар силнинг бирламчи комплекси чегараланган ёки яллиғланиш жараёни сурункали бошланган бўлса стетоакустик белгилар аниқланмаслиги ҳам мумкин.

Қон томири ва юрак сиситемаси томонидан юракнинг қаттиқ уриши, юрак чегараларининг кенгайиши, систолик шовқин, юракнинг биринчи тонида ўзгариш, қон босимнинг камайиши каби ўзгаришлар аниқланди. Буларнинг ҳаммаси силдан захарланиш ҳисобига юрак миокардидаги диффуз ўзгаришлар ҳисобига содир бўлади.



Беморнинг жигари катталашиб, қирралари ўткирлашади, аммо эластиклиги сақланиб қолади.

Каслликнинг бошланғич даврида қонда лейкоцитларнинг умумий сони 12-14 гача кўпайганлиги, лейкоцитар формуланинг чапга силжишини эозинофилларнинг ва моноцитларнинг кўпайганлигини ва лимфоцитларнинг камайганлигини ва ЭЧТ 25-35 мм/с. тезлашганини аниқлаш мумкин. Қон зардобидаги альбумин бироз камаяди, глобулинлар эса кўпаяди.

2 ТБ қўлланилиб қўйилган туберкулин синамаси болалар ва ўсмирларда яққол мусбат натижа, катталарда эса номергик мусбат натижа беради.

Бирламчи туберкулёз комплексига дучор бўлган беморларни рентгенологик усулда текширилганда бу каслликда босқичма-босқич кечувчи 3 давр кузатилади.

1. Яллиғланиш даври – бу даврда ўпканинг бирор қисмида (кўпинча ўпканинг нафас олишда фаол қатнашувчи қисмида) кўриниши хар хил бўлган уч бурчак ёки аниқ шакилга эга бўлмаган, ўпка илдизи билан бирлашиб кетган, интесив ёки интенсивлиги кам бўлган соя аниқланади. Бунда преиферик лимфа тугунларининг катталашгани хам аниқ кўриниб туради. Бирламчи туберкулёз комплексиларининг ўпкада жойлашган қисмининг чегаралари ноаниқ бўлади.

2. Яллиғланишнинг сўрилиш ва қаттиқлашиш даври – бу даврда бирламчи туберкулёз комплекси соянинг чегаралари аниқ бўлиб хажми кичираяди, интенсивлиги ошади. Бирламчи ўчоқ билан ўпка илидизидида жойлашган оралиғини бирлаштириб турувчи “йўлча” пайдо бўлади. Бу бирламчи туберкулёз комплексига хос бўлиб, буни “биполияр” ёки Редекер белгиси деб аталади. Бирламчи ўчоқ вецирал плевра остида жойлашган бўлгани учун кўпинча плевра варақларининг дағаллашганини, баъзан ўпка бўлаклари оралиғидаги плевранинг қалинлашганини аниқлаш мумкин. Болаларда ўпка ва лимфа тугунлари компоненти яққол аниқланади, катталарда эса лимфа тугунлари яққол кўринмайди, хатто томография усулини қўллаб текширганда хам лимфа тугунларини аниқлаш қийин.

3. Бирламчи туберкулёз комплекси қаттиқлашиш – петрификация даври – одатда касалликнинг бошланишидан 10-12 ой ўтгач бошланиб, 2-3 йилгача давом этиши мумкин. Бунда Гон ўчоғи ёки ўчоғлари ташкил топади. Лимфа тугунларининг қотиши бирламчи ўчоғнинг қотишидан анча кейин рўй беради.

Шундай қилиб ўпкадаги бирламчи ўчоқ ва лимфа тугунлари кальцинатларининг мавжудлиги ўтказилган бирламчи силнинг асосий рентгенологик белгиларидан хисобланади.

Бирламчи туберкулёз комплекси ўз вақтида ниякланиб даволанмаса, организмнинг иммунологик қобилияти паст бўлса, туберкулёз инфекциясининг вирулентлиги юкори ва инфекция кўп миқдорда бўлса касалликнинг бошланғич вақтидаёқ асоратлар билан кечиши мумкин. Кўпинча қуйдаги асоратларни кузатиш мумкин: плеврит, қон туфлаш, қон кетиши, казеоз яллиғланишга ўтиши.

Плевра варақларининг яллиғланиши. Бирламчи ўчоғни вицерал плевра остида жойлашиши, организмнинг инфекцияга нисбатан ўта сезувчанлик холи бундай асоратнинг келиб чиқишига асосий сабабдир. Бундай асоратда бирламчи туберкулёз комплексибелгиларига куруқ ёки экссудатив плеврит белгилари кўшилиб, бу белгилар устунлик қилади. Шунинг учун бундай холларда олдин плеврит деб диагноз қўйилади.

Бирламчи туберкулёз комплексини ривожланиш ва зўрайиш даврида бирламчи ўчоқдаги ириш жараёни кучайиб, бирламчи кавак пайдо бўлиши мумкин. Бунда силдан захарланиш белгилари жуда яққоллашиб беморда узоқ ватқгача тана хароратининг баланд бўлишини, холсизлик ва терлашнинг зўрайишини, балғам кўпайишини кузатиш мумкин ва уни лабораторияда текширганда ўпка тўқимасини чиришини кўрсатувчи элиментларни ва туберкулёз таёқчаларини топиш мумкин. Баъзан қон туфлаш ва қон кетиш холлари кузатилиши мумкин. Беморнинг рентгенологик текширилганда ўпканинг яллиғланган қисми устида кавак-халқасимон соя аниқланади.

Ташқи нафас олиш функцияси бузилиши кўпинча бирламчи туберкулёз комплекси асоратлар билан кечганда рўй беради. Бунда беморда энтикиш билан бир қаторда ўпка вентилизациясининг обструктив ва реструктив кўринишидаги ўпка танқислиги аниқланади. Бирламчи туберкулёз комплексидида тўқималарнинг ўта сезувчанлиги тромбоваскулит,

тромбоэмболия, юрак миокардида ўчоқли ва диффузли ўзгаришларга олиб келади, шунинг учун бундай беморларда юрак уришининг тезлашиши аниқланади, ЭКГида R ва T тишчаларининг пасайганлигини, хатто T тишчанинг манфийлигини, оралигини сурилганини аниқланади.

Бирламчи туберкулёз комплексини кўпинча ўпканинг носпецифик яллиғланишлардан фарқлашга тўғри келади.

Ўпканинг катта бўлақларини ёки айрим бўлақларининг носпецифик яллиғланиши клиник ва рентгенологик белгилари жихатидан бирламчи туберкулёз комплексига ўхшаб кетади. Лекин бирламчи туберкулёз комплекси жуда ўткир бошланмайди ва организмнинг захарланиш белгилари ҳам яққол бўлмайди. Бу ўпканинг яллиғланиш жараёнига мос тушмайди. Бирламчи туберкулёз комплексига ўпакни эшитиб кўрганда хириллашлар жуда кам, баъзан умуман эшитилмайди. Рентгенограммада патологик жараён сояси бир хил бўлмаганидан кам интенсивлигидан характерланади, яллиғланишнинг ён атрофида эса айрим ўчоқлар аниқланади. Ўткир бошланувчи носпецифик яллиғланишда тез ўзгарувчанлик кузатилиб, ўпкадаги яллиғланиш жараёнининг сўрилиши билан захарланиш белгиларининг камайишида мутаносиблик борлиги аниқланади. Агар илгари туберкулёз инфекцияси юққан болада ўткир носпецифик яллиғланиш бошланса, туберкулинга бўлган сезгирлик сусаяди, хатто анергия холати ҳам рўй бериши мумкин, бирламчи туберкулёз комплексига эса бемордаги туберкулин сезгирлиги ошиб боради (гиперергик реакция).

Ўпканинг ўткир яллиғланишида нафас етишмовчилигининг ва гипоксемиянинг яққоллиги характерли бўлиб, бундай хол бирламчи туберкулёз комплексига бўлмайди. Бирламчи туберкулёз комплексининг сўнги босқичларида ўпкадаги ўчоқда ва лимфа тугунларида кальций тузларининг тўпланиши беморда носпецифик яллиғланиш йўқлигини тасдиқлайди.

Бирламчи туберкулёз комплекси ўткир бошланганда кўпинча вирусли грипдан фарқлашга тўғри келади, маълумки грипп ўткир бошланади аммо қисқа вақт ичида холсизланиш, бутун тана мускулларида, бўғимларида оғрик, бош оғриши, кўз ёшланиши хос. Агар вирусли грипп ўпка асоратисиз кечса бирламчи туберкулёз комплексига ўпкада мавжуд бўлувчи фзикал ва рентгенологик ўзгаришлар бўлмайди. Вирусли гриппга касал ахволини тезда яхшиланиши, касллик белгиларини камайиб бориши характерлдир. Ташхисни аниқлашда албатта текширишни ҳамма усулларида фойдаланиш керак.

### **Бирламчи силнинг катталарда кечиши.**

Хозирги вақтда катталар орасида ҳам бирламчи силнинг турли кўриниши намаён бўлмоқда.

И.А.Логиена ўтказган текширишларига кўра 16-18 ёшдагилар орасида силдан захарланиш 36% 19-24 ёшда эса 40-70%ни ташкил қилади. Демак, 30-50% ўспирин ва ёшлар туберкулёз таёқчаси билан зарарланмаган ва бу шахслар зарарланиши ёки 20-25 ёшлилар орасида бирламчи туберкулёз клиник турлари ривожланиши мумкин.

Катталарда бирламчи туберкулёз клиник белгилари турли ўпка хасталикларига ўхшаш бўлганлиги учун фарқлаш зарурияти туғилади. Шунинг учун УАШга катталарда бирламчи силни кечги хос белгиларини уларни барвақт аниқлашни тўлиқ ёритиш зарур.

Болалар ва ўсмирларда яққолкечувчи бирламчи туберкулёз комплекси, кўкрак ичи лимфа тугунлари сили катталарда ҳам учрайди ва катталарда клиник белгилари ўзгача турда кузатилиши мумкин: 1) бирламчи ўпка сили, 2) экссудатив плеврит.

Катталарда бирламчи туберкулёз комплексининг бошланғиқ даври асосан белгиларсиз кечади. Беморни эшитиб кўрганда бронхит аниқланади. Агар бирламчи ўчоқ катталашса фзикал усуллар билан ҳеч нарсани аниқлаб бўлмайди. Бирламчи ўчоқ ривлжланиб зшрайиб борганда казеоз яллиғланиш шаклидаги фокус пайдо бўлади ва ириш жараёни рўй берганида туккиллантиб кўрилганда бўғиқ товуш, эшитилганда эса визикобронхиал нафас фониди нам хириллашлар аниқланади.

Катталарда кечувчи ўпкадаги бирламчи ўчоқ бошланғиқ даврда рентгенологик усулда жуда катта бўлмаган фокус сояси кўринади. Сўнг яллиғланиш периферик лимфа тугунларигача тарқалиб, яллиғланиб умуман катталашади. Бунда ўпкада чегаралари ноаниқ

соя аниқланади. Вақт ўтгандан сўнг яллиғланиш жараёни сўрилиб ўпкада ва ўпка илдизида бир бирига боғлиқ соя аниқланади.

Бемор клиник жихатдан тузалганидан кейин бирламчи туберкулёз комплекси ўрнида болалардаги каби Гон ўчоғи ва каттлашаг лимфа тугунлари қолади.

Катталарда бирламчи ўпка сили кўпроқ кузатилиб ўпканинг иккиламчи генизига эга бўлган турлари: ўчоқли, яллиғланган, тарқоқ силдан фарқ қилади. Бирламчи ўпка силининг фарқи доимий равишда кўкрак ичи лимфа тугунларини ҳам яллиғланиши кузатилади.

Хозирги даврда 20-25 ёшли бирни бор зарарланганлар орасида кўкрак чичи лимфа тугунлари яллиғланиши ёки ўпка тўқимаси ичида чекланган яллиғланиш хисобига 80% асоратнинг кечиш хисобига экссудатив плеврит аниқланади.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили билан хасталанган катталарда кўпинча бронхларда махсус яллиғланиш кузатилади.

Демак, катталарда бирламчи туберкулёз кўпроқ асоратли кечиши аниқланади. Иккинчидан, бирламчи туберкулёз катталарда сурункали кечувчи бирламчи туберкулёз хусусиятларига эга. Учунчидан, катталарда бирламчи ўпка силнинг иккиламчи силдан фарқи: иккиламчи туберкулёз кўпинча ўпканинг биринчи, иккинчи сегментларида, бирламчи туберкулёз эса ўрта ва пастки бўлақларида жойлашади. Шунинг учун УАШ кўпинча нотўғри ўпка носпецифик касалликлари ташхисини қўйиб носпецифик даво самарасизлиги аниқлангандан сўнг фтизиатр кўригига юради. Бирламчи туберкулёз клиник белгиларини катталарда ўпка носпецифик касалликларидан ташқари лимфогрануломатоз, лимфосаркома, марказий ва периферик рак, саркаидоз касаллигининг биринчи босқичи билан фарқлаш зарур.

**Хулоса:** Силнинг клиник таснифи ҳозирги кунда касалликга эрта ва аниқ ташхис қўйиш учун классификацияда фойдаланилади. Классификация касалликнинг жойлашган ўрни, микроб ажратиш ва ажратмаслиги, унинг асоратлари билан бирга даволагандан кейинги ўзгаришларни аниқ кўрсатиб беради. Бирламчи туберкулёз жараёни асо сан болаларда учраши, унинг клиник белгилари яширин кечиши, ўзидан асоратлар берили билан болаларда учрайди. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

**Маъруза №5 Ўпканинг диссеминацияли сили. Ўпканинг ўткир, ним ўткир, сурункали диссеминацияли сили. Патогениз, патанатомия, рентгенологик хусусиятлари. Диссеминацияли силни ташхиси, клиникаси ва даволаш йўллари.**

<i>Маъруза машғулотини технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези
	2. Диссеминацияли ўпка сили, унинг клиник турлари
	3. Диссеминацияли ўпка сили клиник кечиши.
	4. Диссеминацияли ўпка сили, ташхис, текшириш усуллари
	5. Диссеминацияли ўпка сили, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Диссеминацияли ўпка силитекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <b>Тарбиявий:</b> Талабаларга диссеминацияли ўпка сили, ташхис,

	текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касаллиқнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунинг тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<b>Маъруза машғулотининг технологи картаси</b>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралган саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Туберкулёз қўзғатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздиритиш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, қўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқиний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустахкамлаш учун бемор ёки курация видеотаъсирини кўрсатиш	Қўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустахкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос текшириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### **Диссеминацияли ўпка сили.**

Тарқоқ туберкулёз - туберкулёз касаллигининг кўплаб туберкулёз ўчоғлари пайдо бўлиши билан характерланувчи клиник шаклидир.

Тарқоқ туберкулёз одатда, катта ёшдагиларда ривожланади ва иккиламчи туберкулёз клиник шакли ҳисобланади.

Бирок бирламчи туберкулёз массив бактеримияси даврида ва бирламчи туберкулёз маҳаллий шаклларида асоратланган ҳолда кечганида туберкулёз МБТнинг лимфогематоген тарқалиши болаларда бирламчи сизнинг генераллашган шакллари келтириб чиқариши мумкин.

Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашиш даврида биринчи марта аниқланган беморлар орасида тарқоқ туберкулёз 1998 йилда 7,8%ни ташкил этди. Касаллик учун оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичининг ўсиши характерли бўлиб, бу кеч аниқлаш билан боғлиқдир. Патогенезининг хусусиятлари ва патологоморфологик ўзгаришларнинг турли-туманлиги бу касалликка УАШ томонидан ташхис қўйилишини қийинлаштиради.

УАШ амалиётида силнинг бу шакли инфекция касалликлари, нафас тизимининг носпецифик касалликлари, ўпканинг ўткир ва сурункали тарқоқ жараёни ниқоби остида учраши мумкин.

#### **Тарқоқ туберкулёз патогенези ва патанатомияси.**

Тарқоқ туберкулёз инфекциянинг ўпкага гематоген, лимфаген, лимфогематоген, камдан кам ҳолларда лимфобронхоген йўл орқали тарқалиши сабабли юзага келади.

Бактеримия манбааси бўлиб фаол бирламчи силдаги казеоз ўзгарган лимфа тугунлари, лимфа тугунларидаги кичик фаол туберкулёз ўчоғлари бўлиши мумкин. Микобактериялар лимфа тугунидан қонга туберкулёз яллиғланишининг бевосита қон томир деворига ўтиши оқибатида ёки кўкрак лимфа йўли, ўмров ости венаси ва юракнинг ўнг бўлимлари, ўпка веналари ва шу кабилар орқали ўпкага ўтиши мумкин.

Бактеримия манбаси бўлиб ўпкадаги ва экстраторакал туберкулёз ўчоғлари хизмат қилиши мумкин, айниқса суяк ва сийдик-таносил тизимидаги. В.Г.Штефконинг (1937) изланишлари шуни кўрсатдики, бу каби ўчоғлар фаоллашганда дастлаб атрофдаги оралик тўқимада лимфангит, лимфоид инфильтрация ва лимфостаз вужудга келади. Бунда ёндош қон томир адвентицияси шикастланади, бу одатда ўпка венаси ёки артерияси тармоқлари бўлади. Жараён чуқурлашган сари эндоваскулит вужудга келади. Бу усулда ҳосил бўлган бактеримия одатда вақтинчалик бўлиб, бир неча кун ёки ҳатто соат давом этади. Шу туфайли сенсбилизациялашган организм мавжудлиги катта аҳамиятга эга, бу эса ўз навбатида кўп миқдорда бактерия ажратувчи билан ўзоқ вақт мулоқотда бўлиш туфайли содир бўлган экзогенсуперинфекция сабаблидир. Тарқоқ туберкулёз ривожланишида организм иммунобиологик резисентлигининг сусайиши, томирлар ва ўпка тўқимасининг сенсбилизация бўлиши лозимдир.

СМБлари гематоген тарқалганда ўпка капиллярлари ва майда веналари зарарланади, бунда уларда туберкулёз инфекцияси стази оқибатида коллаген дезорганизацияси ва томир деворининг фибриноид некрози содир бўлади ва томир девори ўтказувчанлигини оширади. Натижада СМБлари оралик тўқимага ва альвеолаларга чиқади, у ерда продуктив ва экссудатив-казеоз бўртмачалар пайдо бўлади. Типик холларда уларнинг ўлчами 1-2 мм, яъни яслик дони катталигида бўлиб, шу сабабли бу туберкулёз шаклини миллиар туберкулёз деб аташади. Одатда бўртмачалар иккала ўпкада симметрик жойлашиб, чўққидан диафрагмагача шикастлайди. Гематоген тарқалишда туберкулёз жараёни уткир кечади.

Лимфогематоген ва асосий лимфоген тарқалишда бўлакчаларо веналар, камроқ ўпка артерияси тармоқлари шикастланиши мумкин. Бунда томирлар девори некрози ва оралик тўқиманинг, баъзан ўпка паренхимасининг қон билан имбибицияси содир бўлади. Бу ерга туберкулёз таёкчалари тушганда эса турли даражадаги экссудатив ва прдуктив яллиғланиш билан бирга анча йирикроқ бўлган туберкулёз ўчоғлари ҳосил бўлади.

Одатда ўчоғлар симметрик жойлашади, улар асосан ўпканинг орқа ва кортикал бўлимларида бўлиб, бир типли, диаметри 5-6 мм дир. Ўчоғларнинг кортикал жойлашиши жараёнга плеврани ҳам қўшилишига сабаб бўлади.

Тарқоқ силнинг сурункали шакллари лимфогематоген тарқалиш оқибати ҳисобланади. Бу шакллар одатда ўпка тўқимаси шикастланиши билан чегараланади, баъзан бошқа аъзолар шикастланиши ҳам кузатилиши мумкин. Одатда ўчоғлар продуктив характерда, асосан юқори сегментда жойлашиб, патки томон камайиб боради. Диссеминация ўчоқлари кўпинча полиморф, баъзилари яхши ривожланган капсулалар, баъзилари хужайра элементлари билан инфильтрацияланган капсулалар, бошқалари эса умуман капсуласиздир. Ўчоғлар ўпканинг қалинлашган бириктирувчи тўқимали стромаси бўйлаб периваскуляр ва перибронхиалар жойлашади. Баъзилари қон томирлар деворида жойлашган. Одатда ўчоғлар атрофида эмфизема ривожланади, жараённинг кечки фазаларида собиқ туберкулёз ўчоғлари ўрнида массив фиброз чандиклар ҳосил бўлади. Буларнинг барчаси силнинг шу шаклига хос тўлқинсимон кечишини кўрсатади. Ўпкадаги фириноз ва ўчоқли ўзгаришлар сабабли қон томирлар ўзани ўзгаришига сабаб бўлади, бу кичик қон айланиш доирасида гипертензияга олиб келади. Сурункали тарқоқ силда юққа деворли “штампланган” каверналар ҳосил бўлади, бу жараёнга бронхлар ҳам тортилишига сабаб бўлади.

Сурункали тарқоқ силда бронхлар шикастланиши ва бронхоген тарқалиш ўчоқларнинг носимметрик жойлашиши шартдир. Бронхлар туберкулёз лимфоген тарқалганда бошланғич фазада ҳам ўзгариши мумкин. Бу холларда фиброзланиш ва битиш ривожланганида бронх девори некрози, лимфа йўллари облетирацияси, қон томирлар қайта қурилиши ва бронхоэктазлар ҳосил бўлиши кузатилади. Кўп йиллар давомида кечувчи сурункали тарқоқ силда тўлқинсимон даврий равишда такрорланувчи бактеримия билан кечиши мумкин. Бу беморларда қон томирлар яллиғланиши ва облетирацияланиши кичик

қон айланиш доирасида гепиртензияга олиб келади ва ўпка юрак етишмовчилигига сабаб бўлади.

### **Ўпканинг диссеминацияли сили клиникаси**

Патогениз хусусиятлари ва патоморфологик ўзгаришларининг турли туманлиги бу шакл клиник манзарасининг ҳам турлича бўлишига сабаб бўлади. Клиник кечишига кўра ўткир (милиар), ўткир ости, сурункали шакллари фаркланади.

Ўткир ўпка тарқоқ сили формаси устунлик қилувчи клиник симптомокомплекси ва морфологик ўзгаришларнинг тарқалиш даражасига боғлиқ холда тифоид, ўпка, менингиал шакллари ва Ландузиэ тифобациллёзи кўринишида кечиши мумкин. Охириги кўриниши милиар силнинг энг оғир кечувчи шакли бўлиб, жуда ўткир туберкулёз сепсиси номи билан ҳам маълумдир, септицемиянинг жуда ўткир кечиши ва икки хафата ичида летал Билан тугаши хосдир. Унинг клиникаси: ўткир интоксикация, хушдан кетиш ва умумий симптоматикаси. Кўкрак қафаси рентгенограммасида фақат ўпка расмининг кучйганлиги кўринади, ликворда 1 мл.да 5-9 хужайра, оксил кўпайган, одатда ташхис ўлимданг сўнг аниқ кўйилади. Морфологик кўпчилик органларда некротик яллиғланиш ўчоқлари топилади ва уларда спецификлик аниқланмайди, фақат кўплаб туберкулёз таёчалари топилиши туберкулёз ташхисини тасдиқлайди, табиийки, силнинг бундай кечишига массив инфекцияланиши ва гиперсенсибилизацияланган организм иммунобиологик резистентлигининг пасайиши сабабдир. Афсуслар бўлсинки, Ўзбекистонда эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашганлиги силнинг шу шакллари ривожланиши учун муҳит яратади. Бизда аутопсия мажбурий бўлмаганлиги сабабли бу шаклдаги силнинг учраши ҳақидаги маълумотлар аниқ эмас.

Тифоид шаклида 90% беморларда касаллик бошланишидан 3-5 ой аввал харорат юқори бўлиши, интоксикация кузатилиши мумкин. Клиник манзарасига интоксикация симптомокомплекси хос бўлиб, бу касалликни қорин тифи ва бошқа инфекциян касалликлар билан чалкаштиришга сабаб бўлади. Бу шакли учун юқори харорат, умумий холсизлик, адинамия, бош оғриғи хос. Эпидемиологик анамнез хусусиятлари, продромал давр йўқлиги, харорат чизигининг нотўғри турдалиги, тилнинг оқ караш билан қопланганлиги, хуши йўқолмаган, лекин чалкашлиги, тахикардия, полиаденит, нафас етишмовчилиги симптомларининг дианамикада ошиши, милиар силнинг тифоид шаклини қорин тифидан касалликнинг биринчи хафтасидаёқ ажратиш имкониятини беради.

Клиник текширишда ва ультра товуш аппаратида аниқланадиган жигар ва талоқни катталашishi ҳам диф.диагностикада қийинчиликлар туғдиради. Қорин бўшлиғи билан боғлиқ симптомларни устин келиши ва ривожланиб бориши кўпроқ қорин тифи учун хосдир. Клиник манзара асосида бу икки касалликни фарқлаш қийин бўлгани учун ўз вақтида қонни гемокультурага экиш, Видал реакциясини қўллаш керакки, бу ташхис мумаммосини биринчи hafta охиғи ва иккинчи hafta бошигача хал қилишга имкон беради.

Милиар силнинг ўпка шакли жарохатининг яққол интоксикация фонидаги нафас етишмовчилиги симптомлари устунлиги билан характерланади: хансираш, умумий интоксикация фонида кучайиб борувчи цианоз. Ўпканинг ўткир яллиғланиш жараёнлари учун хос бўлган аускультатив симптоматиканинг йўқлиги милиар туберкулёз ташхисини кўйиш учун асос бўлиши мумкин. Ўткир тарқоқ ўпка силнинг милиар шакли клиникасида ёрқин вегито-томир бузилишлар ва мия томирлари спазмига моил тарқоқ менингоэнцефалит симптоматикаси устунлик қилади.

Милиар туберкулёз кўринишининг бундай турфа хиллиги диагностикада қийинчиликлар туғдиради. Беморнинг оғир ҳолатида ва интоксикация анча кучли бўлганида туберкулин синамалари манфий натижа бериши мумкинлиги ташхис кўйишни қийинлаштиради. Манфий туберкулин синамалари фақат 1,5-2 ой даволангандан сўнг пайдо бўлади. СМБ балғамни бир неча мартаба текширгандан сўнг атиғи 10% беморларда аниқланади, демак бу силни милиар силни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун қўллаб бўлмайди.

Милиар силни аниқлашнинг асосий усулларида бири ўз вақтида қўлланиладиган рентгенологик текширишдир. Касалликнинг эрта даврида бироз ўпка майдонлари

хираллашуви ўпка расми кучайиши аниқланади. Бу эса ташхис мумаммосини хал қила олмайди. Кассаликнинг 10-14 кунларида рентгенологик текшириш маълумотларга бой бўлади: интенсивлиги паст, контурлари ноаниқ, 2-3мл, юқори бўлақлар ва периферияда зич жойлашган ўчоқлардан ташкил топган дессеменация жараёнлари рентгенограммада яхши кўринади, рентгеноскопияда улар аниқланмаслиги мумкин. Ташхисни шунингдек, ўпка интерстицисийси реакциясининг акс этиши бўлмиш тўрсимон катаклар, шкастланишнинг икала ўпкадагилиги, симметириклиги тасдиқланган. Ўткир миляр силда рентгенограммада "қор бўрони" ни эслатувчи лобуляр казеоз пневмония типигаги йирик ўчоқлар онда-сонда учраб туради.

Ўткир ости тарқоқ туберкулёз секин аста ривожланади ва пневмонияни эслатувчи яққол ифодаланган интоксикация билан характерланади. Бироқ силнинг бу шаклининг ифодаланганлиги ва характери кўп холларда жараён хажми ва муддатига боғлиқ. Ўпкадаги морфологик ўзгаришлар секин ривожланганда ва улар чегараланганда интоксикация симптомлари кучсиз ифодаланади, бу касаллик симптомсиз кечаётганидек тассавур пайда қилади. Бундай холатлар "рентгенологик топилма" тарзида учрайди. Бундай холатлар ўткирости туберкулёз экстроракал ўзгаришлар билан кечаётганга ўхшайди, яъни эпидедемит, мезоденит кабилар билан. Бунда экстраторакал ўзгаришлар касаллик клиникасидан устунлик қилади, ўпкадаги ўзгаришлар эса кейинги текширишлар жараёнида аниқланади.

Беморлар холсизлик, терлаш, иштаха пасайиши, озиш, балғамли йўталга шикоят қилади. Ўпкадаги ўчоқларнинг парчаланиши сабабли қон туфлаш содир бўлиши ёки жароёнга плевра қўшилганда жойлашуви хар доим хам аниқ бўлмаган оғриқлар вужудга келиши мумкин. Перкуссияда юқори бўлақлар устида тўмтоқ ўпка товуши, аускультасияда нафас сустилиги ва баъзан ўпкада парчаланиш сохалари устида майда пуфакчали нам хириллашлар аниқланиши мумкин.

Ўткир ости туберкулёз диагностикасида рентгенологик текшириш мухим ахамиятга эга. Бунда рентгенограммада ўлчами турлича, интенсивлиги паст, контурлари ноаниқ ўчоқлар аниқланади. Ўчоқлар атирофидаги яллиғланиш сохалари яқин жойлашган бўлганларида бирлашиб кетадилар ва инфилтарция сохаларини вужудга келтирадилар. Ўчоқлар казеоз марказларини бирлашиши ва жароённинг жадаллашиши сабабли ўпка парчаланиши оқибатида каверна хосил бўлади.

Ўткир ости тарқоқ силида аниқланадиган рентгенологик ўзгаришлар баъзан бир томонлама хам бўлиши мумкин, унда ўчоқлар одатда ўпка илдизига яқин жойлашган бўлади. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг фаол туберкулёз жараёнлари билан боғлиқ лифоген диссеменация устунлиги ўпка илдизи кенгайиши ва расмининг чапланганлиги, чегараларининг ноаниқлиги билан намоён бўлиши мумкин.

Одатда ташхисни гиперергияга моил мусбат туберкулин синамаси ва балғамда СМБ топилиши тасдиқлайди. Бактерия ажратувчилик бактериоскопия усули билан тасдиқланиши мумкин.

Мураккаб диагностик холатларда бронхоскопия ёрдамида бронхлар силининг турли кўринишини, жумладан бронхонодуляр оқмаларни аниқлаш мумкин. Суяклар, бўғимлар, сийдик-таносил тизими, кўзларда патология аниқланиши, туберкулёз бор йўқлигини шу аъзолар учун тасдиқлашни талаб қилади.

Сурункали тарқоқ силнинг клиник манзараси аввалги шаклларига қараганда бойроқдир. Сурункали жараённинг дастлабки босқичларида ўпка чўққиларида пайдо бўлган кам сонли ўчоқлар клиник жихатдан юзага чиқмаслиги мумкин. Жараён ривожланиши ва ўчоқлар билан кўпроқ сохаларни қамраб олиниши сабабли қийинроқ ўткирости туберкулёз клиникаси юзага чиқади. Диагностика ёки даволашдаги хатолар жараённинг сурункали шаклига ўтишига сабаб бўлади. Касаллик авжланиши ва сўниш даврлари алмашилиб турувчи тўлқинсимон кечувчи шаклига ўтади. Авжланиш даврида иситма, тез чарчаш, холсизлик, вегетатив реакциялар кузатилади. Интоксикация даври нисбатан қисқа бўлади, яъни 2-3 хафта ва хатто камроқ. Шу сабабли биров йўтал ва кураклар аро сохада оз миқдорда хириллашларнинг аниқланиши кўпинча шифакорлар томонидан ўпканинг носпецифик касаллиги деб қабул қилинади, хақиқий касаллик эса ривожланиши давом этади. Ўпка

патологияси клиникасига секин-аста экстраторакол туберкулёз симптомлари кўшилади, кўпинча хикилдоқнинг специфик шикастланиши кузатилади. Ютунганда оғриқ овоз хириллаши пайдо бўлади, йўтал кучаяди ва доимий бўлади. Айрим холларда экстраторакол туберкулёз клиникаси касаллик манзарасида устунлик қилади. Бўғимларда оғриқ пайдо бўлади, бу иш бажарганда ва тез ҳаракатланганда сезилади, гематурия кузатилади.

Объектив текширишда акроцианоз ёки цианоз озғинлик, тери куриқлиги, кўкрак қафасининг юқори қисми нисбатан тор, пастки қисми кенг бўлиши, кўкрак қафасининг нафас актида суст иштирок этиши, юқори қисмларида перкутор товушнинг калталаниши тарқоқ силга шубҳа туғдириши мумкин. Аускультацияда эмфезема сабабли суст нафас товуши ва специфик ўзгаришлар туфайли турли нам ва қуруқ хириллашлар аниқланади. Ташхис асосан рентгенологик ва балғамда СМБ топилиши асосида топилади.

Рентгенологик текширувда кўкрак қафаси деформацияси, қовурғалар аро ораликнинг юқори қисмини торайиши ва пастки қисмини кенгайиши, плевра қалинлашиши иккала ўпкада турли характерда носметрик ўчоқлар, парчаланиш туфайли вужудга келган ёриғланиш сохалари аниқланади. Каверналарнинг аниқлашга эмфизема туфайли вужудга келган ёриғланиш, пневмосклероз, перибронхиал ва периваскуляр склероз ҳалақит беради. Уларнинг мавжудлигини тасдиқлаш учун томогарфия текширувини ўтказиш керак. Ўпкада склеротик ўзгаришлар вужудга келиши бронхиал дренажнинг бузулиши, ўпка хажмининг камайиши ўпка илизлари соясининг деформацияланишига, юқорига тортилишига ва интенсивлиги ошишига сабаб бўлади. Ташхис бактериологик тасдиқланганда ва склериотик ўзгаришларнинг ўчоқли ўзгаришлардан устунлиги аниқланадиган рентгенологик манзара кузатилганда ташхисни тасдиқлаш учун бронхоскопияга мурожаат қилишга тўғри келади. Текшириш имкони бўлган бронхларда деформация, бронхлар фаол сили белгилари, чандиқли ўзгаришлар аниқланади. Силнинг бу шаклида туберкулин синамасининг ахамияти кам.

Тарқоқ туберкулёз асоратлари тез-тез учраб туради ва жараёнинг кечиш хусусиятлари билан боғлиқ. Милиар туберкулёз учун жараёнга плевранинг қўшилиши, интоксикация ва микроциркуляцияси бузилиши сабабли бўладиган нафас етишмовчилиги хос. Плевра остида жойлашган ўчоқнинг парчаланиши туфайли содир бўладиган спонтан пневмоторакс тез-тез учравчи милиар туберкулёз асоратидан хисобланади. Милиар туберкулёз асоратларида нафас етишмовчилиги симптомларини кучайиб бориши бемор ҳаёти учун хавфли. Ўткирости тарқоқ туберкулёз казеоз ўчоқлар парчаланиши оқибатида қон туфлаш ёки ўпкadan қон кетиш ва плеврит билан асоратланиши мумкин. Асоратлар бемор ахволини ёмонлаштиради.

Сурункали силнинг табиий ва энг кўп учрайдиган асорати кейинчалик ўпка юрак етишмовчилигига айланиб ўлимга олиб келувчи нафас етишмовчилигидир. Такрорланувчи анемияга сабаб бўлувчи қон тупириш, ўпкadan қон кетиши ҳам тез-тез учраб туради. Ички аъзолар амилоидози ҳам кўп учрайди. Камроқ учрайдиган сурункали тарқоқ туберкулёз асоратларига плевра эмпиемасига сабаб бўлувчи спонтан пневмоторакс ва плеврит кради. Тарқоқ туберкулёз оқибатлари бир неча омилларга боғлиқ. Ўз вақтида аниқланган ва даволанган милиар туберкулёз одатда соғайиш билан тугайди. Милиар ўчоқларнинг сўрилишига 2-3 ойда эришиш мумкин, бироқ бу ҳали соғайиш дегани эмас, чунки бу даврда СМБ мавжуддир, организмда фаол экстраторакол туберкулёз ўчоқлари қолган бўлиши мумкин ва нафас олиш функцияси тўлиқ тикланмаган бўлади. Ўчоқлар ҳар доим ҳам тўлиқ сўрилавермайди ва милиар силни салбий оқибати сифатида инкапсуляцияланган ўчоқлар қолади. Диагноз кеч қўйилганда, даволаш ноадекват бўлганда ва милиар туберкулёз асоратлари билан кечса бемор ўлиши мумкин. Ўткир ости туберкулёз оқибати одатда ижобий бўлади, бу шаклда ўчоқлар тўлиқ сўрилиб, фақат оралик тўқиманинг чегараланган склерози қолиши мумкин. УАШ диссеминациялашган ўпка касаллигига диагноз қўяолмаса тўғри йуналтирилган стационар теширув лозим: СҚД да, онкодиспансерда ва пульмонология бўлимида.

**Хулоса:** Диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези унинг турлари. Диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези унинг турлари, аниқ ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда



текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Чунки рентгенологик текшириш усуллари ташхислашда якуний қулай усуллар ҳисобланади. Шунинг учун барча туберкулёз беморларини рентген текширувлардан ўтказиш шарт ҳисобланади.

**Маъруза № 6 Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, туберкулёмалар. Ўпкадаги ўчоқ ва яллиғланиш, туберкулёманинг морфологияси. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.**

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси этиопетогенези
	2. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, унинг клиник турлари
	3. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили клиник кечиши.
	4. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, ташхис, текшириш усуллари
	5. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулоти мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси ўпка силитекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <b>Тарбиявий:</b> Талабаларга . Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, даволаш тамойиллари, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуги	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонанинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Туберкулёз кўзгатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич:	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб	Кўриш, эшитиш, ослаб

а) 5дақиқа б) 5дақиқа	бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	колиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### **Ўчоқли туберкулез**

Ўчоқли ва яллиғланган туберкулез иккиламчи силнинг эрта шакли ҳисобланади. Улар УАШ учун катта аҳамиятга эга, чунки УАШ амалиётида кўп учровчи ўпка, нафас йўллари ва бошқа касалликлар нифоби остида кечади. УАШ га силнинг бу шакли диагностикаси ва дифференциал диагностикаси маслаларини хал қилишга тўғри келади. Ўз вақтида аниқланмаганда силнинг бу шакллари эпидемиологик хавфли бўлган сурункали деструктив шаклларига ўтиб кетади.

Бинобарин, УАШ нинг етарсиз фтизиатрик оғоҳлиги, силнинг диагностикаси ва дифференциал диагностикасини билмаслиги маълум даражада Ўзбекистонда эпидемиологик вазиятни белгилайди.

Ўчоқли туберкулез - иккиламчи силнинг кичик шакли бўлиб, ўпкада чегараланган, аксарият продуктив ўчоқлар ҳосил бўлиши, клиникасини суст кечиши билан характерланади.

Туберкулез инфекцияси стабиллашган ва флюорографик оммавий қўлланилган даврида ўчоғли туберкулез биринчи марта аниқланган силнинг 50-60 %, баъзи жойларда 70%, туберкулез билан касаллар контингентининг 60-70%ини ташкил қилар эди. Туберкулез бўйича эпидемиологик аҳволнинг ёмонлашуви биринчи бор аниқланган беморлар орасида ўчоғли туберкулез улушининг инфилтратив ва деструктив туберкулез улуши шакллари кучайиши ҳисобига камайишига сабаб бўлди (18% 1998й.).

#### **Ўчоғли туберкулез патогенези ва патологик анатомияси.**

Туберкулез патогенези ва морфологияси ҳақидаги тушунчалар ривожланишида В.И.Абрикосов, А.Н.Пубель, Б.И.Хмельницкий, М.Т.Иванова ларнинг ишлари аҳамият касб этди. Ўчоғли туберкулез ривожланишида эндоген реинфекция ва экзоген суперинфекция аҳамиятга эга, эпидемиологик вазият ёмонлашуви даврида охиргисининг аҳамияти ошади.

Нисбатан организм иммунобиологик қаршилиги сақланган ҳолда вирулент, бироқ кам миқдордаги туберкулез инфекцияси билан зарарланиш ўчоғли туберкулез билан касаланишнинг асосий шартидир.

Ўчоғли туберкулез ривожланиш механизми турличадир:

1.Экзоген суперинфекцияда СМБ бронхларнинг охирги тармоқларида ўтириб қолади ва у ерда казеоз ўзгаришли эндо- ва панбронхитга сабаб бўлади, казеоз массалар алвеола тўқимасига ёриб чиқади ва майда бронхлар атрофида перифокал яллиғланишли казеоз пневмония ўчоғлари пайдо бўлади. Бу усулда пайдо бўлган ўчоғлар одатда ўпкачўққиларида ва сал пастроқда жойлашади ва Абрикосов ўчоғлари деб аталади, чунки биринчи марта Абрикосов томонидан тасвирланган, у бу билан иккиламчи силнинг экзоген назариясини асослаб берган.

2.Бирламчи туберкулез инфекцияси даврида ўпка чўққиларида тарқалиш ўчоғлари пайдо бўлади, улар аста-секин фиброз қобикқа ўралади, тўлиқ петрификацияланади, бу Симон ўчоғлари дейилади. Юқоридаги ўчоғларда СМБ сақланиб туради. Маълум шароит туғилганда бу шакллар СМБнинг бактериал шаклига қайта айланади ҳамда эски ўчоғларнинг авжланишига ва ўчоғли туберкулез ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

3.Аниқланмаган ёки нотўлиқ даволанган кўкрак ичи лимфа тугунлари силида лимфа тугунларда фаол туберкулез жараёни сақланиб турган бўлса, СМБ гемотоген ёки лимфоген йўл билан ўпкага тушади. Бунда гемотоген тарқалиш ўпка чўққиларида, лимфобронхоген тарқалиш асосан ўрта ва пастки бўлақларда ўчоғлар пайдо бўлишига олиб келади. Кўкрак

ичи лимфа тугунлари йирик бронхлар сили билан асоратланган бўлса бундай ўчоғлар кўп вужудга келади.

4.Ўз вақтида аниқланмаган, яширин кечувчи, прогрессив ўпкадан ташқари туберкулёз ўчоғларидан СМБнинг гемотоген ўпкага келиши ҳам учрайди.

Кўрсатиб ўтилган механизмлар ўчоғли силнинг эволютив шакллари пайдо бўлишига сабаб бўлади.

5.Ўчоғли туберкулёз бошқа ўпка сили шакллари оқибати бўлиши мумкин. Инфилтратив, кавернали, тарқоқ ўпка сили шакллари оқибати қайтишидан капсулага уралган, нотўлиқ ёки тўлиқ зичлашган ёки охакланган ўчоғлар пайдо бўлади.

Ўчоғли туберкулёз морфологик жихатдан ўлчами 1см бўлган, 1-2 сегментларда, баъзан 4 сегментда жойлашган майда ўчоғли ва фиброз ўчоғли хосилалар билан характерланади. Юмшоқ ўчоғли жараёнлар бир, баъзан 2 сегмент соҳасида жойлашган перифокал яллиғланиш унчалик ифодаланмаган казеоз марказлар кўринишида намоён бўлади.

Эски ўчоғлар фаолланганда бириктирувчи тўқима капсуласида фиброид ёки мукоид бўкиш, плазморрагия ва экссудация, экссудатив-инфилтратив ёки пролифератив тўқима реакцияси; казеознинг эришива ўчоғдаги охакнинг сўрила бошлаши; ўчоқ ташқарисидаги специфик ва носпецифик лимфангитлар; специфик яллиғланишнинг томирларга, бронхларга ва ўпка паренхимасига ўтиши содир бўлади.

Ўчоғли туберкулёз клиник манзарасини жараёнинг тарқалганлиги, ўчоғлардаги яллиғланиш фазаси ва характери белгилайди. Ўчоғли туберкулёз симптомсиз, аста-секин ривожланиб борадиган кам симптомли, баъзи шароитларда ўткир кечиши мумкин.

Продуктив характердаги парчаланишсиз чегараланган ўчоғли ўзгаришлар узок вақт бемор учун сезиларсиз кечиши мумкин ва флюорографик ёки рентгенологик текширувда тасодифан аниқланади, баъзан касаллик бошлангандан сўнг бир неча йиллар ўтиб кетгач аниқланади.

Бу беморларда бронх-ўпка касалликлари белгилари мавжуд эмас ёки кучсиз ифодаланган: йўтал, бир оз куруқ йўтал. Айрим холларда кам миқдорда балғам ажралиши, онда-сонда ўчоғлар парчаланиши сабали қон туфлаш содир бўлади.

Аста-секин келаётган тпшқи омиллар (совуқ қотиш, гиперинсоляция, жарохатланиш ва б.) сабабли ўчоғли туберкулёз жадал тус олади ва интоксикация белгилари кучаяди, харорат фебрил даражада анча муқим бўлади. Жараён ўткир кечаётганлиги хақида таасурот туғилади. Бундай холат учун одатий бўлган парчаланиш кам балғамли йўталга, қон туфлашга сабаб бўлади, айрим холларда жараёнга плевранинг тортилиши сабабли доимий бўлмаган оғриқларни келтириб чиқаради.

Ўчоғли туберкулёз учун авжланиш ва сўниш фазалари алмашилиб турувчи тўлқинсимон кечиш хос, шунинг учун жараён қайталанувчи респиратор касаллик - бронхитни эслатади.

Объектив текширишда беморнинг ташқи кўриниши ўзгармаган, кўкрак қафаси одатий шаклда, нафас актида фаол қатнашади. Перкуссияда ўпка товуши аниқланади, аускультацияда везикуляр нафас, фақат парчаланиш ўчоғлар проекциясида нафас олиш чўққисида бир неча кун сақланиб турувчи майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилиши мумкин.

Ўчоғли силни аниқлашнинг асосий усули рентген текширувидир. Юмшоқ ўчоғли туберкулёз кам интенсив, полиморф, чегаралари ноаниқ ўчоғли соялар шаклида кўринади. Айрим холларда атрофдаги тўқима шаффофлиги яллиғланиш хисобига камайган, жараённинг ўпка илдизи билан боғлиқлиги ҳам аниқланади. Ўчоғда парчаланиш бўлганда ёруғланиш аниқланади. Бу холда ўчоғли силни рентгенологик жихатдан ўчоғли пневмониядан фарқлаш лозим. Балғамни СМБга камида 3 марта текшириш, бронхлар ювиндиси ва суртмасини текширишда бактерия ажралишини кам тасдиқлайди(3%). Ўчоғли туберкулёз диагностикасида туберкулинга сезгирликни аниқлаш катта аҳамиятга эга. Манту синамасига жавоб асосан нормергик, гиперергик жавоб камдан кам холларда аниқланади. Туберкулинга сезгирлик кучсиз бўлганда агар фаол силнинг бошқа белгилари бўлмаса, Кох

синамаси қўйилади. Периферик қон тахлилининг ахамияти кам, одатда ЭЧТ бир оз кўтарилган ёки кам холларда лейкоцитар формуланинг бир оз чапга силжигани аниқланади.

Фиброз ўчоғли силда захарланиш, бронхологик ва бошқа фаол туберкулёз белгилари аниқланмайди. Ташхис рентген аниқланадиган ўпканинг юқори бўлакларида майда интенсив, контурлари аниқ, нотўғри шаклдаги ўчоғли соялар ва Кох синамаси асосида қўйилади. Буни ўчоғли пневмосклероз ва ўпка марказий рақининг дастлабки давридаги ўчоғли ателектазлардан фарқлаш керак.

Мураккаб диагностик холатларда ва марказий рақдан фарқлашда бронхоскопиянинг ахамияти катта. Силда бронхоскопияда туберкулёз эндобронхити манзараси аниқланади.

Ўчоғли туберкулёз асоратлари кам учрайди. Асосан қон туфлаш ва плеврит учрайди. Ўчоғли туберкулёз оқибатлари одатда ижобий: чегараланган фиброз хосил қилиб сўрилиб кетиш, ўчоғлар зичлашиши ва охакланиши кузатилиши мумкин. Бироқ вақтида аниқланмаганда ва нотўғри даволанганда жараённинг оқибати инфильтратив туберкулёз, кавернали туберкулёз, туберкуломага айланиши мумкин. Баъзан узоқ вақт жадаллашиб борган ўчоғли туберкулёз фиброз-кавернали туберкулёз билан яқунланиши мумкин.

### **Инфильтратив туберкулёз**

Инфильтратив туберкулёз - ўпкада атрофида яққол ифодаланган перифокал яллиғланиш бўлган казеоз фокуслар бўлиши ва ўткир динамик кечиши билан характерланади.

Инфильтратлар ҳақидаги таълимотнинг ривожланиши клиник амалиётга рентгенология кириб келиши билан боғлиқ.

Бу таълимот асосчиларидан бири Ассмандр (1924). Биринчилар қаторида юмалок инфильтратни тасвирлаб берган, бу инфильтрат унинг фикрича экзоген суперинфекция натижасидир. Кейинроқ шу каби инфильтратларни Rede Ker ҳам тасвирлаб, уларни эндоген инфекция билан боғлиқ деб айтди, бунга инфильтратлар соҳасида эски туберкулёз ўчоғлари аниқланиши бўлган.

Инфильтратив туберкулёз ривожланишининг бир неча механизмлари ажратилади:

-ўз вақтида аниқланмаган ўчоғли силнинг жадаллашуви, ўчоғлар жадаллашуви ва қўшилиб кетиши билан;

-эски туберкулёз ўчоғларидаги СМБ шакллари фаоллашуви, экзербацияси ва атрофида кенг инфильтратив соҳанинг пайдо бўлиши;

-СМБнинг кўкрак ичи лимфа тугунлари ва экстраторакал ўчоғлардан лимфо-, гематоген тарқалиши, уларнинг интакт ўпкада жойлашиб олиши ва гиперергик яллиғланиш ривожланиши. Инфильтратив туберкулёз морфологик жихатдан казеоз фокус ва унинг атрофидаги кенг перифокал яллиғланишдан иборат. Инфильтрат ривожланган сари казеоз фокус ҳам кенгайиб боради. Жараён чуқурлашиб борса, казеоз суюлади, эрийди ва бронхларга ёриб чиқади, бу ўткир каверна хосил бўлишига сабаб бўлади. Казеоз фокуслар жадал катталашиб бутун бўлакни эгаллаши мумкин. Специфик яллиғланиш билан бирга носпецифик яллиғланиш соҳалари ҳам бўлади.

Жараён тўхтовсиз ривожланиб борса ациноз, лобуляр ўчоғлар бирлашиб лобар ёки тотал казеоз пневмония хосил қилиши мумкин. Казеоз пневмония жараёни жуда катта бўлиб, тезда ўпка тўқимасининг .....бутунлай сузмасимон кўринишда ириб кетади.

Ўпкадаги казеоз-некротик ўчоғлар тарқалганлиги ва характериға боғлиқ холда инфильтратив силнинг қуйидаги клиник-рентгенологик турлари фарқланади:

-лобуляр (бронхолобуляр) инфильтрат;

-Ассман юмалок инфильтрати;

-булутсимон инфильтрат;

-перициссурит;

-лобит;

-казеоз пневмония.

Бронхолобуляр кўринишдаги инфильтратив силда диаметри 1,5\2 см бир хил кўринишдаги соя ёки бир қанча туберкулёз ўчоғларининг бир\бириға қўшилиб кетиши натижасида пайдо бўлган .....шаклдаги соя кўринади.

Диаметри 2 см, интенсивлиги кам ёки ўртача, аммо аниқ кўришиб турадиган фокус пайдо бўладиган яллиғланишга Ассман яллиғланиши дейилади. Фокуснинг четлари ноаниқ бўлиб, унинг пастки қисмидан ўпка илдизи томон чизиқсимон йўл сояси аниқланади.

Яллиғланиш ўпка бўлаклари оралиғига яқин бўғинларда жойлашса, бундай яллиғланиш перицисурит дейилади. Рентгенологик соя учбурчак шаклида бўлиб, унинг асоси ўпка илдизи томонида бўлади.

Клиник кечиши характери ва хусусиятлари ҳамда жараён хажмига кўра барча турдаги инфилтратларни гурухлаш мумкин:

-чегараланган инфилтратлар: юмалоқ, лобуляр, булутсимон;

-кенг тарқалган инфилтратлар: лобит, перицисурит, казеоз пневмония;

Чегараланган инфилтратлар асосан кам симптомли ёки симптомсиз кечади, баъзан ўткир кечиши ҳам мумкин. Чегараланган инфилтратларнинг асосий симптомокомплекси кам ёки ўртача ифодаланган интоксикация бўлиб, унинг аста-секин ёки шу ривожланувчи фонида кўпинча тонгги кучсиз йўтал паёдо бўлади. Кейинчалик шиллиқ ёки шиллиқ-йирингли болғам ажралади. Қон туфлаш ва жараён плеврага тарқалганда оғриқлар (кам холларда) кузатилиши мумкин. Объектив текширувда беморнинг умумий ахволи қониқарли. Захарланиш билан боғлиқ умумий холсизлик, меҳнат қобилятини пасайиши, рангпарлик, бир оз вазн етишмовчилиги, гиподинамия, кечаси доимий бўлмаган иситма билан кузатилиши мумкин.

Ўпканинг шикастланган сохалари устида перкутор товуш қисқа (инфилтрат 4 см дан ортиқ бўлса), аускультацияда нафас сустиги аниқланади, парчаланиш содир бўлаётганда кўпинча нафас олиш чўққисида майда пуфакчали жарангсиз нам хириллашлар эшитилади.

Бу холатларда касаллик клиникаси нафас йўллари ўткир вирусли инфекцияларини, ўчоғли пневмония, ноаниқ сабабли захарланиш, вегетоневроз, кардиотонзиляр синдромларни эслатади.

Чегараланган инфилтратлар юқори ёки нормергик туберкулинга сезгирлик реакциясини беради, периферик қондаги кучли ифодаланмаган ўзгаришлар билан характерланади.

Балғамда СМБ асосан экиш усули билан аниқланади, бу инфилтратдаги парчаланиш билан боғлиқ.

Рентгенологик ўмров ости сохасида гомоген ёки марказий ёруғланишли, ноаниқ контурли, интенсивлиги паст юмалоқ инфилтрат аниқланади. Ўпка илдизи билан боғланган ногомоген, марказида ёруғланиш мавжуд соялар бронхолобуляр инфилтратга хос, улар аниқ контурга эга эмас. Булутсимон инфилтратлар учун анчагина катта хажмли, нотўғри шаклдаги, интенсивлиги кам, ноаниқ контурли соя хос, унда тезда кўплаб ёруғланишлар пайдо бўлади. Булутсимон ва бронхолобуляр инфилтратларнинг рентгенологик манзараси пневмонияга ўхшаш. Юмалоқ инфилтратлар ўпкада юмалоқ соя хосил қилувчи бошқа касалликлардан фарқланади: эхинококк, периферик рак, аспергилома, хавфсиз ўсмалар, кисталар ва бошқалар.

Беморлар объектив текширилганда яхшигина ифодаланган интоксикация белгилари, ориклик, рангпарлик аниқланади. Шикасланган томонда кўкрак қафаси нафас олиш актида орқада қолади. Перкуссияда шикастланган соха проекциясида катталашган перкутор товуш, аускультацияда кучсиз везикуляр, бронхиал ёки каттиқ нафас эшитилади. Хириллашлар чегараланган инфилтратларга қараганда кўпроқ эшитилади, улар одатда майда пуфакчали, жарангсиз бўлади.

Туберкулинга сезгирлик кўпинча норма- ёки гиперергик, балғамда СМБни оддий усул билан ҳам аниқлаш мумкин. Периферик қонда туберкулёз яллиғланишига хос белгилар: бироз лейкоцитоз, ЭЧТ нисбатан анча юқори, лейкоформула чапга силжиши, яхши ифодалаган лимфопения. Рентгенологик кенг, ўрта интенсивликдаги, ногомоген бутун бўлакни эгалловчи ёруғланиш сохалари ёки шаклланган каверна, пастки чегарасида аниқ соя аниқланиши лобит учун хос. Ёруғланиш сохаларига эга, бир томонлама аниқ контурли чегарага эга кенг, учбурчаксимон соя перицисурит учун хос.

Силнинг бу шаклларининг чўзилиб кетган пневмониядан фарқлаш лозим. Жуда ўткир кечувчи, кучли интоксикация ва хароратнинг 39-40 °С гача бўлиши билан борувчи казеоз

пневмониянинг клиник манзараси ўзига хос. Беморларнинг эрталабки ва кечки ахволининг кескин фарқ қилиши характерли, эрталаб харорат 35 °С гача пасайиши мумкин. Кўп йўталиш, баъзан хуружлар билан, 100мл ва ундан ортиқ сариқ рангли балғам ажратилиши кузатилади. Аускультацияда турли калибрдаги кўпинча жарангдор нам хириллашлар эшитилади. Бемор тезда озиб кетади, хансираш пайдо бўлади, периферик қонда ўткир яллиғланиш белгилари пайдо бўлади.

Манту синамасига манфий аллергия, бактериоскопияда СМБ аниқланиши хос. Жараён тез ривожланади, бу рентгенологик тасвир ўпкани шикастланиш соҳасининг кенгайиши, кўплаб юмалоқ деструкциялар, иккинчи ўпкада ҳам деструкциялар пайдо бўлиши билан характерланади. Казеоз пневмонияли беморлар профуз қон кетишидан ёки жараённинг тўхтовсиз ривожланиши сабабли ўпка-юрак етишмовчилигидан халок бўладилар.

Инфильтратив туберкулёз қон туфлаш, қон кетиши, плеврит, спонтан пневмоторакс билан асоратланади. Жараённинг прогрессив кечиши ва асоратлар нафас етишмовчилигига олиб келади.

Инфильтратив туберкулёз кеч аниқланганда ва нотўғри даволанганда, айниқса жараён катта бўлса ва каверналар шаклланган бўлса каверноз, фиброз-каверноз, цирротик силга айланиши мумкин. Казеома типидagi туберкуломалар ҳам қисман зичлашган казеознинг кобикланиши сифатида салбий оқибат хисобланади. Хозирги замонда дастлаб аниқланган силнинг 42% ни инфильтратив туберкулёз хосил қилади ва турли хил касалликлар ниқоби остида кечади, бу УАШ кўпинча силнинг шу шакли билан тўқнашади деганидир. Афсуски, баъзида яққол ифодаланган инфильтратив силга дуч келганда ҳам УАШ нотўғри диагностика қилади ва даволайди. Бу эса ёмон оқибатларга олиб келади. Диагностика хатолари кўпинча нотўғри талқин қилиш, нотўлиқ анамнез йиғиш, балғамни СМБга синчковсиз текшириш, рентгенологик текширишларни кеч қўллаш билан боғлиқ.

Терапия амалиётида кенг спектрли рифампицин, стрептомицин ва канамицинни кенг қўлланиши касаллик манзарисини хиралаштириб юборади, бу кеч ташхис қўйишга ва даво нафининг камайишига сабаб бўлади.

### **Ўпка туберкулёмаси**

Узоқ муддат ичида, сурункали холда кечувчи диаметри 1 см дан катта бўлган шарсимон ёки овал шаклидаги атрофи қўшувчи тўқимали қобиқ билан ўралган казеозли некротик масса ўпка туберкуломаси деб аталади. Ўпка туберкуломаси кўпинча 20-40 ёшдаги шахсларда учрайди. Ўпка сили биринчи марта аниқланган беморлар орасида 6-10% ни туберкулёз касаллиги бўйича диспансер хисобида турувчи беморларнинг эса 10-12%ни ўпка туберкуломаси ташкил этади. Сўнг йилларда силнинг бу кўринишига дучор бўлган беморларнинг сони ошиб бормоқда.

Туберкулома термини 1921 йилда Якабеус ва Кей томонидан таклиф этилган. Улар ўпка ўсмаси тахмин қилинган беморни жаррохлик усули билан даволаганларида ўпкада пайдо бўлган қаттиқроқ эластик шарсимон патологик жараённи кесиб олганлар. Уни ёриб ва бошқа усуллар билан текшириб, ичида казеозли ўзгариш мавжудлигини аниқлашган ва буни силнинг бир кўриниши деган хулосага келиб бунга туберкулома деб ном берганлар.

Кўпинча туберкулома ўпканинг яллиғланган силидан пайдо бўлади. Бунда яллиғланиш жараёни секин-аста сўрилиб, ўпканинг яллиғланган қисми кичирайиб чегараланиб қолади ва интенсивлиги ошиб боради. Туберкулома ўчоғли ва тарқалган ўпка силидан ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунда туберкулёз ўчоқлари кўзгалгандан сўнг чегараланиб қолади. Туберкулома камдан-кам холда кавакли силдан пайдо бўлади.

Бунда кавакка очилган бронхлар йўли яллиғланиши натижасида бекилиб қолади ва кавак ичига казеозли некротик масса тўпланиб кавак тўлиб қолади.

Туберкулома силнинг қайси кўринишидан келиб чиқамасин, бунда организмнинг силга қарши табиий курашиш қобилияти ва иммунитетни кучли бўлиши ва туберкулёз яллиғланиши эпителиясимон хужайралар ҳамда қўшимча тўқималар пайдо бўлиши натижасида чекланиши керак. Туберкуломанинг ташкил топиши ўпка силининг бошқа хилларини даволаш жараёнида ёки даволанмаганида ҳам мумкин. Г.Б.Мириновнинг

таъкидлашича 53,8% беморларда туберкулома силнинг бошқа хилларини даволаш жараёнида ташкил топади, шундан 51,1% яллиғланган ўпка силидан, 31.1% ўчоғли, 11% тарқалган ва 3% кавакли ўпка силидан пайдо бўлган. Туберкулома силнинг бошланғич даври эмаслигини унинг клиник, рентгенологик ва паталогоанатомик куринишларидаги ўзгаришлар тасдиқлайди. У анча узоқ вақт ичида секин-аста ташкил топади.

Волфнинг кўп йиллик кузатишлари шуни тасдиқладики туберкулома озгин, нимжон шахсларда камдан-кам учрайди, аксинча бақват, тўла кишиларда кўпроқ учрайди. Проф. Авербах туберкуломани келиб чиқишига қараб 3 турга бўлган.

1. туберкуломанинг яллиғланган-пневмотик тури – бу фокус кўринишидаги қаватма-қават жараён бўлиб атрофи юпка қобик билан ўралган, қобик ташқарисидаги ўпка тўқимасида яллиғланиш жараёни бўлмайди.
2. казеома типидagi туберкуломалар ўз навбатида уч хил бўлади: а) бир хил кўринишдаги солитар туберкулома йирик фокус бўлиб казеоз қисми атрофи икки қаватли ўралган бўлади. б) қаватма-қаватли солитар туберкулома казеоз қисми қаватма-қават жойлашган бўлиб коллоген тўқималари ёрдамида ажралиб туради энг устки қисми гиалиноз тўқимали қобик билан ўралган бўлади. в) конгломератли туберкулома жуда кўп майда кўшимча тўқималардан ташкил топган қобик билан ўралган казеоз ўчоқлар йиғиндисидан иборат бўлиб, атрофи умумий қобик билан ўралган бўлади.
3. псевдотуберкулома казеоз-некротик масса ва лейкоцитлар билан тўлиб қолган кавак. Бунда туберкуломанинг қобиғи анча қалин бу асосан фиброз қаватдан ташкил топган. Умуман туберкуломанинг казеоз қисмида қон ва лимфа томирлари бўлмайди. Қобик қисмида эса қон ва лимфа томирлари кам ривожланган шунинг учун туберкуломанинг казеоз қисмига дорилар етиб бормайди. Туберкулома авжланиб бораётганда казеоз қисми ирийди, одатта ириш туберкуломанинг бронх билан бирлашган жойида яъни пастки ва ички қисмида рўй беради ва ёруғланиш пайдо бўлади. фаоллиги сўнаётган туберкуломада туберкулёз таёқчаларининг L шакли аниқланади. Туберкуломанинг таркибий қисмида туберкулёз таёқчаларининг доимий мавжудлиги унинг вақти-вақти билан кўзиб туришига сабаб бўлади. Шунинг учун баъзи олимлар туберкуломани “порох тўлдирилган бочка” билан таққослайдилар, чунки организмда ноқулай вазият юз берса туберкулома кўзиб кетиши мумкин. Бунда туберкуломанинг қобиғи протеолитик ферментлар таъсирида бузилади ва инфекциянинг лимфа йўллари орқали тарқалишига шароит яратилади.

Клиник кечишига қараб туберкулома уч турга бўлинади; белгиларсиз ёки жуда кам белгилар билан кечувчи – стационар хили; авжланиб борувчи – силдан захарланиш белгилари аниқ атрофидаги ўпка тўқималарида яллиғланиш ва ўчоқлар пайдо бўлаётгани аниқ кўриниб турувчи хили; белгилари сўниб борувчи хили.

К.В.Помельцовнинг таъкидлашича туберкулома 24% касалларда белгиларсиз кечади, Г.Б.Миринов эса бундай ҳолни 50% касалларда тасдиқлаган. Шунинг учун туберкулома билан оғриган беморларнинг деярли ярми шахсан флюорографик текширувдан ўтказилаётганда аниқланади.

Касаллик авжланиб бораётган беморларни кўкракда оғриқ билан, қуруқ ёки бир оз балғам ажратиш билан йўталиш, холсизланиш, иштахани йўқолиши, тана хароратининг 37,5 – 37,8 °С гача кўтарилиши безовта қилиши мумкин. Тахминан 8-10% беморларда қон ташлашни ҳам кузатиш мумкин. Агар туберкулома даволаш даврида пайдо бўлса касаллик белгиларсиз кечади.

Туберкулома билан касалланган беморларнинг қони текширилиб кўрилганда кўпчилик касаллар қонида ўзгариш кузатилмайди.

Биринчи марта аниқланган, туберкуломанинг фаол кўриниши мавжуд беморлар қонида ЭЧТ 20-25 мм/с, таёқча ядроли нейтрофилларнинг 8-10%га кўпайиши, лимфоцитларнинг бир оз камайишини аниқлаш мумкин. Қондаги глюкокортикоидларнинг кўпайиши ҳам туберкуломанинг фаол кўринишига хос бўлиб туберкуломада продуктив яллиғланишнинг патогенитик механизми мавжудлигини тасдиқлайди.

Бемор балғамини текширилганда туберкулёз таёқчалари беморнинг 1/3 қисмида аниқланади. Туберкулёз таёқчалари асосан туберкуломаси ириш даврида бўлган касалларда аниқланади. Бемор балғамини қайта-қайта текшириш бемор балғам ажратмаган тақдирда

кўзгатувчи ингалаяция усулини қўллаш мақсадга муофиқ. Туберкулома билан оғриган касалларда аниқланган туберкулёз таёкчалари хатто узоқ вақт ичида даволанаётган бзсаларда одатда ўз вирулентлигини, дориларга сезгирлигини сақлаган холда бўлади.

Туберкуломани аниқлаш асаосан рентген ёрдамида текшириш орқали бажарилади. Туберкуломанинг рентгенологик кўриниши хилма-хил бўлиб унинг морфогенизига (келиб чиқишига) боғлиқ. Кўпинча думалоқ, атроф чегаралари аниқ, бироз ғадур-будур фокус ёки фокуслар кўринишида бўлади. кўпчилик беморларда туберкулома плевра остида қаттиқ кальцинатлар ва ёриқлашган қисми бўлади. ёриқлашган қисми кўпинча ички ва пастки қисмда кўринади, бундай холда ўпканинг илдизи томон “йўлакча” пайдо бўлади. туберкулома атрофидаги ўпка тўқимасида янги туберкулёз ўчоқлари ва ўпка тўқимасида фиброзли ўзгаришлар ҳам бўлиши мумкин.

Туберкуломаси фаол бўлмаган ёки силнинг бошқа хилларини даволаш даврида пайдо бўлган туберкуломали беморларда туберкулинга сезгирлик ўртача бўлади. баъзан туберкуломанинг фаоллигини аниқлашда Кох синамасидан ҳам фойдаланишга тўғри келади.

Туберкулома диагнозини ойдинлаштириш учун жаррохлик усули билан даволашдан илгари ва туберкулома ичида узоқ вақтгача кавак сақланиб қолаверса бронхоскопия усули қўлланилади. Бунда йирик бронхлар шиллиқ қаватида силга хос ўзгаришлар 3-4% беморларда аниқланади. Шунинг билан бирга туберкуломага яқин майда бронхларда деярли майда бронхларда деярли доимий равишда силга хос яллиғланиш бўлади, аммо бунда патоморфологик текшириш ўтказиб аниқлаш мумкин. Вақтнинг ўтиши билан бронхларда продуктив ёки атрофик бронхит кўринишидаги носпецифик яллиғланиш белгилари устунлик қила бошлайди.

Ўпканинг ўсма каслиги, ўпка бўлақлари ва бўғинлари бронхида ривожланиши мумкин – марказий ўсма шунингдек майда бронхиолаларда ҳам ривожланади – периферик ўсма.

**Хулоса:** Ўчоқли ва инфильтратив ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, этиопетогенези унинг турлари. Ўчоқли ва инфильтратив ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, этиопетогенези унинг турлари, аниқ ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологик текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Чунки рентгенологик текшириш усуллари ташхислашда якуний қулай усуллар ҳисобланади. Шунинг учун барча туберкулёз беморларини рентген текширувлардан ўтказиш шарт ҳисобланади.

## Маъруза № 7 Туберкулёзнинг деструктив шакллари.Ўпканинг кавакли, фиброз-кавакли ва цирротик туберкулези.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези
	2. Деструктив туберкулёз турлари, унинг клиник турлари
	3. Деструктив туберкулёз турлари клиник кечиши.
	4. Деструктив туберкулёз турлари, ташхис, тек шириш усуллари
	5. Деструктив туберкулёз турлари, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш.



	Деструктив туберкулёз турларитекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <i>Тарбиявий:</i> Талабаларга деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <i>Ривожлантирувчи:</i> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<b>Маъруза машғулотининг технологи картаси</b>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим оловчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос текшириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### Кавернали туберкулез

Кавернали ўпка сили атрофида жуда кам яллиғланиш бўлган ёки яллиғланишсиз ва кам миқдорда фиброзли ўзгариши бўлган атрофидаги ўпка тўқимасида жуда кам миқдорда туберкулёз ўчоқлари бўлган, кам клиник белгилар билан кечувчи юпқа деворли кавернанинг мавжудлиги билан тавсифланади.

Кавернали ўпка сили асосан катта ёшдаги кишилар орасида учрайди. Биринчи марта аниқланган беморлар орасида кавернали туберкулёз 5-6% диспансер хисобида турувчи касаллар орасида эса 8-10-15%ни ташкил этади.

Кўпчилик олимларни таъкидлашича ўпканинг кавернали сили кўпинча яъни 55% касалларда яллиғланган ўпка силидан, 25% да ўчоқли ва 12-15% да ўпканинг тарқоқ силидан келиб чиқади. Камдан-кам яъни 3-8% касалларда ўпка туберкуломаси кавернали силга ўтиши мумкин.

Сўнги йилларда силнинг жумладан ўпка силининг клиник ва патологоанатомик кечиш жараёни анча ўзгаришларга учради. Бундай ўзгаришларни касалликнинг патоморфози деб аталади.

Кавернали ўпка силининг патоморфози икки хил бўлади. биринчиси таббий патоморфоз – бунда кавернали туберкулёз силнинг бошқа хилларини даволанмаганда, хар хил ташқи ёки организмдаги ички муҳитларнинг таъсирида пайдо бўлади. иккинчиси терапевтик патоморфоз – бунда кавернали ўпка сили организмга хар хил силга қарши дориларнинг таъсирида ўпка силининг бошқа хилларини даволаш жараёнида пайдо бўлади.

Кавернали ўпка силининг келиб чиқиши патоморфози қайси йўсинда бўлмасин бу ўпка силининг бошқа кўринишларини (яллиғланган, ўчоқли, тарқалган ва х.к.) клиник ва марфологик жихатдан ёмон кечиши натижасидир. Кавернали ўпка силининг келиб чиқишига бир қанча сабаблар бўлиши мумкин:

1.Ўпка силининг бошқа хилларини нотўғри даволаш (дориларни вақти-вақти билан бери, унинг дозасини кам бериш дориларни нотўғри комплексида бериш, фақат битта дори билан даволаш, патогенитик дориларни етарли миқдорда қўлламаслик керак).

2.Бемор организмдаги туберкулёз таёқчаларининг силга қарши дориларга сезгирлигини нисбатан йўқолиши, ёки камайиши.

3.Силга қарши дориларни беморлар томонидан кўтара олмаслик.

4.Касал организмда дорилар активлигини кўп даражада йўқолиши (организмнинг шахсий хусусияти).

5.Ўпка силига дучор бўлган касалларни кеч аниқлаб даволашни кеч бошлаш. Кўрсатилганлардан ташқари ўпканинг кавернали силининг келиб чиқишида организмнинг туберкулёз инфекциясига қарши курашиш қобилияти асаб системасининг ахволи ва унинг функционал хам компенсатор имкониятлари, ўпканинг яллиғланган қисмига бирлашган бронхнинг ахволи, унда силга хос ёки носпецификяллиғланишнинг мавжудлиги, чандикланиш натижасида бронх найининг торайиши, ўпка тўқимасининг эластик тортиш кучини кўплиги, туберкулёз инфекциясининг ўзига хос хусусияти, унинг дориларга бўлган бирламчи сезгирлиги маълум ахамиятга эга.

Ўпкада кавернанинг пайдо бўлиши асосан казеоз массанинг сулиб уни бронхларга ёрилиб чиқиб кетиши билан боғлиқ (пневмониоген каверна). Баъзида кавернали ўпка сили бронхоэктаз бўшлиқларга таёқчаларни криши натижасида пайдо бўлади (бронхоэктатик каверна), баъзан эса бронхлар деворидаги туберкулёз ярачаларидан пайдо бўлади (бронхоген каверна).

Беморда яллиғланган ўпка сили бўлса унинг казеоз қисмидаги микробларнинг кўпайишига қарши грануляцион тўқима ва казеоз массага лимфоцитлар ва полинуклеарлар криб тўпланади. Булар протеолитик ферментлар ажратиб, бу ферментлар казеоз масса ва ўпка тўқимасига таъсир кўрсатади ва йирингли ириш жараёни юз беради, бу бронхга ёрилиб чиқади ва ниҳоят бўшлиқ пайдо бўлади. бўшлиққа бронх орқали хаво киради. Бундай бўшлиқнинг девори икки қаватдан: ички казеоз некротик ва ташқи специфик грануляцион тўқимадан иборат бўлади. деструктив жараённинг бу даври яллиғланган силнинг ириш даври хисобланади. Маълум вақт ўтгандан кейин бўшлиқ (каверна) атроида энг таўқи учунчи кўшувчи тўқимадан иборат каверна (олдинига узук-юлиқ сўнгра эса туташ холда) пайдо бўлади. ана шундагина хақиқий каверна пайдо бўлади ва туберкулёз кавернали хисобланади.

Туберкуломадан пайдо бўлган кавернали ўпка сили хос хусусиятга эга. Бунда каверна илгаридан пайдо бўлган кўшувчи тўқимадан иборат туберкулома қобиғи ичидаги казеоз массанинг бронхга чиқиб кетиши натижасида пайдо бўлади. ўпканинг тарқоқ сили авжланиб бораётганида каверна қон томирларининг тромбози ва яллиғланиши натижасида ўпка тўқимасидан дистрофик ўзгариш рўй бериб каверна пайдо бўлади. бундай кавернанинг деворлари юпка бўлади, шунинг учун бундай кавернани “штампланган” деб юритилади. Кавернанинг деворлари доимий равишда ўпка тўқимаси эластик тортиш кучининг таъсирида бўлади. шунинг учун ўпкадаги каверна доимо ундаги тешик хажмидан катта бўлади.

Ўчоқли ўпка силидан майда каверначалар пайдо бўлиб унинг девори майда туберкулёз ўчоқларидан иборат бўлади. бундай кавернани альтернатив каверна деб аталади.

Яллиғланиш жараёнининг кавернадан унга очилувчи бронхнинг шиллик қаватига ўтиб тарқайди натижада унинг (бекилиб) найи қисман ёки бутунлай битиб (бекилиб) қолиши мумкин, бу холат ўпкадаги кавернага ўз таъсирини кўрсатади. Кавернадаги казеоз ва

некротик масса бронхлар орқали чиқиб кетаолмай каверна ичида тўпланиб қолади, натижада кавернанинг хажми катталашishi ва туберкулёз жараёни авжланиб кетиши мумкин.

Каверналик ўпка силининг силнинг алохида клиник кўринишининг сифатида туберкулёз классификациясига кўшиш 1943 йилда А.И.Струков томонидан тавсия қилинган эди, ammo бу 1964 йили фтизиатрнинг УП анжуманидагина қабул қилинди. Ўпка силига дучор бўлган бемордан каверналик силнинг пайдо бўлиши касал хаётида алохида ўрин тутати, шунинг учун баъзи олимлар каверналик ўпка силининг пайдо бўлишини беморда касалликнинг иккинчи даврини бошланиши деб хисоблайдилар. Чунки ўпкада кавернанинг пайдо бўлиши беморда хар хил туберкулёз асоратларининг келиб чиқишилиги сабаб бўлиши мумкин, жумладан туберкулёз инфекциясининг бронхлар орқали ўпканинг бошқа қисмларига тарқалиши учун имконият туғилади. Кавернанинг шакли кўпинча думалоқ бўлсада, бошқа шакилларда бўлиши ҳам мумкин. Шунингдек кавернанинг катталиги ҳам хилма хил бўлади. агарда кавернанинг диаметри 2 см гача бўлса кичик ёки майда 2-4 см бўлса катта деб хисобланади. Баъзан жуда катта (8-10) см каверналар ҳам учрайди. Кавернанинг катталиги учун келиб чиққан ўпка сили формасига боғлиқ.

Каверналик ўпка силининг клиник кечиши ва белгилари хар хил бўлади. агарда каверналик ўпка сили ўпка силининг бошқа хилларини даволаш даврида пайдо бўлса клиник белгилар кам, хатто бу бўлмаслиги ҳам мумкин.

Беморнинг ташқи кўриниши кўпинча деярли ўзгармайди. Силдан захарланиш белгилари мутадил (ўртача) бўлади. беморлар одатда бироз тинка қуришига, чарчаш, иш қобилияти ва иштаханнинг пасайишига, кечалари терлаш, кечқураинлар тана хароратининг бироз кўтарилишига, бироз йўталиш ва кам миқдорда балғам ажратишга шикоят қиладилар. Камдан кам қон ташлашлари мумкин. Кўкракнинг у ёки бу қисмида броз оғрик сезишлари ҳам мумкин.

Аускультасия қилинганида нафаснинг охисталиги, бронхиал баъзан эса амфорик товуш ва 50% беморларда майда ва ўртача нам хриллашлар эшитилади. Катта каверна устида сичқон чийиллашини эслатувчи товуш эшитилади.

Бемор қонини текширилганда кўпинча ўзгариш юз бермайди, асосан ЭЧТ 20-30 мм/с гача ошиши мумкин. Қон зардоибидаги албумин оксили камайганлигининг ва  $\alpha$ - ва  $\beta$ -глобулинларнинг кўпайганининг аниқлаш мумкин.

Бемор балғамида туберкулёз таёқчаларини ва алвеолляр типигаги эластик толаларни аниқланади. Шуни айтиш керакки охириги вақтларда каверналик ўпка силига дучор бўлган беморлар туберкулёз таёқчаларини кам миқдорда ажратмоқдалар, шунинг учун улардан олинган балғамни хар хил усулларни қўллаб қайта-қайта яхши текширмоқ зарур. Беморланинг рентгенда текширилганда кўпинча ўпканинг юқори қисмида деворлари нисбатан юпқа думалоқ ёки овал шакилдаги халқасимон соя аниқланади. Унинг пастки қисмида бироз суюқлик борлиги – юза кўринишида (Прозоров белгиси) ҳам аниқланиши мумкин.

Каверналик ўпка силига дучор бўлган беморларда туберкулинга сезгирлик мутадил сақланиб қолади.

Каверналик ўпка силига дучор бўлган беморларда бронхоскопия қилинса, агар каверна силнинг илгарги формаларини даволаш пайтида пайдо бўлган бўлса бронхларда унчалик ўзгариш аниқланмайди.

Агар каверналик туберкулёз табиий йўл билан (давосиз) пайдо бўлса бемор бронхларида кўпинча яллиғланиш жараёни рўй беради. Профессор А.Г.Хоменко каверналик ўпка силига дучор бўлган хамма беморга бронхоскопия ўтказишни тавсия этади ва бемор бронхларида яллиғланиш аниқланса химиотерапияни ингаляция усулини қўллаб ўтказиш кераклигини уқтиради.

Каверналик ўпка силига дучор бўлган беморларнинг ташқи нафас ва қон томир хам юрак системасида кўпинча ўзгариш бўлмайди. Ammo каверна жойлашган ўпка тўқимасида қон айланиши ва хаво алмашиниши фаолиятини бузулганлигини махсус усул регионлар реографияни қўллаб аниқлаш мумкин.

Агар касаллик тарихи яхши ўрганилса, бемор батафсил текширилса каверналик ўпка силини текшириш унча қийин эмас, ammo шундай касаллар борки улар хам ўпкада каверна

пайдо бўлиши билан ёки бемор рентгенограммасида халқасимон соя пайдо бўлиши билан кечади.

Ўпка абсцесси, ўпка ўсмасининг кавернали кўриниши, ўпка кистаси, ўпка эхинакокки, баъзан эса плевра бўшлиғига йиғилган хаво, медиастения ва дифрагмал грижалар рентгенограммада ўпканинг кавернали силига ўхшаб кўринадилар, шунинг учун шу касалликлардан кавернали ўпка силини фарқлаб билиш врачнинг асосий вазифасидир.

Ўпка абсцесси билан касалланган бемор рентгенограммасида ҳам кавернали туберкулёз каби халқасимон соя аниқланади, аммо унинг деворлари қалин, ташқи чегаралари ноаниқ, ички чегараси нотекис, каверна ичида катта суюқлик асоси аниқланади. Каверна атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар бўлмайди. Абсцесс қаваги кўпинча ўпканинг пастки ва ўрта қисмларида жойлашади. Ташхисни тўғри тахлил қилишда албатта касалликнинг анамнезини хисобга олиш керак. Ўпка абсцесси асосан зотилжам, кўкрак қафаси жарохатидан кейин, қовурға, умуртқа поғанасида остеомиелит бўлгандан кейин ривожланади.

Ўпканинг кавернали ўсма касали ҳам кавернали силга ўхшаб кетади. Бунда шуни эсда тутмоқ керакки қавакли ўсма касалликнинг бошланғич даври эмас, шунинг учун бунга ўсма касалининг сўнги белгилари, яъни жуда озидан кетиш, бемор ахволининг оғирлиги, кўкрак қафасида оғриқнинг кучайиб бориши, қон туфлаш хосдир. Балғамда ўсмага хос хужайраларнинг аниқланиши, туберкулёз таёқчаларининг топилмаслиги ташхисни аниқлашга ёрдам беради. Ўсма қаваги деворининг қалинлиги, четки чегараларининг нотекислиги, ўсманинг лимфа йўллари орқали тарқалиши натижасида “муй” белгисининг пайдо бўлиши, ўсма қавагидан ўпак илдизига тортилган йўлнинг дағаллиги ва ўпка илдизи атрофидаги лимфа тугунларининг катталаниши қавакли ўсмани кавернали силдан фарқловчи белгиларидандир. Бунда ҳам қавак атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар бўлмайди. Ташхисни аниқлашда бронхоскопия, бронхография усулларини қўллаш аниқлик критади. Бунда бронх йўлларининг ўсма билан қисман ёки бутунлай беркилиб қолиши кузатилади. Бронхоскопия вақтида биопсия усулини қўллаб биоптатни текшириш ташхисга аниқлик критади.

Ўпканинг кавернали сили хеч қандай белгиларсиз кечганда уни асоратланмаган ўпка кистасидан фарқлаш зарурдир. Киста қаваги бир ёки бир қанча бўлиши мумкин. Киста қаваги думалоқ ёки овал кўринишида бўлади. унинг деворлари кавернали силга нисбатан жуда юпка бўлиб, атрофидаги ўпка тўқимасида хеч қандай ўзгариш бўлмайди, деворларининг ички ва ташқи юзаси текис, жуда нияқ кўрилади. Ўпка илдизи томон “йўлча” аниқланмайди. Рентгеноскопияда нафас олиш ва чиқариш пайтида ўз шаклини ўзгартиради ва нафас олинган пайтда аъзолар соғ томонга силжиб, нафас чиқарилганда дастлабки ўрнини эгаллайди (Прозоров белгиси). Бу белги хажми катта кисталарга тегишли.

Агар киста инфекция тушиб асоратланган бўлса, уни кавернали силдан фарқлаш анча мушкул, чунки бунда кистанинг деворлари дағаллашиб, атрофида бириктирувчи тўқимадан иборат фиброзли ўзгаришлар пайдо бўлади ва шакли ҳам ўзгаради, хатто ўпка илдизи томон “йўлча” пайдо бўлиши мумкин. Бундай холларда тана хароратининг кўтарилиши, балғам ажратиш, хаттоки қон туфлаши мумкин. Бунда асосан балғамда туберкулёз таёқчаларининг бор ёки йўқлиги, туберкулин синамасининг натижалари ва киста қаваги атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқларнинг бор ёки йўқлиги хисобга олиниб ташхисга аниқлик критилади.

Ўпка эхинакокки бронхга ёрилиб, унинг суюқлиги бронхлар орқали чиқиб кетса, ўпкада халқасимон қавак пайдо бўлиши мумкин. Буни кавернали ўпка силидан фарқлашга тўғри келади. Яхши йиғилган анамнез эхинакоккни кавернали ўпка силидан фарқлашга ёрдам беради. Эхинакокк ёрилганда беморда йўтал пайдо бўлиб, бемор йўталганда тахир, рангсиз суюқлик ажратади. Бемор оғзида тахир маъза 2-3 кунгача сақланиб қолади. Баъзан суюқликда рангсиз эхинакокк хитин пардасининг бўлакчасини ҳам кўриш мумкин. Бундай беморларни перкуссия қилганда броз тимпаник товуш, нафаснинг сустигини аниқлаш мумкин. Рентгенограммада думалоқ ёки овал шаклидаги халқасимон соя кўрилади. Кўпинча эхинакокк қаваги ичида пастки қисмида интенсив бўлмаган сояни аниқлаш мумкин (бўшаб қолган хитин парда сояси). Атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар аниқланмайди.

Ташхисни аниқлашда Кациони синамасы, латикс агглютинация реакциясидан фойдаланиш мумкин.

Биринчи марта аниқланган кавернали ўпка сили билан беморларни даволаш стационар шароитда уч тўрт хил силга қарши химиопрепаратларни бериб бошланади (изониазид, рифампицин, стрептомицин, празинамид, этамбутол) шунингдек патогенитик дорилар буюрилади. Агар беморда бронхоскопия йўли билан бронхларнинг специфик яллиғланиши аниқланса, дориларни аэрозол ингаляцияси услубида ҳам бериш керак. Айрим беморларда плевра бўшлиғига ёки қорин бўшлиғига хаво юбориб (пневмоторакс, пневмоперитонум) ҳам даволаш мумкин.

Кавернали ўпка силининг даволаш тўғри олиб борилса даволаш бошланиши биланок атрофдаги яллиғланиш ва каверна ичидаги некротик ўзгаришлар сўрилади бошлайди. Кавернанинг битиши хар хил йўллар билан кечади, бу кавернага очилган бронхнинг ахволига, каверна деворининг эластиклигига, каверна деворининг атрофдаги лимфа ва қон айланиши ахволига ва бир қанча сабаблари бор.

Кавернанинг чандиқ хосил қилиб битиши тахминан 30% беморларда кузатилади. Бунда каверна ичидаги казеоз-некротик масса қисман сўрилиб, қисман бронхлар орқали чиқиб кетади. Силга хос бўлган специфик грануляция носпецифик тўқима билан алмашинади. Каверна концентрик равишда кичирайди ва чандиққа айланади. Бундай чандиқни индурация майдони дейилади ва фиброз тўқималар ҳамда майда қотган туберкулёз ўчоқларидан иборат бўлади. рентгенограмма ва томограммада индурацион майдон диффуз холдаги чегараланган соядан иборатдир.

50% беморларда каверна яққол кўриниб турувчи туберкулёз ўчоғи пайдо бўлиб битади. Бунда каверна ичидаги казеоз некротик масса бутунлай чиқиб кетмайди, у олдинга қуюлади, сўнг қота бошлайди.

Тахминан 25% беморларда каверна казеоз-некротик массадан тозаланади, каверна сақланиб қолади ва деворининг ички юзаси эпителий хужайралари билан қопланиб кистага ўхшаш бўшлиқ қолади. Бундай ҳолатни очиқ-манфий синдром дейилади.

Кавернали ўпка силининг тўртинчи хил битиши – туберкулома (псевдотуберкулома) пайдо бўлиб битишидир. Бу асосан кавернага очилувчи бронхнинг қандайдир сабабларга кўра битиб (бекилиб) қолиши натижасида юз беради.

Агар антибактериал дорилар билан даволанганда 5-6 ой давомида каверна битмаса, беморга жаррохлик усулини қўллаб даволаниш тавсия этилади. Жаррохлик йўлининг асосий усули бўлиб ўпканинг жароҳатланган қисмини ёки бўлагини кесиб олиб ташлаш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда кавернали ўпка силида жаррохлик усулини қўллаш 85-95% беморларни силдан халос қилмоқда.

### **Фиброз-кавернали туберкулези**

Туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолат учун прогрессив кечувчи деструктив силнинг яқунловчи босқичи бўлмиш сурункали деструктив ўпка сили шакилларининг ахамияти. Силнинг бу шакллари билан беморлар асосий инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади, фиброз туберкулёз каверналарида 10-12тагача манбаа бўлиши мумкин.

Туберкулёз кўпинча нисбатан яхши ... биринчи бор аниқланган беморларнинг ...% сурункали деструктив жараёнлар ташкил қилади.

Бунга силнинг кеч аниқланиши, умумий даволаш тармоғи томонидан ўтказилаётган тадбирлар нафи кам бўлиши сабаб бўлмоқда. Терапевтлар фтизиатрик оғоҳликнинг йўқлиги поликлиника муассасаларига мурожаат қилиб келганларидаги диагностик хатолар сабаб бўлмоқда, бунинг натижасида жараён ўтказилиб юборилади ва биринчи марта аниқланган беморларда фиброз-кавернали туберкулёз диагностика қилинади.

Фиброз-кавернали туберкулёз иккиламчи силнинг касаллик шакли бўлиб унга дағал фиброз ўзгаришлар, фиброз-каверна атрофидаги тўқималарда тарқалган ўчоқлар хосил қилиб, сурункали кечиши хосдир. Асосий сабаблар туберкулёз касаллигининг кеч диагностика қилиш, эртанги силни нотўғри даволаш, ёндош касалликлар туфайли деструктив жараён чуқурлашиб кетиши сабабдир. Шунини айтиб ўтиш лозимки, назоратни даволаш

амалга оширилганда фиброз-кавернали туберкулёз парчаланиш фазасидаги ўчоқли жараёндан ҳам ривожланиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка сили билан касалланган ўпканинг хажми кичиклашади, тўқимаси зичлашади, плевра қалинлашиши 1-1,5 см.гача бўлиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг патоморфологик манзараси учун бир ёки иккала ўпкадар фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси фонида бир ёки бир нечта каверна бўлиши хос. Каверна деворида яхши ифодаланган ташқи фиброз қават, ўрта-специфик грануляр қават, нотекис ифодаланган ички казеоз некротик-казеоз фарқланади. Каверна ички юзасида устунча аниқланиши мумкин. Уларни бўшлиқ орқали ўтувчи облетерацияланган томирлар хосил қилган. СМБнинг спутоген тарқалиши натижасида каверна атрофида бронхоген, ацинар ва лобуляр ўчоқлар ривожланади. Бронхлар дренаж вазивасини бузувчи специфик эндобронхит ривожланади.

Жараён чуқурлашиб борганда каверна атирофида полиморф пневмония кўринишидаги перифокал яллиғланиш сояси пайдо бўлади. Нотўлиқ шакилланган деворли ва атрофида яққол ифодаланган яллиғланиш мавжуд бўлган Янги бўшлиқлар вужудга келиши мумкин. Бронхоген тарқалиш соҳаси кенгайди жараёнга орқага қайтиш-ремицияси ўпкадаги томирлар ва бронхлар атрофидаги, плеврадаги фиброз ўзгаришларнинг устунлиги хос. Фиброз билан бирга эмфезема соҳалари вужудга келади.

Бронхлар дренаж функциясининг бузулиши бронхоэктотик бўшлиқлар хосил бўлиши учун жуда қулай муҳитдир. Фиброз сабабли томирлар облитерацияланади ва шикастланади. Ўпка томир хавзасининг кичиклашиши, кичик қон айланиш дорисида босим ошишига олиб келади. Фиброз-кавернозли ўпка силининг бу клиник манзараси хансираш бўлишига сабаб бўлади. Фиброз-кавернозли ўпка силида алмашинув жараёнининг чуқур бузулиши витамин танқислиги билан кузатилиши организмнинг умумий касаллигидир. Ўпкадаги қайтмас морфологик ўзгаришлар сабабли пайдо бўлган нафас ва қон айланиши бузулишлари яққол ифодаланган силдан захарланиш буйрак усти беги пўстолги фаолияти, ошқозон, жигар ва секретор фаолияти кабиларнинг бузулиши билан кечади. Организмдаги алмашинув жараёнининг бузилиши бошқа аъзоларда морфологик ўзгаришларга олиб келади. Ички аъзолар амилодози учун шароит яратади.

Фиброз-кавернозли ўпка силини кечиши ўзига хос, жараёнга ўпкадаги ҳамма ўзгаришлар характерли. Шунингдек жараён фазаларни белгилайди:

1. Нисбатан турғун, чегараланган фиброз-кавернозли ўпка сили
2. Ривожланиб борувчи фиброз-кавернозли ўпка сили
3. Асоратланган фиброз-кавернозли ўпка сили

Нисбатан турғун фиброз-кавернозли ўпка сили ўпкадаги кам кавернали чегараланган фиброз ўзгаришлар устунлик қилувчи жараённи акс этишидир. Бу жараён кўпинча диспансер кузатувида бўлган ва ўз вақтида химиотерапия олган беморларда кузатилади. Бу шакил учун узоқ вақт барқарор ремиция даврлари ва осон сўндириладиган авж олиш даврлари хос. Ремиция давомида бу беморлар соғлом кўринади ва шикоятлари бўлмайди. Жараён авж олганда интоксикацион симптомлар пайдо бўлади ва ривожланиш бўлади. Йўтал аста секин устунлик қилиши характерлидир, балғам вужудга келади. Авжланиш даврида яққол бўлмаган интоксикация пайдо бўлиши мумкин. Яъни рангпарлик, озғинлик, кўкрак қафасида нафас харакатлари орқада қолади. Перкутор товуш шикастланиш соҳаси устида бўғиқлашади. Аускультацияда нафас сустлашган бўлади.

Ривожланиб борувчи фиброз-кавернозли ўпка сили ремиссия даврида беморларда бироз балғамли йўтал, кўкрак қафаси деформацияси сақланади. Авж олиш даврида юқоридаги симптомлар кучаяди, харорат 38 °C гача кўтарилади. Бемор кўздан кечирилганда анча озиб кетганлиги, юз териларининг ажинлигининг кўплиги, кўз нурунининг хиралашиши, тана терисининг қуруқлиги, мушакларнинг гипотрофияси, ўмров суяги устки ва пастки чуқурчаларининг яққол кўриниши, қовурға оралигининг тортилганлиги ва торайгани, кўкрак қафасининг яссилашгани, касал томон нафас олишда орқада қолишини кўриш мумкин. Яъний беморда хабитис фтизус шаклидаги ташқи кўриниши юзага келади. Фиброз-кавернозли ўпка силини жойлашган ўпка тўқимаси устида овоз титраши ва бронхофониянинг кучайиши аниқланади. Плевра варақлари қалинлашган ва фиброз

тўқималар қисми перкуссияда перкутор товушнинг бўғиқлиги катта қаваклар устида эса тимпаник товуш, кўкрак қафасининг пастки қисмида қутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда ўпканинг фиброз тўқималар ва плевра варақлари қалинлашган қисми устида нафаснинг сустлиги, яллиғланган қисми устида везикобронхиал нафас эшитилади. Ривожланиб бориш фонида асоратлар пайдо бўлади. Асоратли фиброз-кавернозли ўпка сили силнинг манзарасини белгилайди. Ўпка юрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Хансираш, ошиб борувчи тахикардия, кейинчалик аритмия, қўл ва оёқлар шишиши кузатилиши мумкин. Объектив акроцианоз аниқланади. Ўпкада перкутор товуш қисқарган ёки мозаик, гигант кавреналар устида қутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда турлитуман қуруқ ва нам хириллашлар, амфорик нафас эшитилади. Юрак чегаралари шикастланган томонга силжийди, ўпка артерияси устида иккинчи тон акценти, тонлар бўғиқлиги эшитилади.

Ички азолар амилоидози ривожланса ва бунга буйрак ҳам жалб этилса буйрак етишмовчилиги, уримия ривожланади. Кейинги йилларда фиброз-кавернозли ўпка сили билан оғриган беморлар умрининг узайиши туфайли буйрак амилоидози тез-тез учрамоқда. Бу беморлар ташқи кийфаси буйрак патологияси учун хос: рагнпар, юзда шишлар.

Ўпкада деструкция авж олганда асосий асорат сифатида қон туфлаш ва қон кетиш бўлади. кўпинча улар такрорий бўлиб, беморлар ахволини оғирлаштириб юборади, клиникага анемия кўшилади.

Шиллиқ пардалар, тил қуриши, стоматитлар, терида тошмалар, геморрагиялар, ич келиши бузилиши, кандидоз ривожланиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг прогрессив ва асоратли кечиши ўлимга олиб келиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг диагностикаси нисбатан осон. Сурункали, тўлқинсимон кечиши, ошиб борувчи захарланиш, ўпка симптомлари, кўкрак қафасининг характерли деформацияси, суст нафас фонидаги жарангсиз турли калибрдаги нам ва қуруқ хириллашлар, амфорик нафас, “каверна чийилаши”, “арава ғитирлаши” кабилар Фиброз-кавернозли ўпка силига шубҳа ўйғотади, балғамда СМБ топилиши, ўзига хос рентгенологик манзара буни осон тасдиқлайди. Рентгенограммада бир ёки иккала ўпкада халқасимон соялар аниқланади, уларнинг шакли нотўғри, деворлари қалин, интенсив, контурлари ремиссия даврида аниқ ва авжланишда аксинча. Чегарасидаги ўпка тўқимасида дағал фиброз, тутамлар, периваскуляр ва перибронхиал фиброз, полиморф ўчоқлар, кўкис оралиғи шикастланган томонга силжиган, касал ўпка хажми кичирайган, ўпка илдизлари деформацияси ва тепага тортилиши, дифрагма соясининг деформацияси ва тортилиши фиброз-кавернозли ўпка силининг диагнозини тамоман тасдиқлайди.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг оқибати даво характерига боғлиқ. Кавернанинг чандикланиши 8-20% беморларда 9-12 ой яхшилаб ўтказилган дорилар билан даволашдан сўнг содир бўлади, бу энг яхши натижа ҳисобланади. Барқарор ремиссиялар ва мувафакятли лоб- ва пулмонэктомиялардан кейинги ҳолат ҳам ижобий оқибат ҳисобланади. Цирротик силга ўтиши ва ўлим салбий оқибат ҳисобланади.

## **Цирротик туберкулез**

Цирротик туберкулёз – иккиламчи силнинг клиник шакли бўлиб, ўпкада яққол фиброз ўзгаришлар ривожланиши, тўлқинсимон каверналар ва қобикланган ўчоқлар сақланиши ҳамда сурункали тўлқинсимон кечиш билан характерланади. Цирротик туберкулёз силнинг фиброз-кавернали, парчаланиши хажми катта инфильтратив ва сурункали тарқоқ шакилланининг салбий оқибати ҳисобланади. Баъзан у туберкулёз билан боғлиқ ателектазлар натижасида вужудга келади. Чўзилган, номутоносиб, даволанган экссудатив плевритлар, сипонтан пневмотораксларга пневмоплевритлар плевроген цирротик туберкулёз вужудга келишига сабаб бўлади.

Ўпкада фибрознинг ўта ривожланиб кетиш сабаби тўлиқ аниқланмаган. Бу қуйдагиларга боғлиқ бўлиши мумкин.

1. Стрептомицин, канамицин каби препаратларни нораціонал қўллаш;
2. Фибробластлар фаоллигини ошишига боғлиқ коллоген ишлаб чиқишнинг кучайиши;
3. альвеолалардаги экссудатнинг организацияси;
4. альвеолалар бужмайиши;
5. бронхлар дренаж фаолиятининг, қон ва лимфа айланишининг бузулиши, ўпка тўқимасининг гипоксияси ва трофикасининг бузулиши;
6. коллогеногенизнинг иммунобиологик бошқарилувининг бузулиши.

Туберкулёз яллиғланиши фонида фиброз ўзгаришлар меканизими турлича, бу кўпинча қуйдагича бўлиши мумкин:

1. туберкулёз грануляцион тўқимасининг фиброзга айланиши;
2. майда казеоз ўчоқлар организацияси;
3. яллиғланиш соҳасида ўткир карнификацияси;
4. перибронхиал склероз ривожланиши;
5. лимфатик ва қон томирлар бўйлаб интерстициал тўқима структурасининг бузулиши;
6. ўпкадаги ателектаз соҳаларининг склерози;
7. антиателектатик омил бўлиши сурфактант тизимидаги бузулишлар.

Цирротик силнинг патоморфологик манзараси учун ўпка тўқимасида тотал, зич фиброз тўқима ривожланиши, турли ўлчамдаги бронхоэктотик бўшлиқлар, фаол туберкулёз ва носпецифик яллиғланишли шакли бузулган ва қисман склерозга учраган бронхлар, артериовеноз апостолотлар, қон томирлар облитерацияси хос. Фиброз соҳалар оралиғида ривожланишдан тўхтаган каверналар, буллёз эмфезема соҳалари, турли фаолликдаги кобикланган туберкулёз ўчоқлари учрайди. Ўпкадаги ўзгаришлар катта-кичиклиги ва характери цирротик туберкулёз клиник кечиши хилини белгилайди. Беш хил клиник кечиш фаркланади:

1. кам симптомли чегараланган цирротик туберкулёз;
2. тез-тез авжланиб турувчи тарқоқ ёки чегараланган цирротик туберкулёз;
3. қайталанувчи қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш билан кечувчи бронхоэктотик цирротик туберкулёз;
4. ўпка ва ўпка юрак етишмовчилиги билан кечувчи цирротик туберкулёз;
5. “вайрон ўпка” туберкулёз ривожланиши билан кечувчи цирротик туберкулёз.

Кам симптомли чегараланган цирроик силнинг морфологик асоси сегментлар ва бўлакли жараёнлардир. Улар учун узоқ вақтли ремиссиялар ва кам учравчи авжланишлар хос. Ремиссия даврида касаллик аломатлари бўлмайди. Авжланиш даврида кам балғамли йўтал, броз харорат кўтарилиши, қон туфлаш кузатилиши мумкин. Периферик силда шикастланган соҳа устида ўпка товуши қисқа, аускультасияда дағал ёки бронхиал нафас, майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Балғамда СМБ топилиши мумкин. Туберкулинга сезгирлик мусбат. Гемограммада ўзгаришлар кам бўлади.

Тез-тез авжланиувчи цирротик туберкулёз учун қисқа вақтли ремиссиялар, қийин даволанувчи авжланишлар хос. Туберкулёз ёки носпецифик инфекциянинг фаоллашуви билан боғлиқ авжланишларнинг клиник ўзига хос томонлари мавжуд.

Даврий қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш билан кечувчи бронхоэктотик цирроик туберкулёз юқоридаги туберкулёз фазаси хусусиятига ва яна бир қатор ўзига хос хусусиятларга эга:

1. носпецифик инфекция билан боғлиқ ва пневмонияни эслатувчи такрорий авжланишлар;
2. такрорий қон туфлаш ҳамда қон кетишлар ва улардан кейинги аспирацион асоратлар;
3. ривожланиб бораётган туберкулёз яллиғланиши клиникасини жараённинг манифестацияси;

Қон кетиш ҳам жараённинг ривожланиб бориши, ҳам кўпинча бемор хаёти учун хавф туғдиради. Ўпка юрак ва нафас етишмовчилиги билан кечувчи цирроик туберкулёз бир томонлама тотал циррозлар оқибатидир. Касалликнинг асосий симптоми – кучайиб борувчи хансирашдир. Объектив цианоз, тахикардия, юрак тонлари бўғиқлиги, шунингдек ханжарсимон ўсимта ёнида систолик шовқин аниқланади (кўпинча бемор ётганда).



Туберкулёз ривожланиб бораётган “вайрон ўпка” бир ўпканинг бутунлай шикастланиши ва иккинчи ўпкада дессеминация билан характерланади. Йўтал, балғам ажратиш доимий сақланади, даврий равишда кучайиб боради, қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши кузатилиши мумкин. Объектив кўкрак қафасининг яққол асметирияси, кўкис ораллиғининг касал томонга силжиши, бронхиал ёки сусайган нафас, даврий равишда кучайиб борувчи кўплаб қуруқ ва нам хириллашлар аниқланади. Беморлар одатда ўпка юрак етишмовчилиги ёки ички аъзолар амилоидозидан халок бўладилар.Цирротик силнинг бошқа шакиллари оқибати бўлган холда, даволаш жараёнида барқарор сўнган холатга ўтиши мумкин, аммо ўз вақтида радикал жаррохлик усули қўлланилмаса, кўпинча беморлар халок бўлади.

**Хулоса:** Деструктив туберкулёз турлари ҳозирги кунда касалликга эрта ва аниқ ташхис қўйиш учун классификацияда фойдаланилади. Деструктив туберкулёз турлари касалликнинг жойлашган ўрни, микроб ажратиш ва ажратмаслиги, унинг асоратлари билан бирга даволагандан кейинги ўзгаришларни аниқ кўрсатиб беради. Деструктив туберкулёз турлари асо сан катта ёшдагиларда учраши, унинг клиник белгилари яширин кечиши, ўзидан асоратлар берили билан болаларда учрайди. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

### **Маъруза №8 Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Туберкулёз плеврити ва менингитининг патогенези ва таснифи. Ташхислаш, кечиш хусусиятлари, клиникаси ва даволаш.**

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, этиопетогенези
	2. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, унинг клиник турлари
	3. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити клиник кечиши.
	4. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, ташхис, тек шириш усуллари
	5. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулоти мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга плеврити ва туберкулёз менингити, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <b>Тарбиявий:</b> Талабаларга туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, этиопетогенези унинг турларитекшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунини тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>	
Иш босқичлари ва	Фаолиятнинг мазмуни

вакти	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, этиопетогенези унинг турлари ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намоёйиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намоёйиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### Плевра туберкулези

Туберкулёз плеврити. Плевра варағларининг яллиғланиши плеврит клиника ва поликлиникалар шароитида кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади, чунки кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг кўпчилиги плеврит билан асоратланиб кечади. Ўпканинг ҳар қандай яллиғланиш, замбруғ касалликлари, ўпка ўсмаси ва хатто оддий бронхит ҳам плевритни сабаби бўлиши мумкин.

Баъзан дифрагма ости абсцесси, перитонит, қовурғаларнинг остеомелити каби касалликлар плевритини келтириб чиқаради.

Ўпка силининг турли хиллари ҳам плевритнинг ривожланишига сабаб бўлади. деярли доим силнинг бошланиш давриданок силнинг кечиши жараёнида плевра варақлари иштирок этади. Бу плевра варақларининг топографик жихатдан ўпка ва кўкрак ичи лимфа тугунларига яқин жойлашганлигидан келиб чиқади.

Маълумки плевра варақлари бир қанча гистологик қаватдан (6 қават) иборат бўлиб баъзи қаватларида дағал коллоген толалар панжарасимон мембрана ва мезотелия билан чегараланган микроскопик камераларни ташкил этади ва бу камераларда манфий босим бўлиб плевра бўшлиғига йиғилган суюқликни диффуз усулда ўзига сўриб олади ва лимфа йўллари орқали медиастенал ва аорта атрофидаги лимфа тугунларига узатади. Бунинг натижасида плевра бўшлиғидаги суюқлик ҳажми маълум мувозанатда сақланиб туради. Бундай сўрувчи “Люк” лар плевра варақларининг қовурға оралик ва диафрагмал қисмида яхши ривожланган.

Париетал плевра яллиғланса ёки унда патологик жараёни рўй берса плевра бўшлиғида тўпланган суюқликни сўрилиш жараёни бузилади. Серозли пардаларда яллиғланиш рўй берганида экссудат (зардоб) ишлаб чиқариш кучаяди, агар плевранинг чегараланган қисмида преифокал яллиғланиш бўлади, ажраладиган зардобнинг ҳажми кам бўлади.

Барон ва унинг ўқувчилари томонидан плевра бўшлиғида йиғилган зардобни сўрилиш тезлиги унинг составига боғлиқ. Сув ва унинг эриган кристаллоид ва ноорганик тузлар тез сўрилса, оклик, қисми секин сўрилади, айниқса окликнинг фибриноген қисмини сўрилиши қийин кечади. Шунинг учун фибриногендан фибрин чўкмалари пайдо бўлиб плевранинг яллиғланган юзасини қоплайди. Шундай ҳолларда клиникада фибриноидли ёки қурук плеврит дейилади.

Кўпинча айниқса бирламчи силда плевра варақларида ўта сезгирлик ҳолати рўй беради ва бошқа аъзоларда айниқса қон томирларда гиперэргик жараён пайдо бўлади. Бунда қон томирларнинг деворлари шишади, унинг ўтказувчанлиги бузулади ва натижада плазма ва қондаги элементлар чиқа бошлайди. Бундай ҳолларда арзимаган қтиқловчи аллергеннинг таъсирида тезда зардобли плеврит ривожланади. Плевра бўшлиғига йиғилган зардобни париетлар плевра сўриб улгурмайди, зардоб плевра бўшлиғининг пастки қисмига тўпланади, бу ҳол ўпка пастки бўлагининг эластиклигига ва унинг ҳаракатчанлигига ҳам боғлиқ. Шундай қилиб аллергик ёки идеопатик плеврит ривожланади.

Нафас аъзолари силига дучор бўлган беморлар орасида туберкулёз плеврити 3-6%ни ташкил этади, диспансер ҳисобида турувчилар орасида эса 2-3%ни ташкил этади. Силдан ўлганларнинг 1-2%га яқини плевритдан (йирингли плеврит) ўлади.

Асосан плеврит бирламчи силнинг, тарқоқ силнинг ва иккиламчи силнинг асорати сифатида ривожланади. Баъзан туберкулёз плеврити силнинг махсус кўриниши сифатида бошқа аъзоларнинг жароҳатсиз кечади. Бундай ҳолларда у организмдаги туберкулёз инфекциясининг илк бор кўриниши ҳисобланади.

Келиб чиқиши жихатдан плеврит аллергик, перифокаль ва плевра сили кўринишида бўлиши мумкин.

Бирламчи силда плеврит плевра варақларига туберкулёз таёқчаларининг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган махсулотларнинг криши натижасида гиперсенсibiliзация ҳолати кўринишида ривожланади (аллергик плеврит). Бундай ҳолларда плевра бўшлиғига йиғилган зардобда туберкулёз таёқчалари аниқланмайди, аммо Т лимфоцитлар туберкулинга нисбатан сенсibiliзация ҳолатидагилиги аниқланади.

Бирламчи туберкулёз бактеримия ва бактериолимфия билан кечгани учун туберкулёз таёқчалри лимфоген ёки гемотоген йўл билан плеврага ўтиб унда туберкулёз жараёнини чақириши мумкин. Худди шунингдек туберкулёз таёқчаларини гемотоген йўл билан плеврага ўтиб унинг юзасида кўп миқдорда туберкулёз бўртмачалари тошмаси пайдо бўлиши ва плевра бўшлиғига зардоб йиғилиши тарқоқ силда рўй беради.

Ўчоқли, яллиғланган, чандиқлашган кавернали ва бошқа ўпка силида висцераль плевра остидаги яллиғланиш жараёнини плеврага контакт йўли билан ўтиши натижасида перифокаль плеврит ривожланади.

Йирингли экссудатли плеврит плевра варақларида казеозли яллиғланиш бўлганида ҳам ривожланиши мумкин. Бундай ҳолларда олдинига плевра бўшлиғига серозли экссудат йиғилади, сўнг у йиринга айланади. Агар йиринг плевра бўшлиғида узоқ муддат сақланиб қолса, у бронх деворини тешиб, бронх найига очилади, бронх найидан плевра бўшлиғига бошқа турдаги микроблар киради, натижада касаллик узоқ давом этиб, борган сари зўрайиб боради.

Умуман ўпка силининг кўп кўринишлари плевра варақларида туберкулёз бўртмачаларининг пайдо бўлиши билан кечади. Плевранинг бундай сили торақоскопия ёки операция вақтида ниқланади, чунки буни клиник ва рентгенологик усул билан аниқлаб бўлмайди ва бунга силнинг ривожланишидаги тарқалиш даври деб қаралади.

Силнинг плеврити кўпинча плевра бўшлиғига зардоб (экссудат) йиғилиши билан кечади. Экссудат ҳар хил характерга эга бўлиши мумкин: серозли, фибринозли, сероз-фибринозли, геморрагик, сероз-геморрагик, йирингли, холестеринли, хилозли. Плевра бўшлиғига йиғилган экссудат характерига қараб плевритларнинг турлари қуйдагича бўлиши мумкин. Фибринозли ва сероз-фибринозли плевритга плевра варақлари юзаси фибрин билан қопланиб, яллиғланиш жараёни продуктив характерга ўтиши хос. Беморда серозли плеврит бўлганида баъзан плевра юзасида кам миқдордаги туберкулёз бўртмачалари топилади. Зардоб сўрилиб кетганидан сўнг плеврада чандиқлар қолади.

Геморрагик ва сероз-геморрагик плеврит кўпинча плеврада жуда кўп миқдорда туберкулёз бўртмалари ириш даврида бўлганида ривожланади. Йирингли плевритда плевра варақлари жуда қалинлашиб кетади.

Фиброзли, гиалинозли, кальцинацияланиш ва хатто суякланиш рўй беради. Плевранинг айрим қисмларида продуктив яллиғланиш, казеозли некротик ўзгаришлар

бўлади. айрим беморларда бронх найи ва плевра бўшлиғи орасида, кўкрак қафаси деворида оқмалар аниқланишим мумкин.

Плеврит ўзининг кечиши жихатдан ўткир, нимўткир, сурункали ва қайталанувчи бўлиши мумкин.

Умуман плеврит, жумладан туберкулёз плевритининг белгилари хилма-хилдир.

Фибринозли плеврит одатда кўрак қафасининг у ёки бу қисмида оғриқ билан бошланади. Беморнинг тана харорати субфебриль даражагача ўхтин-ўхтин кўтарилади, холсизланади, бўшашиш сезади, иштахаси йўқолади.

Ўпка бўлаклари орасидаги плевра варақлари яллиғланганда (сцесуриаль плевра) оғрикни бемор 3 ва 4 қовурғаларнинг шу умуртқаларга бирлашган ерида (умумртқа поғонаси олди оғриқ нуқтаси) ва 4,5-6 қовурғаларнинг тўш суягига бириккан ерида (олдинги-пастки оғриқ нуқтаси) сезади.

Диафрагма юзини қоплаган плевра (диафрагмал плеврит) яллиғланганида оғриқ белбоғсимон бўлиб сезилади ва трапециясимон мускул хамда елка бўғини томон узатилади, баъзан эса қоринни юқори қисмида, холецистит, аппендицит каби қорин бўшлиғини ўткир хирургик касалликлари клиник белгиларини эслатади. Оғриқ йўталганда, чуқур нафас олганда кучаяди. Юқорги ва пастки Гено де мюссе (т. ...оёқлари оралиғи ва т. ...нинг 10 қовурға билан кесишган ери) нуқталарини эзиб кўрилганда бемор оғриқ сезади. Аммо қориннинг юқори қисмини ва ёнбош қисmlарини эзиб кўрилганда оғриқ кучаймайди, бу дифференциаль диагностикада ахамиятга эга.

Яллиғланиш плевра варақларининг энг чўкки нуқтасида рўй берса (апикаль плеврит) касаллик белгилари плекситга ўхшаб кетади, бу елка нерв толаларининг яллиғланиш жараёнига жалб этилиши натижаси бўлиб хисобланади.

Трапециясимон ва дельтасимон мускулларнинг таранглашиши ва буни аниқлаганда оғрикни кучайиши (Штерн ва Паттенжер-Воробьёв белгилари) плевра варақларида яллиғланиш борлигини тасдиқлайди.

Касаллик ўткир холда бошланса беморнинг нафас олиши тезлашади ва юзакилашади. Касал соғ томонини босиб ётишга ҳаракат қилади. Беморнинг кўкрак қафасини кўздан кечирганда плевра варақлари яллиғланган томон нафас олишда орқада қолади. Пальпацияда овоз дириллаши броз пасайганини, сўнг эса кучайганини, перкуссияда ўпка овозини қисқарганини аниқланади. Ўпка экскурсияси чегараланган, аускультацияда плевра варақларининг ишқаланиш товуши, баъзан нам хириллашлар эшитилади.

Бемор қонида лейкоцитлар 10-12 000 гача, лейкоцитар формулани чапга силжиши, таёкча ядроли нейтрофиллар 10-12%гача етади, ЭЧТ 30-40 мм/с. бўлади.

Рентгенограммада касалликнинг бошланишида кам интенсивликдаги соя, кўкрак қафаси ички қисмининг чекка томонларида аниқланади, кейинчалик соя диффуз кўринишда бўлади. рентгеноскопияда нафас олиш ва чиқариш вақтида касал томон дифрагмаси яхши иштирок этмайди (Вильямс белгиси).

Шундай қилиб, фиброзли плевритни аниқлаш унчалик қийин эмас, аммо унинг этиологиясини аниқлаш анча мушкул, шунинг учун зарур бўлганда Манут, Кох каби туберкулин синамаларидан фойдаланишга тўғри келади.

### **Экссудатив плеврит**

Экссудатив плеврит одатда 2-3 хафта давомида захарланиш белгилари билан бошланиб, сўнг бирданига тана харорати кўтарилиб кетади. Баъзан эса касаллик ўткир холда тана хароратининг 38-39 °С гача кўтарилиши билан бошланади, кўкракда оғриқ ва йўтал пайдо бўлади, бунга аста секин нафас сиқилиши кўшилиб кучайиб боради, бу даврда кўкрак қафасидаги оғриқ бироз камайиб қолади. Баъзи беморларда касаллик этиологияси номаълум ўпка юқумли касалликлар клиникасини эслатади. Бунда беморда қусуш, тахикардия, нафас аритмияси, сийдик миқдорини камайиб кетиши каби белгилар кузатилади. Плевра бўшлиғига тез кўп экссудат тўпланса беморда нафас сиқилиши кузатилади.

Агар экссудат ўралиб халтасимон бўлиб қолса, перкутор бўғиқ товушнинг эшитилиш жойи унинг жойлашган жойига боғлиқ.

Аускультацияда касалликнинг бошланғич даврида плевра варқларининг ишқаланиш товуши эшитилади. Экссудат кўпайган сари плевра варқларининг ишқаланиш товуши камаяди, нафас суствлашади, баъзан нафас эшитилмай қолади. Экссудатнинг юқори қисмида бронхиал нафас бўлиб, жуда аниқ бўлмаган плевра варқлари ишқаланиши эшитилади.

Плевра бўшлиғига хаддан ташқари кўп экссудат тўпланса, йирик қон томирлар ва юрак уриши товушлари ўз ўрнидан қарши томонга қараб силжийди (Карпиловский белгиси).

Бемор овозида ҳам ўзгариш рўй беради ва у гаплашганида бурын орқали овоз чиқаради. Бу эчки марашаи овозини эслатади (Эгофония).

Умуман экссудатли плевритнинг кечишида уч давр кузатилади:

1. экссудатнинг тўпланиш даври – бир неча кун давом этади ва касалликнинг клиник белгилари яққоллашиб боради;
2. яллиғланишнинг стабиллашиши даври – икки уч хафта давом этади;
3. экссудатни сўрилиш (резорбция) даври – бу хам икки уч хафта давом этади. Бу даврда беморнинг тана харорати мьёрида бўлади, клиник белгилар камайиб боради.

Бемор қони текширилганда биринчи даврда лейкоцитлар сони 16-20 000 гача кўпаяди, таёқча ядроли нейтрофиллар кўпаяди, эозинофиллар камаяди, ЭЧТ 50-60мм/с.га этади беморда геморрагик плеврит бўлса эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори камаяди. Экссудатив плевритнинг учунчи даврида қон тахлили мьёрига тушади ва 10-12%гача эозинофилия кузатилади.

Плевра бўшлиғидан олинган экссудатни текшириш плеврит этиологиясини аниқлашдаги асосий усул хисобланади. Экссудатдаги туберкулёз таёқчаларини қидириб топиш учун бактериологик усулнинг комплексидан фойдаланилади. Экссудатда туберкулёз таёқчаларини аниқлаш, плеврит этиологияси туберкулёз эканлигини тасдиқлайди, аммо туберкулёз таёқчалари топилмаганда туберкулёз этиологияси эмаслигини тасдиқламайди. Одатда экссудатни силга қарши дориларни бермай туриб текшириш керак.

Экссудатив плевритнинг рентгенологик кўриниши хилма хилдир. Плевра бўшлиғидаги экссудат миқдори жуда кам бўлса рентгеноскопия ва рентгенографияда диафрагманинг анча юқори тургани кўрилади, аммо ёнбошдан қаралса плевра бўшлиғида экссудат борлиги аниқ кўринади. Нафас олинган вақтда соя интенсивлиги камаяди, чиқарилганда эса соя интенсивлиги кўпаяди, шунинг билан бирга кўкис оралиғи аъзоларининг ўрни ўзгариб туради (Прозоров белгиси).

Агар экссудатнинг миқдори кўп бўлса, бир хил кўринишдаги, чўққиси юқорига қараган учбурчак шакилдаги соя аниқланади, бундай холларда ташхис кўйиш қийин эмас, агар экссудат янада кўпайса соя интенсивлиги ошиб боради ва баъзи қисмларидаги қовурғалар сояси кўринмай қолади ва соя бутун ўпка юзасини қоплайди. Плевра бўшлиғидаги экссудат эркин холда бўлса кўкис оралиғи аъзолари соғлом томонга силжийди.

Болаларда бирламчи силдан келиб чиққан плевритда туберкулин билан Манту синамасини кўйиш маълум ахамиятга эга. Бунда кўпинча гиперэргик мусбат реакция аниқланади. Серозли ва сероз-фибринозли плевритнинг ўткир даврида хам Манту синамасининг натижаси гиперэргик натижа бериш мумкин. Йирингли плевритда туберкулинга бўлган реакция манфий бўлади, бу бемор иммунитетининг пастлигини билдиради.

Плеврит этиологиясини аниқлашда 20-50 ва 100 ТБ бўлган туберкулин ёрдамида Кох синамасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Плеврит бўлган касалларга бронхоскопиясида уларнинг кўпчилигининг бронхларида силга хос яллиғланиш аниқланади. Бронхоскопияда бронхлардан олинган материални туберкулёз таёқчалига текшириш керак. Ўпкада этиологияси номаълум соя ва бронхлар найида стеноз, торайиш аниқланса бронхоскопияни биопсия билан бирга ўтказиш мақсадаг мувофиқдир.

Плеврани пункцион биопсия қилиб плеврит этиологиясини аниқлаш мумкин. Плеврани ўпкада ўзгариш бўлмаганда ёки кам ўзгариш бўлганида пункция қилинади.

Плевра биопсиясини торокоскопия орқали кўриб туриб ўтказиш яхши натижа беради (плевра биопсияси плевраскопия билан бирга). Плеврани плевраскоп орқали кўрилаётганда унда силга хос бўртмачали тошмаларни кўриш мумкин. Бундай холларда биопсия учун

материал бўртмачалар мавжуд жойдан олиниб гистиологик ва бактериологик текширишлар ўтказилади. Биоптатда туберкулёз гранулёмасига хос (казеоз, лимфоид, эпителиоид ва Пирогов-Лангхас хужайралари) ва туберкулёз таёқчаларини топиш плеврит силга тегишли эканлигини тасдиқлайди.

Туберкулёз плеврити нафас танқислиги рўй берган холда кечади. Аввал йиғилган экссудат томонидан ўпкани сиқилиш натижасида рўй беради.

Йирингли плевритга дучор бўлган беморларда захарланиш узоқ вақт давом этса юрак мушакларида дегенератив ўзгаришлар рўй беради, натижада ўпка юрак танқислиги (cor-pulmonoy) ривожланади.

Баъзи ўпка касалликлари – ўпка ателектази, циррози клиник ва рентгенологик жихатдан экссудатив плевритга ўхшаб кетади. Уларни фарқлаш учун рентгенологик белгиларга яхши ахамият бериш зарур. Ўпка ателектазида ҳам бир хил кўринишдаги, интенсив соя аниқланади, аммо унинг чегаралари жуда аниқ кўринади ва бунда кўкс оралиғи аъзолари касал томонга силжийда ва бу нафас олган ва чиқарган вақтида аниқ кўринади (Голцкнихт ва Якобсон белгиси). Ателектаз ўпканинг катта қисмида рўй берса диффрагманинг ва умуман кўкрак қафаснинг нафас олишдаги парадоксал харкати аниқланади.

Туберкулёз плевритини даволашда уни тузутишга, ўпка ва бошқа аъзолар силини ва фибротораксни олдини олишга йўналтирилиш лозим.

Беморга 3-4 хил силга қарши дорилар – стрептомицин, изониазид ва рифампицин 3-4 ой давомида, сўнг 5-6 ой давомида 2 хил дори изониазид ва этамбутол берилади. Агар экссудат кўп бўлса ва 3-4 хафта давомида сўрилиб кетмаса, уни сўрилишини тезлаштирувчи ва фиброзланишини олдини олувчи кортикостероид гормонлари махсус схема бўйича берилади. Ўпкани ёйилишини тезлаштириш учун плевра бўшлиғидан пункция қилиб экссудат олиб ташланади, плевра бўшлиғидан экссудат олиб ташлангандан сўнг унга гидрокортисон юбориш тавсия этилади. Агар экссудат характери йирингли бўлса, плевра бўшлиғига хар хил антибактериал препаратлар юборилади.

Агар йирингли плеврит сурункали равишда кечаётган бўлса, даволаш жаррохлик усули билан олиб борилади. Бунда плеврани декортикация ёки плевроэктомия қилинб ўпканинг ёйилишига шароит яратилади.

### **Туберкулез менингити**

Туберкулез менингити – миянинг юмшоқ пардасининг яллиғланиши силнинг иккиламчи асоратларидан бўлиб хисобланади кўпинча (90-95%) туберкулёз менингити

Ўпкасида ёки бошқа аъзоларида фаол кўринишдаги туберкулёз мавжуд бўлганда пайдо бўлади. Аммо охири пайтларда туберкулёз менингити бошқа аъзоларда туберкулёз жараёни бўлмаганда ҳам кўп учрамоқда. Болалар орасида туберкулёз менингити кўпинча туберкулёз бронхоадинити ёки брламчи туберкулёз комплекси бўлганида ривожланади. Ўсмирларда ва катталарда эса менингит ўпканинг ёки бошқа аъзоларнинг тарқалган сили асорати бўлиб хисобланади.

Туберкулёз менингитининг пайдо бўлиши ва ривожланиши учун организмда мия юмшоқ пардасида гиперэргик яллиғланиш чақирувчи 3 та шароит – организмнинг носпецифик сенсiblзация (ўта сезгирлик) холати, махаллий сенсiblзация ва туберкулёз бацилемияси мавжуд бўлиши керак.

Туберкулёз менингити келиб чиқишини изохлашчи иккита назария мавжуд: гемотоген ва ликвилоген.

Гематоген назария бўйича менингит ривожланиши икки босқичга бўлинади.

Биринчи босқичда бирламчи туберкулёз инфекциясига организмда умумий сезгирлик пайдо бўлади. бу жараён кўп миқдордаги бацллемея билан бирга кечганлиги туфайли гемтоэнцефал қаршилиги бузулади ва инфекция миянинг юмшоқ пардасини ўрамларига ўтади.

Иккинчи босқичда туберкулёз таёқчалари қон томир орқали мия суюқлигига ўтиб сўнг мия асосига чўкади ва мия асосини қопловчи юмшоқ пардада специфик яллиғланиш жараёнини чақиради, яъни силнинг базилляр менингитидир.

Ликвороген назариянинг муаллифлари Америка фтизиатрлари Рич ва Маккордок бўлиб, уларнинг фикрича менингит мияда ёки миянинг юмшоқ пардасида жойлашган казеозли туберкулёз ўчоқларидан ривожланади. Бу ўчоқлар силнинг бирламчи тарқалиш даврида пайдо бўлади, туберкулёз таёқчалари Рич ўчоқларидан тўғридан-тўғри мия суяқлигига ўтиб тарқалади ва мия юмшоқ пардасида специфик яллиғланиш чақиради. Менингит ривожланишидан илгари организмнинг реактивлиги ва сезгирлиги ўзгаради, буда беморлар билан контактда бўлиш, грипп, қизамиқ, кўк йўтал ва зотилжам каби ўткир юқумли касалликларни ўтказиш, физик ва рухий жароҳат олиш, кортикостероид гормонлар билан узоқ вақт даволаниш каби омиллар маълум ахамиятга эга.

Туберкулёз менингитини клиник белгилари унинг патологоанатомик хилига қараб турлича бўлади. ҳар хил клиник белгиларнинг устунлигига қараб туберкулёз менингитини уч турга бўлинади: базиляр менингит, менингоэнцефалит ва спинал менингит.

Туберкулёз менингитини кечиши уч даврга бўлинади: продромал давр, таъсирчанлик даври ва парез-параличлар даври. Туберкулёз менингитининг энг кўп учравчи тури базиляр туридир. Кўпчилик беморларда касаллик аста-секин бошланади.

Марказий нерв системасининг тасирчанлик даврида (8-14 кунлари) продромал давридаги белгилар кучаяди. Беморнинг тана ҳарорати 38-39 °С гача ва ундан ҳам юқорига кўтарилади, бош оғриғи кучайиб доимий бўлиб қолади ва кўпинча пешона ҳамда энса қисмида сезилади. Қусуш бошланади, иштаханинг пасайиши уни бутунлай йўқолишига олиб келади, умумий ҳолсизлик ва ухлаш кўпаяди, онг пасаяди, ич юриши тўхтади, аммо қоринда шиш бўлмайди. Ёруғликдан кўрқиш, шовқин-суронни ёқтирмаслик пайдо бўлади. беморни текширилганда тери сезгирлигининг ошганлигини, брадикардия тахикардияга алмашганини, артериал босим ошганини, турғун холда қизил дермографизмни ва юзда, кўкракда ўз ўзидан пайдо бўлиб йўқолувчи қизил доғларни (Туруссо доғлари) кузатилади.

Касалликнинг биринчи ҳафтаси охирида жуда яққол бўлмаган менингиал белгилар – энса мушакларининг регидлиги, Кернинг ва Брудзинский белгилари пайдо бўлади. Касалликнинг иккинчи ҳафтаси ўрталарига бориб менингиал белгилар яққол аниқланади. Қорин мушаклари таранглашиб, қорин қайиқсимон кўринишга эга бўлиб қолади, бемор “сапчишга тайёр ит” ёки “босишга тайёр милтиқ тепкиси” кўринишидаги ҳолатда ётади. Туберкулёз менингити кечишини иккинчи даврида бош мия нервларининг жараҳатланиши белгилари пайдо бўлади. кўпинча кўзни ҳаракатлантирувчи (III) ва узоқлаштирувчи (VI) нервлар жароҳатланади. III жуфт нерв жароҳатланганида бир кўзни юмилиб қолишини (питоз), кўз қорачиғининг торайиб ёки кенгайиб кетишини (анизокария), ғилайликни аниқлаш мумкин. Узоқлаштирувчи (VI) нерв жароҳатланганда кўзни ичкарига ғилайлиги юз беради. Кўз тубини текширилса қон талаш, кейинчалик кўрув нервининг (II) неврити аниқланади. Бунда бемор нарсаларни аниқ кўрмаётганини кўз олди хиралашаётганини “қоронғулик” борлигини айтади, оғир ҳолларда бемор бутунлай кўрмай қолиши мумкин. Уч шохли (V) невр камдан-кам жароҳатланади. Кўпинча юз нерви (VII) жароҳатланади. Бунда беморда юз тузулишининг носметриклиги кузатилади, жароҳатланган томонининг бурун-лаб бурмаси тексланади, лабнинг бурчаги пастга осилиб тушади ва кўз ёриғи кенгайди. Эшитиш нерви (VIII) ҳам жароҳатланиб бемор гаранг бўлиб қолиши мумкин. Вестибуляр функцияларини бузулиши натижасида бош айланиши, қадам ташлашнинг турғунсизлиги, “йиқилаётган”ни сезиш каби белгилар намаён бўлади. Туберкулёз жараёни мияча ва узунчоқ мияга ўтса (иккинчи даврнинг охири ва учунчи даврининг бошлари) бульбар нервлари (IX, X, XI, XII жуфтлар – тил-ютқин, адашган, тил ва тил ости) жароҳатланади. Натижада ютиш қийинлашади, овоз йўқолади, хикичоқ тутиш бошланади, нафас ва томир уриш ритми бузилади ва х.к. Бемор ҳушидан кетиб бефарқлик бошланади.

Иккинчи даврнинг охирларида бемор калласини орқага ташлаган, кўзлари юмик, оёқлари букулган ва қорин томонга тортилган, қорни орқага тортилган холда ётади. Қорин, пай, тизза ва бошқа рефлекслар йўқолади, баъзан пай рефлекслари кучаяди.

Менингитни учунчи даври (касалликнинг 14-24 кунлари) бир ҳафтача давом этади. Бу даврга менингоэнцефалит белгиларини бўлиши хос бўлиб, яллиғланиш миянинг юмшоқ пардасидан контакт ёки томирлар йўли орқали мия тўқимасига тарқалади ва ўчоқли жароҳат белгилари пайдо бўлади. бемор онги йўқолади, тутқаноқлар бўлиши мумкин ва қон томир

уриши янада тезлашади. Нафас ритми бузулиб Чейн-Стокс типига ўтади. Тана харотари жуда кўтарилиб  $41^{\circ}\text{C}$  гача етиши мумкин ёки пасайиб кетади. Сизирлик йўқолиб, фалажлик бошланади, фалажлик одатда марказий, спастик характерда бўлади. бемор озиб, организм фаолияти жуда пасайиб, трофик ўзгаришлар рўй бериши натижасида трофик яралар пайдо бўлади. Сўнг нафас олиш ва қон томирлар харакати маркази фалажи натижасида бемор ўлади.

Туберкулёз менингитини аниқлашда орқа мия канали пункция қилиниб, орқа мия суюқлигини олиб текшириш катта ахамиятга эга. Орқа мия суюқлигини умуртқа поғанасининг бео қисмига (III- IV бел умурткалари оралиғи орқали) махсус игна ёрдамида пункция қилиниб олинади. Лумбал пункция қилишни 1890 йилда Квинке томонидан аниқлаган. Баъзан эса энса суяги остига (субоксипитал) пункция қилинади. Туберкулёз менингитини биринчи давридаёқ орқа мия суюқлигида ўзгаришлар аниқланади. Орқа мия суюқлиги туберкулёз менингитида тиниқ, рангсиз бўлиб юқори босим остида ёки тез томчилар кўринишида оқиб чиқади. Орқа мия босими сув устунинг 300-500 мм.гача етади (мъёрда 50-150мм.гача). орқа мия суюқлигида оксил 0.8-1.5 г/л ва ундан хам кўп бўлиши мумкин (0.15-0.33 г/л), оксилнинг кўпайиши асосан глобулинлар хисобига бўлади. буни Панди ва Нонне-Апельд реакциялари тасдиқлайди. Икки уч томчи орқа мия суюқлигига 7.5%ли янги таёрланган карбол кислотаси (1:15) кўшилади (Панди реакцияси), орқа мия суюқлигига тўйинган аммоний сульфат кислотаси (1:1) кўшилади (Нонне-Апельд реакцияси), бунда лойқаланиш пайдо бўлади. Орқа мия суюқлигида хужайралар сони  $0.1-0.3 \cdot 10^6$  /л ва ундан хам кўпайиб кетгани (мъёрда  $0.005 \cdot 10^6$ /л) аниқланади. Касалликнинг бошланиш даврида хужайралар бир хил микдордаги нейтрофил ва лимфоцитлардан иборат бўлса, кейинчалик лимфоцитлар микдори кўпаяди.

Туберкулёз менингитига пробиркада 12-24 соат мобайнида оксил хисобига фибриноз парданинг пайдо бўлиши жуда хос хисобланади. Суюқликдаги қанд микдори ва хлоридлар микдори камайиб кетади (мъёрда 22-29ммоль/л, 120-130ммоль/л). Орқа мия суюқлигида туберкулёз таёқчалари мавжудлигини микробиологик экиш усулини қўллаб текшириш зарур.

Илгари 40-80% туберкулёз менингитига дучор бўлган беморларнинг орқа мия суюқлигида туберкулёз таёқчалари аниқланар эди, хозирги вақтда эса бу 10-20%ни ташкил этмоқда.

Беморда менингоэнцефалит ўлганда орқа мия суюқлигидаги хужайралар кўпаймаган холда ( $0.07-0.1 \cdot 10^6$ /л) лимфоцитар характерга эга бўлади ва оксил микдори хаддан ташқари кўпайиб кетади (4-5 г/л), қанд ва хлоридлар микдори жуда хам камайиб кетади.

Туберкулёз менингитининг спинал формасида орқа мия суюқлигининг ранги ксантахромия – сариқ ёки сарғимтир ранглилиги кузатилади. Бу орқа миянинг юмшоқ ва тўр пардаларининг ёпишиб кетиши ва суюқликнинг туриб қолиши натижаси хисобланади ва орқа мия каналидаги босим унчалик юқори бўлмагани учун суюқлик оқиб чиқади. Умуртқа поғанасининг бел қисмида қилинган пункцияда олинган суюқлик сарғимтир бўлса ва унда оксил моддаси хаддан ташқари кўп бўлса, энса суяги остидан қилинган пункцияси ёрдамида олинган суюқлик рангсиз бўлади ва оксил моддалари кам бўлади. хужайралар микдори унчалик кўп бўлмайди ( $0.06-0.08 \cdot 10^6$ /л). Суюқликдаги қанд ва хлоридлар микдори камайиб кетади. Касалликнинг бошланғич сурункали даврида лейкоцитлар микдори  $10-20 \cdot 10^9$ /л гача кўпайиб кетади, лимфоцитлар камаяди, моноцитлар, таёқча ядроли нейтрофиллар хам кўпаяди, ЭЧТ ошади, туберкулинга бўлган реакция касалликнинг бошланғич даврида пасайган бўлиб, кейинчалик манфий (анергия) бўлиб қолади. Туберкулёз менингитини аниқлашда кўз остини текшириш маълум ахамиятга эга, бунда кўз ости қон томирлари қобиғида туберкулёз бўртмалари аниқланади, кўрув нерви дискида қонталашнинг мавжудлиги, мия тўқималари орасида суюқлик борлигини тасдиқлайди, баъзан кўриш нервининг неврити кузатилади.

Менингококк, пневмококк ва стафилококк микроблари томонидан чақирилувчи мия пардасининг йирингли яллиғланиши (йирингли менингит) инфекциянинг қон орқали ёки контакт йўл билан тарқалиши натижасида ривожланади (ички қулоқ яллиғланганида, мастоидитда, калла суяги жарохатланганида, ўпка абсцессида). Морфологик ўзгариш асосан миянинг юмшоқ ва тўрсимон пардаларида юз беради, баъзан эса мия тўқимасида хам бўлади.



патологоанатомик жараён кўпинча мия асоси қисмида, мия ярим шарлари юзасида ва орқа мия пардаларида жойлашади. Миянинг юмшоқ пардаси хирралашади, қон томирлари кенгайди ва мия тўқималари орасига суюқлик йиғилиб шиш ривожланиди. Мия асосидаги бўшлиқларга, мия бўлаклари оралиғига йиринг тўпланади.

Туберкулёз менингитини йирингли менингитдан фарқлашда қуйдагиларга ахамият бериш зарур:

1. йирингли менингит бирда, жуда ўткир бошланади;
2. яллиғланиш жараёни асосан мия яримшарлари юмшоқ парадсини жарохатлайди;
3. одатда миядан чикувчи нервлар жарохатланмайди;
4. менингококк менингитида кўпчилик беморлар лабига, оғиз бўшлиғининг шиллик қаватларига учук тошиб кетади;
5. мия суюқлиги йирингли характерга эга бўлиб, нейтрофил хужайралар кўп ( $4-8 \cdot 10^6/л$ ) бўлади, оксил кўпаяди, қанд миқдори мъёрида ёки бироз камаяди. Менингококк ва пневмококк микроблари аниқланади;
6. қон тахлилида лейкоцитлар сони хаддан ташқари кўпаяди, ЭЧТ жуда юқори бўлади.

Агар касаллик ўз вақтида аниқланиб даволанса бемор тезда 8-12 кун ичида тузалиб кетади.

Ташхисни аниқлашда асосан орқа мия суюқлиги анализига таянилади. Беморда тана хароратининг кўтарилиши ва сабабсиз қайт қилиш, иштаханинг йўқолиши, тоқатсизланиш, ахволининг тезда оғирлашиши, тиришиш, бош оғриғи бўлганида йирингли менингитни тахмин қилиш зарур ва лумбал пункция ўтказиш зарур.

Туберкулёз менингитига дучор бўлаган беморларни даволаш туберкулёз шифохонасининг махсус бўлимида ёки хоналарида ўтказилади, хона тинч ва ярим коронгулаштирилган бўлиши мақсадга мувофиқдир. Беморга изониазид, рифампицин, стрептомицин берилади. Витаманлар бериш зарур. Туберкулёз менингити оғир кечаётганида антибактериал дорилар билан бир қаторда кортикостероид гормонлар берилади. Бемор жуда оғир бўлган холларда стрептомициннинг кальций хлор комплекси 10-15 марта эндолумбал усулда юборилади. Бунда бола бир ёшгача бўлса, 0.02 г. – 20 000 Бирлик, 1-3 ёшдаги болага 0.03г – 30 000 Бирлик, 4-7 ёшдаги бирлик 0.05г, 8-12 ёшдаги болага 0.075 г, ўсмирлар ва катталарга 0.075 г.дан 0.1 г.гача – 100 000 Бирлик стрептомицин юборилади. Бош мия шишини ва гидроцефалияни олдини олиш учун беморга сийдик хайдовчи дорилар юборилади. Даволашин бошланғич даврида лумбал пункция хафтасига 2 марта (3 хафтагача) сўнг, 1 марта, кейин эса 1 ойда бир марта қилиниб, 15-20 мл орқа мия суюқлиги олиниб ташланади (текширилиб турилади). Бемор шифохона шароитида камида 6 ой даволанади, зарур бўлса 1 йилгача ётади, сўнг махсус санаторийга 4 ойга юборилиб химиотерапия давом эттирилади. Диспансерда 2-3 йил давомида кузатиб турилади.

**Хулоса:** Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити ҳозирги кунда касалликга эрта ва аниқ ташхис қўйиш учун классификацияда фойдаланилади. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити касалликнинг жойлашган ўрни, микроб ажратиш ва ажратмаслиги, унинг асоратлари билан бирга даволагандан кейинги ўзгаришларни аниқ кўрсатиб беради. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити асо сан катта ёшдагиларда учраши, унинг клиник белгилари яширин кечиши, ўзидан асоратлар берили билан болаларда учрайди. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

## Маъруза №9 Ўпкадан ташқари аъзолар сили.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези
	2. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, унинг клиник кўринишлари
	3. Ўпкадан ташқари аъзолар сили клиник кечиши.

	4. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, ташхис, тек шириш усуллари
	5. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машгулот мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларгаўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези унинг тур лари, беморларини текшириш усуллари, текшириш тур лари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Ўпкадан ташқари аъзолар сили текшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <b>Тарбиявий:</b> Талабаларга ўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези унинг турлари, текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машгулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<b>Маъруза машгулотининг технологи картаси</b>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Ўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези унинг тур лари ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### Оғиз бўшлиғи туберкулёзи.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг туберкулёз инфекциясига мойиллиги анча кам, шунинг учун оғиз бўшлиғининг сили анча кам учрайди. Одатда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг сили ўпка силига дучор бўлган касалларнинг тахминан 0,6 % да учрайди ва кўпинча ютқин, ҳалқум сили билан бирга кечади.

**Этиология ва патогенез.** Туберкулёз микобактерияларининг бирламчи учокдан гематоген тарқалиши натижасида келиб чиқадиган яллигланиш оғиз бўшлиғидан бошланади. Кох бактериялари чуккан жойда туберкулёз буртикчаси ривожланади. Оғиз бўшлиғидаги туберкулёз бирламчи туберкулёз кўринишида деярли учрамайди. С.С.Вайль, Г. А. Васильев, С.И. Либинларнинг тақидлашича, баъзан инфекциянинг манбаи чириб (гангреноз) кетган тишлар канали ҳисобланади. Аммо оғиз шиллиқ қаватларига

туберкулёз инфекцияси асосан қон томирлари орқали гематоген йўл билан тушади. Бурун шиллик қавати силида эса инфекция лимфоген йўл билан юмшоқ танглайга ўтиши мумкин. Бунда туберкулёз жараёни ривожлана берса, туберкулёз муртак безларига, тил асосига, ютқинга ўтиб кўпайиб кетиши мумкин. Туберкулёз жараёни кўпинча лабда, оғиз бурчагида, милкларда қаттиқ ва юмшоқ танглайда, тилда, тилчада ва муртак безларида жойлашади.

**Клиникаси:** Оғиз сили кўпинча туберкулёз волчаткаси кўринишида учрайди. Туберкулёз волчаткаси асосан юз терисини жароҳатлайди ва кўпинча лабнинг қизил ҳошиясига, сўнг эса оғизнинг шиллик қаватига тарқалади. Фақат шиллик қаватининг жароҳатланиши кам учрайди. Туберкулёз волчанкаси оғиз шиллик қаватидан бошланиб кейин юз терисига ўтиши мумкин.

Юқори жағ олдинги тишлар милкида, қаттиқ танглайда, юқориги лабда туберкулёз волчаткаси кўпроқ, оғиз бўшлиғининг бошқа қисмларида камроқ учрайди.

Яраларнинг қирғоқларида юмшоқ шиш бўлиб, у оғримайди. Атрофдаги бўрмачалар гуруҳ – гуруҳ холида, бир–бирига яқин жойлашади. Умуман жароҳат юзаки яра кўринишида бўлиб, юзаси тиниқ қизил ёки сарғимтир қизил, сариқ пардасимон модда билан қопланган, маймунжон меваси сингари папилломатоз ўсимталардан иборат. Унга тегилса, тез қонайди. Тишлар орасидаги суяк тўқимаси ҳам емирили сўрилиб кетади, натижада яра атрофидаги тишлар кимирлаб қолади, баъзан эса тушиб кетади. Туберкулёз жараёни лабга ўтганида лаб шишади, ҳажми катталашади, қон аралаш йирингли қотирма билан қопланади. Қотирма кўчириб ташланса, остида чуқур яра борлиги аниқланади. Шунингдек лабда оғриқли ёрилишлар пайдо бўлади. Жағ ости лимфа тугунлари катталашади, бир - бири билан бирлашади, пайпаслаб кўрилганда бемор оғриқ сезади. Яра юзасидан олинган паталогик материал текширилганда туберкулёз таёқчалари камдан - кам аниқланади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати волчаткасини захмининг III даврида учровчи бўртмалардан фарқлаш зарур. Захм яраси ва бўртмалари зичлиги ( қаттиқлиги) билан фарқланади, яраининг қирғоқлари текис бўлади. Волчатка ярасининг қирғоқлари юмшоқ, нотекис бўлади. Захм бўртмалари яра чандиғи юзасига қайта тошмайди. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ярали сили туберкулёз инфекциясининг очиқ ўчоқлардан ( кўпинча, ўпка силидан) тарқалиши натижасида ривожланади.

**Даволаш.** Консерватив даволаш организмга умумий таъсир этувчи ва касаллик кўзғатувчига махаллий таъсир этувчи чора-тадбирларни жамлаштиради. Умумий таъсир қилиши санатор-климактик ва антибактериал даволаш билан, махаллий- ортопедик чора-тадбирлар билан амалга оширилади.

санатор-климактик даволаш учта омилни ишлатишга қаратилган. Булар: қатъий режим рационал овқатланиш, аэрогелиотерапия.

### **Ўпкадан ташқари аъзолар сили.**

**Суяклар ва бўғим сили.** Умумий туберкулёзи касалликлари ичида 8-12% ни ташкил этади.

Этиология ва патогенез. Туберкулёз микобактерияларининг бирламчи учокдан гематоген тарқалиши натижасида келиб чиқадиган яллиғланиш суяк кумигидан бошланади. Кох бактериялари чуққан жойда туберкулёз буртикчаси ривожланади. Бирламчи остит еки туберкулёз остеомиелити ривожланади.

Туберкулёз буртикчалари казеоз некрозга учрайди, улар атрофида янги учоклар пайдо бўлади. Некротик массадаги суяк туқимаси атроф суяк туқимасидан ажралиб қолган – туберкулёз секвестри ривожланади. Яллиғланиш жараёни янги учоклар хотуберкулёз килиб бўғимга тарқалади. Бўғим халтаси туқималари, бўғим тоғайлари, атроф суяк туқимаси казеоз парчаланишга учрайди.

Узун найсимон суякларнинг туберкулёз билан асосий зарарланиши жойи эпифиз қисми хисобланади. Айрим холларда туберкулёзли синовит яхши кечиб, эпифиз зарарланмайди. Суяк ва бўғимлар туберкулёзи кечиши фазалари: I фаза- преартритик:

эпифизда деструкция учоги шаклланиши; II фаза - артритик: яллиғланишнинг суякда бўғимнинг бошқа туқималарига утиши ва иккиламчи артрит ривожланиши. III фаза- постартритик: утказилган остеомиелит окибатлари фазаси.

Суяк бўғим туберкулёзининг куп учровчи шакллари: умуртка туберкулёзи (туберкулёзли спондилоартрит), чанок сон бўғими туберкулёзи (туберкулёзли коксит), тизза бўғими туберкулёзи (туберкулёзли гонит);

#### **Клиник кечиши ва ташхислаш.**

Касаллик бошланишида беморлар тез чарчаш ва иштаха пасайишига шикоят қиладилар. Тана вазни камайиши, доимий субфебрил харорат кўзатилади. Туберкулин синамаси бўлганда бу белгилар умумий туберкулёзли интоксикация синдроми билан бирга кўзатилади.

Оекларнинг туберкулёзи билан зарарланишда дастлаб оек функцияси бузилади, кейинчалик энгашиганда ва юрганда огрик кушилади. Беморни курганда Оеклардан бирининг мушаклари атрофияси куринади.

Эрта рентгенологик белгиларга метаэпифиз қисмидаги ўзгартшлар: остеопороз, ериғланиш фониди юмшок соя кўринишидаги секвестрлар – «эриетган канд симптоми» мисол булади. Жараенга бўғим кушилганда бўғим ериги аввал кенгади, кейин тораяди. Бўғим тоғайлари тишсимон кўринишда булади.

Суяк бўғим туберкулёзида периферик қонда лимфоцитоз кўзатилади, туберкулин синамалари мусмат, йиринг экмасида Кох таекчаси топилади.

Умуртка туберкулёзи. Купрок 10-15 ешдаги болалар огришади. Касаллик билан кўкрак еки белдаги 2-4 та умуртка зарарланади.

Преспондилолитик фазада (жараен умуртка танасида жойлашади) туберкулёз интоксикациясининг барча белгилари мавжуд булади. Махаллий симптомлар йук. Рентгенограммада умуртка танасида деструкция ва остеопароз учоги куринади.

Спондилитик фаза (умуртка танасининг емирилиши ва жараенни умурткалараро диск ва атроф туқималарга утиши). Умумий симптомлардан ташкари энгашиганда огрик ва умурткадаги огрик туфайли харакат чегараланиши кўзатилади. Куриқда умуртка устунни чизиги кийинлашиши, уткир усик буртиши, букрилиқ куринади. Бу фазага яна «симптом вожжей» ҳам характерлидир.

Зарарланган умуртканинги уткир усигига босиб курилганда бемор огрик сезади. Умуртка туберкулёзининг спондилолитик босқичида (натечные абсцесс)лар ва окмалар кўзатилади. Умуртка таналарининг сурилиши орка миянинг ботуберкулёзиб қолиниши ва оеклар параличи, тос органлари функциялари бузилишига олиб келиши мумкин.

Рентгенограммада умурткалар танаси деструкцияси аниқланади. Бу умуртка поғонасини патологик компрессион синиш белгиси, катталашиб борувчи абсцессларга соялар.

Постспондилолитик фаза яллиғланиш камайиши билан характерланади. Лекин абсцесс, окмалар ва иннервация бузилиши сақланиб қолади. Қиёсий ташхисни умуртка поғонасининг яллиғланишли ва яллиғланишсиз касалликлари билан ўтказилади.

Умуртка поғонасининг сифилитик шикастланишига тўнги оғриқлар, сифилизга оид бошқа белгиларнинг бўлиши, ҳамда рентгенда остеосклероз ва шикастланган умурткаларда хаотик периостал қаватланиш кўринади.

Метастатик ўсмалар –бу бирламчи шикастланган орган ўсма хужайраларидан ўтадиган иккиламчи хавфли хотуберкулёза. Метастатик ўсма клиник белгилари асосан икки хил бўлади: доимий оғриқлар ҳамда оёқ-қўл ва тос органларининг тўлиқ фалажланишигача борувчи неврологик бузилишлар.

Бу ҳолатда рентген тасвирда , туберкулёз касаллигида фақат умуртка танасига тарқаладиган бўлса, бунда умуртканинги барча сохаларига тарқрлувчи суяк деструкцияси аниқланади. Ўсма жараёни перифокал шишли абсцесдан фаркли равишда паравертебрал зич, эгри-бугри соялар бўлиши билан кечади.

**Даволаш.**Қонсерватив даволаш организмга умумий таъсир этувчи ва касаллик кўзғатувчига махаллий таъсир этувчи чора-тадбирларни жамлаштиради. Умумий таъсир

қилиши санатор-климактик ва антибактериал даволаш билан, махаллий- ортопедик чоратадбирлар билан амалга оширилади.

санатор-климактик даволаш учта омилни ишлатишга қаратилган. Булар: қатъий режим рационал овқатланиш, аэрогелиотерапия.

Хирургик даво. Кўрсатмалар:

- Абсцесслар, оқмалар, орқа мия шикастланишлари билан асоратланган ўчоқли жараён;

- Анатомик бутунлик бузилиши ҳамда умуртқалар танаси шикастланиши билан кечадиган умуртқа поғонасининг прогрессияланувчи деформацияси;

Операция турлари: радикал –тикловчи ( касаллик эрта шаклларида- абсцессотомия, некроэктомия, умуртқа танаси резекцияси), реконструктив (ўтказиб юборилган шаклларида), коррекцияловчи (умуртқа поғонасининг деформациясини пасайтириш учун суяк-пластик жаррохлиги-редрессация, шикастланган умуртқаларни олиб ташлаш), даволовчи-ёрдамчи (организмни касаллик билан курашиш учун яхши шароитларни яратиш - умуртқа поғонасининг орқа қисмини суяк пластик фиксацияси, фустулотомия).

**Туберкулёз коксити.** Туберкулёзли оститни преартритик фазасида махаллий бўғим дискомфорт билан кечади, кейинчалик шикастланган сохада, енгил, доимий бўлмаган ва интенсивлиги бўйича ўсиб боровчи оғриқ билан кечади. Кам холларда оғриқ синдроми сон ва тизза бўғимларига иррадиация беради.

Кейинчалик юришни ўзгариши, жисмоний зўриқишдан сўнг оёқда оғирлик хисси бўлиши, бирон бир бўғимда ҳаракатнинг чекланиши кўшилади. Касални клиник текширганда ўчоқ пальпациясида оғриқ бўлиши, кортикал қаватда атрофида органик параартикуляр яллиғланиш ва юмшоқ тўқималарнинг параоссал инфильтрацияси кўзатилади, беморнинг умумий ахволи ўзгармаган бўлади.

Рентгенологик: бўғимнинг суяк метаэпифиз қисмида соғлом суяқдан ингичка склеротик қават билан чегараланган думалоқ ёки овалсимон бўшлиқ кўринади. Бу деструкция бўшлиғида секвестрлар ёки зичлашган казеоз масса жойлашган бўлиши мумкин.

Клиник белгилари: бўғимда оғриқ кучайиши-ҳаракат қилганда, умумий интоксикация белгилари бўлиши. Шикастланган бўғим соҳасида ҳар даражадаги яллиғланишли ўзгаришлар бўлиши, булар: махаллий ҳарорат ошиши, параартикуляр инфильтрация, фаол ҳаракатлар чекланиши, қонтрактуралар, абсцесс ва оқмалар.

Бу ўзгаришлар секин прогрессияланиб авж олиш босқичида яққол кўринади. Кам холларда сон думба мушакларида гипотрофия, гипотония кўринишидаги трофик ўзгаришлар кўзатилиши мумкин.

Артритик фазанинг рентген ўзгаришлари бўғим ёриғининг дастлаб торайиши, кейинчалик йўқолиб кетиши ва бўғим юзасининг иккиламчи деструкциясининг прогрессияланиши, остеопороз, бўғим халталарининг контури катталашishi билан характерланади.

Сўниш босқичида патологик жараён фаоллигининг пасайиши, оғриқларнинг камайиши ҳамда бўғим анатомо-функционал етишмовчилиги сақланган холда махаллий яллиғланиш белгиларининг сўниши характерлидир.

Рентгенологик текширувда суяк деструкцияси тўхташи ҳамда остеопороз камайиши, яъни репаратив жараёнлар ривожланиши аниқланади. Улардан ташқари бўғим суякларида қолдиқли. ўчоқли ўзгаришлар бўшлиқ кўринишида бўлиб, таркиби казеоз масса ёки секвестрлардан ташкил топган бўлади.

Кокситнинг постартритик фазаси бўғимда яллиғланишжараёнларининг сўниши билан характерлади. Бу беморларида турли даражадаги оғриқ синдроми бўлиш, ҳаракат ҳажмининг чекланиши, бўғим қонтрактураси ва оёқларнинг функционал кичиклашиши аниқланади. Постартритик фазанинг рентгенологик текшируви турли туман. Бўнга қисман суяк деструкцияси, туберкулёзжиши, деформацияли ўзгаришлар характерлидир.

**Силли гонит.** Периартритик босқичда патологик жараён сон эпифизида жойлашади. Асосий клиник белгилари туберкулёз интоксикацияси фонида: юрганда оёқ тортилиши, оқсоқлик кўзатилади. Шуни назарда тутиш керакки оғриқ бўлмайди.

Артритик фазасида бўғимда оғриқ пайдо бўлади. Ўша соха териси ялтироқ бўғим контури туберкулёзликлашиши билан ифодаланади. Текширувда тизза бўғимини баллотирланиш симптоми аниқланади.

Оёқлар мажбурий ҳолатда тизза бўғимидан буқилган. Оқмалар пайдо бўлиб майда секвестрлар оқиши кўзатилади. Касал оёқни соғлом оёқ билан солиштирганда соннинг бўғим сохаси катталашган, сонни ўзини айланаси эса камайган бўлади. Шикастланган сон тери кавати соғлом сонниқига қараганда қалин бўлади (Александров симптоми).

Рентгенологик текширувда сон ва катта болдир суяги эпифизининг остеопарози ёки уларнинг тўлиқ бузилиши, бўғим ёриғининг торайиши аниқланади.

### **Даволаш принциплари**

Қонсерватив даво :

- махсус антибактериал терапия; патогенетик даво (ЯҚНДВ, антигистаминлар, антиоксидантлар, витаминлар); хирургик даво; ортопедик даво; физиотерапевтик даво; сан-курорт даво.

**Оқибати.** Суяклар ва бўғимлар туберкулёзи бемор ҳаётини сақлаб қолиш нуктаи – назаридан хавфсиз ҳисобланади. Аммо суяк -бўғим туберкулёзи беморни ногиронликка олиб келиши мумкин. Агар вақтида текширув ўтказилиб, тўлиқ ихтисослашган комплекс даволаш ўтказилса беморнинг меҳнат қобилияти сақланиб қолиши мумкин.

**Буйрак сили.** Ўпкадан ташқари туберкулёз шакллари ичида буйрак, сийдик йуллари, эркаклар танотуберкулёз аъзолари туберкулёзи, скелет суяклари зарарланишидан кейинги 2-уринда туради. Буйраклар, сийдик йуллари, жинсий аъзолар туберкулёзини умумий туберкулёздан кейин келиб чикувчи мустақил булмаган жараен сифатида қаралади.

Буйраклар, сийдик йуллари, жинсий аъзолар туберкулёзи утки рва сурункали булиши мумкин. Уткир шакл миляр туберкулёз кўринишида булиб, мустақил клиник кўринишга эга. Ташхис гематоген дессиминирланган туберкулёздан улган беморлар аутопсиясида аниқланиши мумкин.

### **Патогенез.**

Сийдик аъзолари туберкулёзи туберкулёз кўзгатувчисининг бирламчи еки иккиламчи гематоген тарқалиши натижасида келиб чиқади. Кириш дарвозаси ва бирламчи учок куп холларда ўпкада жойлашади. Қон оқими билан кўзгатувчилар буйрак пустлрқ қисмига тушади ва пустлокда майда туберкулёз учокларини хотуберкулёз қилади. Организмнинг қаршилиги нормал бўлганда, кўпинча бу учоклар битиб кетади.

Патологик анатомияси. Дастлабки туберкулёз учоклари буйрак пустлогидида жойлашади. Улар сарик – ок ранг, турли улчамларда, эпителиоид, лимфоид ва гигант хужайралар сақлаган специфик грануляция билан уралган казеоз некроз учокларидан иборат. Кейинчалик учоклар бирлашиб, буйрак паренхимасининг янги жойларини камраб оладилар.

Жараен пустлокдан мия каватига утади, туберкулёзлинекротик папилит келиб чиқади. Паренхима чегараларидан чиқиб, жараен жомчани, кейинчалисийдик йуллари, ва сийдик пуфагини зарарлайди.

Буйрак емон кечишида паренхиманинг парчаланиши давом этади: каверналар катталашиб бир бири билан кушилиб кетадилар. Буйраклар зарарланиши терминал босқич булиб, буйракларнинг поликаверноз туберкулёзи, туберкулёзли полинефроз ҳисобланади. Бу ўртача 3 йилда ривожланади.

Сийдик йулларидаги морфологик ўзгартшлар ҳам шундай босқичларни утади – инфильтрация, деструкция, склерозланиш. Шиллик кават юзасида оқиш гиперемияли буртмалар пайдо бўлади. Кейинчалик улар кушилиб, шиллик кават некрозланади ва яралар хотуберкулёз бўлади. Жараен яхши кечганда туқиманинг чандикланиши куузатилади, лекин бу холл сийдик найининг торайиши, сийдик пуфаги буришиши ҳамда уретрагидронефрозга олиб келиши мумкин.

Буйрак туберкулёзининг ўзига хоспатоморфологик элимети булиб, яллигланиш учокларининг охакланиши ҳисобланади. Казеоз парчаланиш учоклари охакланиб, буйракда икки еки куплаб петрификатлар хотуберкулёз бўлади. Баъзи ҳолатларда бутун буйрак охакланиши мумкин. Учокнинг охакланиши унинг санациясини билдирмайди, чунки петрификат марказида яшовчанлигини сақлаб қолган микобактерияларни учратиш мумкин.

## **Тасниф**

Буйрак туберкулёзининг бир неча таснифлари таклиф этилган. Улардан энг кулайи жараенни босқичларга булиб урганилган таснифдир:

I-босқич – буйраклар нодеструктив (инфилтратив) туберкулёзи.

II- босқич – илк деструкция – папиллит еки катта булмаган(1см) якка каверналар

III- босқич – чегараланган деструкция – буйракнинг бир сегментида ката улчамли каверна еки поликаверноз туберкулёз.

IV- босқич тотал еки сутотал деструкция (икки сегментнинг поликаверноз туберкулёзи, туберкулёзли полинефроз, буйракнинг охакланиши).

Клиник кечиши ва симптомлари. Буйрак ва сийдик йуллари туберкулёзининг ўзига хос алохида симптомлари йук. касалликнинг клиник кўриниши жараеннинг босқичи ва хажмига боглик. Эрта босқичларида касаллик симптомларсиз кечиши мумкин. Буйракларда деструктив ўзгартшлар ривожланганда ва коса-жом тизими ретенцион ўзгартшларида, бел сохасида симилловчи огриклар, интокикация белгилари: холсизлик, тез чарчаш, озиш, субфибрил харорат кўзатилади.

**Диагноз.** Клиник текширув бемор шикоятлари ва анамнез йигишдан бошланади. Утказилган ўпка туберкулёзи, лимфа тугунлари ва суяк туберкулёзи хамда экссудатив плеврит ва бошқалар, буйрак туберкулёзи ташхисини кувватлайди. Туберкулёз билан касалланганлар билан узок алока бор йуклиги ката ахамиятга эга.

Агар бу хол мавжуд булса, унда биринчи бемор кандай даволанганини билиш керак, чунки бу бемордаги микобактериялар биринчи бемор олган антибиотикларга чидамли булиб колган булиши мумкин.

Буйрак туберкулёзини, айникса эрта босқичларида, физикал текширувлар кам ахборот беради. Бел сохасини тукиллатиб куриш ва ковурга ости чукур пальпациясида огрик сезилмайди. Буйракни пайпаслаш баъзи холлардагина (пиелонефрит, гидронефроз) керакли ахборотни бериши мумкин. Буйрак туберкулёзида ташки жинсий органлар, простата беши ва уруг пуфакларини пайпаслаш ката ахамиятга эга.

Агар уларда сезиларли ўзгартшлар булса бу буйрак туберкулёзи хакида тахмин қилишга асос булади. Чунки буйрак туберкулёзи жинсий аъзолар туберкулёзи билан огриган одамларнинг 50% да учрайди.

Лаборатор текширувлар ташхислашда ката ахамиятга эга. Сийдик тахлили киматли маълумотларни бериши мумкин: гематурия, пиурия, протеинурия ва туберкулёз микобактерияларини аникланиши. Лейкоцитурия туберкулёз белгиси булибгина колмай, йулдош пиелонефрит белгиси булиши хам мумкин. Купрок ахборотни лейкоцитурия босқичини микдорий бахолловчи услублар (Аддис-Каковский, Амбрюже, де Альмейд-Нечипоренко) беради.

Буйрак туберкулёзига кислотали сийдик мухити хос. Буйрак туберкулёзида протеинурия «елгон» белги хисоланибланади, чунки бу ерда протеинурия коптокчаларнинг зарарланиши натижасида эмас балки сийдик таркибида куп микдорда яллигланиш махсулотлари ва ферментатив элеменларнинг булиши билан тушинтирилади. Буйрак туберкулёзининг аник белгиси булиб, сийдикда туберкулёз микобактерияларининг топилиши хисобланади.

Лекин, барча текширувлар натижасида хам туберкулёз микобактериясини 70-80% беморлардагина аникланади. Чунки микобактерия интермиттерловчи хусусиятга эга. Шунинг учун бактериоскопия текширув мобайнида хар куни, сийдик экмасини камида 3 кун кетма-кет бажариш шарт.

### ***Сийдик-таносил системаси туберкулёзи таснифи.***

Буйрак туберкулёзи таснифи:

1. Клиник – ретгенологик шакллари: Буйрак паренхимаси туберкулёзи .

Буйрак сургичи туберкулёзи (папиллит).

Каверноз туберкулёз.

Туберкулёздан кейинги пиелонефрит.

2. Эпидемиологик характеристика БК+, БК-
3. Буйракнинг функционал ҳолати: функция бузилмаган, камайган, йук.
4. Туберкулёз жараени кечиши характери:

Озик жараени

Буйракнинг ишдан чиқиши

Тотал, сегментар, бита косача чандикланиши.

Охакланиши

Буришиши

5. Асоратлар (тошлар, усма, пиелонефрит, амилоидоз...)
6. Локализацияси (бита еки иккита буйрак, ягона буйрак: юқори, ўрта, пастки сегмент; бита косача, буйракнинг тотал жароҳати).

Сийдик йуллари туберкулёзи: ярали, чандикли пиелонефрит. сийдик пуфаги туберкулёзи: ярали, чандикли, рефлюксли ва рефлюксиз микропуфак.

Уретра туберкулёзи: ярали, чандикли.

Простата туберкулёзи: казеоз, учокли, каверноз

Мояк ва мояк ортиги туберкулёзи.

### **Сийдик таносил аъзолари туберкулёзи билан касалланган беморларни даволаш.**

Медикоментоз даво. Сийдик таносил аъзолари туберкулёзини даволаш принциплари, бошқа аъзолар туберкулёзини даволаш услубидан унчалик ката фарқланмайди. Хамма кайта аниқланган беморлар туберкулёзга Карши дори воситаларини комбинацияланган ҳолатда суткалик максимал дозаларда қабул қилиши керак бўлади.

Бирламчи даво курсининг давомийлиги индивидуал танланади, у туберкулёз шакли ва йулдош касалликлар, буйрак ва жигар функционал ҳолати, дори воситаларини индивидуал кутара олиши ҳамда микобактерияларнинг индивидуал сезувчанлигига боғлиқ бўлади. Буйрак туберкулёзининг барча шакллари 3-6 ой давомида интенсив даволанишлари шарт. Истисно тарикасида пиелонефроз еки сийдик йули уткир ретенцияси олинади.

Бу ҳолат тезкор жарроҳлик амалиёти ўтказишга курсатма ҳисобланади. Буйрак туберкулёзи билан касалланган беморлар медикоментоз даволаниш давомида уролог назоратида булишилари (эксретор урография) зарур, мақсад уз вақтида асоратларни (стриктура, облитерация) олдини олиш. Агар буйрак туберкулёзи сийдик найи зарарланиши билан кечса, туберкулёзга карши давога кортикостероидлар (кучли чандикларга карши) ҳам кушилади. Шу билан бирга сийдик найини цитоскоп ердамида бужлаш амалга оширилади.

Агар 3-6 ойдан кейинги урологик текшириш натижалари беморга факат медикоментоз даво куллаш кераклигини билдиради, бир йил давомида узлуксиз даволаниши. Дори воситаларини индивидуал кутара олмасликда коктейл сифатида томир ичига юбориш орқали даволашни давом эттириш мумкин.

Касалликнинг кечими макроорганизмнинг иммун ҳолати, уз вақтида бошланган ва узок вақт даволашга боғлиқ. Буйрак кортикал қисмида жойлашган туберкулёз учоклари, бу қисмнинг яхши қон билан таъминлангани учун чандикланиши ва хатто бутунлай битиб кетиши ҳам мумкин.

Буйрак паренхимаси деструкцияси ҳеч қачон регенерация билан тугамайди. Яхши кечимда каверна урнида ретенцион кисталар еки туз чуқмалари билан импрегнациялашган туберкулема учоклари қолади.

Туберкулёзнинг деструктив шаклларида буйраклар суммар функцияси кам даражада зарарланади. Буйрак етишмовчилиги белгилар факатгина иккала буйрак массив зарарланганда, еки ягона – нефроэктомиядан кейинги буйрак туберкулёзда, яна пуфак-сийдик найи рефлюксли сийдик пуфаги туберкулёзида юзага келади.

Ярали сийдик пуфаги туберкулёзида туберкулёзга карши дори воситалари билан бирга стерил балик мойи, туберкулёзга карши дори воситалар эритмаларини сийдик пуфаги ичига юбориш яхши натижа беради. Яккол огрик бўлганда сийдик пуфаги соҳасига дикаин, стрептомицин билан гальванизация яхши эффект беради.



Санатор ва иклимий даво даволашда муҳим омил ҳисобланади. Санатор даволашга қарши курсатмалар: сурункали еки ўткир бўйрак етишмовчилиги, сийдик оқмалари, сийдик тута олмаслик, сийдик танотуберкулёз системаси туберкулёзининг амило-липид дистрофия билан кечиши, ўпка еки суяк системаси актив туберкулёзи.

Даволашнинг жарроҳлик усуллари. Замонавий туберкулёзга қарши дори воситалар қупчилик аъзони саклаб қолувчи операцияларни ўтказишга йул очиб берди. Ҳозирда нефроэктомияга курсатмалар: бўйрак функциясининг бутунлай йуқолиши билан кечувчи пионефроз, функцияси сусайган поликаверноз бўйрак туберкулёзи, бутунлай бўйракнинг жароҳати, носпецифик пиелонефрит билан асоратланган поликаверноз бўйрак туберкулёзи.

### **Чарви лимфа тугунларининг сили.**

Чарвининг туберкулез билан зарарланиши (мезадениит) – қорин бўшлиғида учровчи (абдаминал) туберкулезнинг асосийси бўлиб ҳисобланади.

**Патогенез ва патологик анатомияси.** – туберкулез мезадениити болалар ва ўсмирларда бирламчи туберкулез қаби ривожланиши мумкин ва иккиламчи туберкулез қаби катталарда ҳам ривожланиши мумкин. Чарви лимфа тугунларининг асосий зарарланиши йўли бу - лимфоген йўлдир.

Туберкулез жараёни кўпинча чарви лимфа тугунларининг зарарланиши билан чегараланиб қолмай, балки қорин бўшлиғидаги бошқа лимфа тугунларига, қорин пардага, ичакларга, кичик чанок бўшлиғидаги аъзоларга ҳам тарқалади.

Морфологик позициясига кўра инфилтратив, фиброз ва фиброз-козеоз мезадениит турларга ажратилади. Инфилтратив мезадениитда лимфоид элементларнинг гиперплазияси билан кам сонли туберкулез ўчоқлари аниқланади, фиброз турида эса фиброз тўқима орасида дўмбоқчали тошмалар, фиброз-козеоз турида фиброз капсулалари козеоз-некротик массалар ва атроф тўқима фиброзланиши аниқланади.

**Клиник кечиши.** туберкулез мезадениитининг клиник намоён бўлиши рангбаранглиги билан ажралиб туради. Қасалликнинг клиник кечиши ўткир ва сурункали бўлиши мумкин.

Ўткир кечишида қоринда ўткир оғриқ, кўпинча киндик ва ўнг ёнбош соҳасида учрайди. Оғриқ интенсив бўлиши мумкин ва «ўткир қорин» га шубҳа уйғотади.

Туберкулез мезадениитининг сурункали тури тўлқинсимон кечиб, қайталаниш ва рамиссия даври билан алмашилиб туради. Қорин соҳасидаги оғриқ одатда ингичка ичак тутқичи проециясига мос ҳолда тарқалади. Иштаҳа пасайиши, эпизодик ҳолда кўнгил айнаши, қусиш, ич келишининг бузилиши кузатилади.

Кўриқда қорин димланиши, қорин парданинг таранглиги зарарланган лимфа тугунлари соҳаси пальпация қилинганда кучли оғриқ аниқланади. Чуқур пальпацияда эса киндик соҳасида кучли оғриқ аниқланади.

Қорин бўшлиғидаги лимфа тугунларининг катталашганлигини ҳам рентгенологик лимфографияда аниқланади, лекин ультратовуш сканерлаш ёки КТ ёрдамида яхшироқ аниқланади. Бунда зич ҳосилалар лимфа тугунлари, кальций тузларининг ўсиши ҳосил белги (ташҳис ноаниқ бўлган вақтда).

Чарви лимфа тугунларининг захарланиш ташҳисида ноаниқлиги мавжуд бўлса, лапароскопия усулини қўллашга кўрсатма бўлади. Кўриқ вақтида туберкулез дўмбоқчалари ва тошмалари аниқланади, қорин ички ўсиши ва ташҳис верификацияси учун қорин парда ва лимфа тугунлар биопсияси ўтказилади.

**Қорин парда сили** – туберкулезнинг кам учрайдиган тури бўлиб, асосан ёш аёлларда учрайди.

**Патологик анатомияси ва патогенези** - қорин парда туберкулези билан яллиғланиш гематоген –диссемиранган туберкулез ёки қорин бўшлиғи азолари туберкулези асорати ҳисобига ҳосил бўлиши мумкин. Жуда кам ҳолатларда қорин парда туберкулези мустақил ривожланиши мумкин.

**Қорин парда силининг** қуйидаги шакллари фарқланади: экссудатив, пластик ва ярали.

Экссудатив шаклида қорин бўшлиғида сероз, сероз-йирингли ёки геморрагик суюқлик бўлади. Сероз суюқлик қолдиғида лимфоцитлар учрайди. Қорин парда кенгайган, гиперемияланган, кўпгина дунглик ёки казеоз пилакчалар билан қопланган. Оғир ҳолатларда қорин пардада яраланиш кузатилади. Қорин бўшлиғидаги суюқликдан суртма тайерланиб, микроскоп остида кўрилганда туберкулез таёқчалари аниқланди.

**Клиникаси.** Клиникасида беморнинг қорин соҳасида қисман захарланиш ҳисобига оғриқ, диспептик бузилишлар, метеоризм, ичак перисталтикасини ошиши (ўткир ичак тутилиши) кузатилади. Қорин парда туберкулезининг экссудатив шаклида суюқлик хажми ортиши ҳисобига қорин катталашади.

Пластик шаклида қорин ўртача шишган, асимметрик, баъзан кўтарилган бўлади. Қорин пальпация ва перкуссия қилинганда қорин деворида оғриқ юзага келади. Бемор ҳолатининг ўзгариши билан қорин соҳасидаги суюқлик ҳам ўз жойини ўзгартиради, бу ундуляция симптоми.

**Диагностика.** Қорин парда туберкулезида қорин бўшлиғидаги суюқликда туберкулез таёқчалари камдан кам ҳолларда топилади. Агарда иммунфермент усули орқали суюқлик текширилса, кўп ҳолларда экссудат таркибидан туберкулез таёқчаси антителалари топилади.

Лапараскопик биопсия ўтказиш яхши натижа беради. Қорин парда туберкулези билан касалланган беморларда туберкулин синамаси мусбат бўлиши мумкин. Туберкулин тери остига юборилганда реакция ўчоқ кўринишида ёки қорин соҳасида оғриқни кучайиши билан юзага чиқади.

**Ичак туберкулёзи.** Ичак туберкулёзи одатда авж олиучи упка туберкулёзи, қорин ички минфатик тугунлари ёки бошқа органлар натижасида келиб чиқади. Базан ичак туберкулёзи тарқалган тарзда учрайди. Бунақа ҳолатларда ичак туберкулёзи диагнозини кўйиш бир қанча қийинчилик туғдиради.

**Патагенез ва патологик анатомияси.** Ичак туберкулёзи бирламчи туберкулёзнинг лимфоген тарқалиши орқали мезинтериал лимфатик тугунларининг зарарланиши билан тушинтирилади. Упканинг деактруктив туберкулёзи бор беморлар узидан чиққан балгамни ютиш орқали ичак туберкулёзини келтириб чиқаради.

Гемотаген ва минфа гемотаген ичак деворига МБТ тушиши иккиламчи туберкулёз учун унчалик аҳдмиятли эмас.

Ичак туберкулёзи ривожланишда ошқрзон ичак тизимини носпесифик касалликлари ҳамда туберкулёз инфекциясига умумий ва маҳаллий қаршилигини пасайиши билан асосланади. Купинча имиёсекал соҳада туберкулёз ёлгон усмаси йўғон ичакдаги думбоклар инфилтратлар эрозиф яралар ҳосил бўлади.

**Клиникаси.** Касалликни эрта вақтида беморда шикоятлар булмайди. Туберкулёз интоксикациясидан кейин умумий симптомлари кузатилади. Қорин соҳасида тез-тез оғриқлар кейинчалик оғриқни ун ёнбош соҳага утиш билан характерланади. Кузиш даврида кунгил айниши ва қайд қилиш кузатилади.

Беморда баъзан ич кетиши ёки ич котиши кузатилади. Кузиш даврида қорин бир оз дам булади, полпацияда қорни юмшоқ оғриқди, ёнбош ичак қовузлогини силастик қисқариши кузатилади. Куричак оғриқли ва қаттиқ булади. Ичакдаги туберкулёз яраси тешилиши натижасида уткир перотипик юзага келади. Яра битгандан кейин купинча чандиққолади. Гемограммада СОЭ ишган булади. Ахлатда шиллиқ ва лекоцитлар аниқланади.

**Ташхис.** Ошқозон ичак трактини рентгенологик ва эндоскопик текшириш керак. Туберкулёз билан зарарланган ичак ва тулиш дефисти қовузлокнинг этоник кенгайиши аниқланади. Ошқрзон ва 12 бармоқли ичак туберкулёзни аниқлашда гастродуоденоскопия (биопсия билан) қилинади.

Йўғон ичак туберкулёзида колоноскопия (биопсия билан) қилинади. Биоптат туберкулёз билан зарарланганини гестологияда аниқланади.

**Кўз туберкулёзи.** Гематоген кўз туберкулёзининг энг кўп учрайдиган жойи бу- кўз олмаси қаватлари ҳисобланади. Поликлиника ва стационар офтальмологлари кўз туберкулёзига гумон қилинган беморларни вақтида аниқлашга жавобгардир.

Сурункали торпид ёки рецидивланувчи эндоген иридоциклит, периферик увеит, хориоретинит, ноаниқ этиологияли панувеит бундан ташқари булар билан биргаликда кўрув

нерви, шох парда, склера, ретина ҳамда унинг томирлари қўшилиб келадиган касалликлар кўз туберкулёзи ривожланишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади.

Бу беморлар “поликлиник” гуруҳни ташкил қилади ҳамда буларга кўз органини ва организм умумий текширувлари ўтказилади. Агар беморда кўз туберкулёзига оид белгилар аниқланса, туберкулёзга қарши диспансерга жўнатиш лозим ва у ерда туберкулёзга махсус текширувлар ўтказилади.

Туберкулёз увеитига энг характерли белгилари: Эрлих зонасида шох парданинг ёғли преципитатлари, орқа стромал синехиялар, шох парда сезгирлигини сақланиши чегараланган хориоретинал ўчоқларнинг секин ўсиб бориши, айниқса касалликнинг сурункали ёки тўлқинсимон кечишида.

**Кўз сили диагностикаси.** Туберкулёз жараёнини аниқ текшириш учун патологик кўз ўчоғини гистоморфологик ва микробиологик текширувларни қўллаш керак. Асосий, диагностик информатив мезонлари бўлиб ҳисобланади:

Кўз туберкулёзига офтальмологик картина характерлидир; туберкулинни ( 10 дан 50 ТЕ гача) қилганимизда яллиғланиш жараёнининг авж олиши, яъни ўчоқли реакциянинг бўлиши; тор таъсирли туберкулостатиклар билан тесттерапия қилинганда терапевтик эффектнинг бўлиши.

Юқорида келтирилган мезонлардан учтаси ёки иккитаси аниқланса 96-98 % ҳолларда катталарда туберкулёз этиологияли кўз касаллиги борлигини ишончли аниқлаш мумкин. Болаларда ва ўсмирларда бу мезонлардан ташқари организм туберкулёз инфицирланиш белгилари ва кўз туберкулёзидан ташқари локал белгиларнинг бўлиши шарт.

#### **Кўз силини даволаш.**

Беморга кўз туберкулёзи ташҳиси тўғри қўйилгандан сўнг этиотроп узоқ муддатга, интенсив, комплекс патогенетик терапия назорат остида даволанади. Шунинг назарда тутиш керакки, охириги пайтда кўз туберкулёзи аниқланган беморларни асосий даволаш курси 9-12 ойгача тавсия қилинган.

Асосий даволаш курси ( 6 ой) 2 фазадан иборат. Дастлабки фазасида махсус туберкулёз стационарида ёки санаторийсида интенсив 3 ёки 4 та химиопрепаратлар билан даволанади. Кейинги 4 ойда даволашни 2 та химиопрепарат билан санаторияда ёки, агар касал рози бўлмаса яшаш жойида амбулатор даволанади. Тизимли даво билан биргаликда параллел ҳолатда маҳаллий этиотроп даво олиб борилади.

Асосий химиотерапия курси тугатилгандан сўнг кўрсатмага қараб мавсумли

курс тавсия этилади. Клиник кўринишининг оғирлигига кўра беморда даволашни 2 та категорияга ажратилади.

Даволашнинг дастлабки фазасида ( 2 ой) кўз туберкулёзининг оғир шакли билан касалланган беморга 4 химиовоситаси тавсия қилинади, қолган беморларга (ўрта оғир шаклида) 3 та химиовоситаси тавсия қилинади. Даволашнинг кейинги фазасида (4 ой) иккала категориядаги касалларда 2 та химиовоситасини ҳар куни ёки ҳафтасига 3 маҳал тавсия қилинади.

Зарурат бўлса даволаш тактикасига коррективлар қўшилади. Тизимли давога параллел равишда маҳаллий этиотроп даво қилинади. Химиотерапия фонида патогенетик терапия ўтказилади: яллиғланишга қарши, десенсибилизацияловчи воситалар, иммуномодуляторлар, сўрилиш ҳамда репарация жараёнини стимулловчи воситалар, кўрсатмага кўра лазер ва микрохирургик даво услублари қўлланилади.

Асосий антибактериал даволаш курси тугагандан сўнг беморларга мавсумли антибактериал даволаш курси (1-2 йил давомида) ўтказилади. Замонавий антибактериал терапия билан асосий курс тугагандан сўнг клиник самарага эришиш эҳтимоли кўп.

Кўз туберкулёзини клиник тузалганлигини хулоса қилиш учун комплекс мезонлар мавжуд. Булар: шикастланган ўчоқда экссудация ва инфильтрация белгиларининг йўқлиги, бошқа жойдаги туберкулёзнинг фаол рентген-клиник-лаборатор белгиларнинг йўқлиги, 2-50 ТЕ дозада туберкулин юборилганда ўчоқли ва қисман умумий реакциянинг йўқлиги.

Туберкулин синамасини қўйишга қарши кўрсатма бўлса флуоресцент ангиография, кўз ёш кристаллография қўллаш мумкин.

#### **Хулосалар**

1. Кўз туберкулёзи бор беморларни аниқлаш, диагностикаси ва даволаш сифатини ошириш учун офтальмологлар билан бирга фтизиатрлар қўшилиб даволашни олиб бориш лозим. Кўз туберкулёзи бор беморларни вақтида аниқлаш учун окулистда фтизиатрик сезгирлик бўлиши ва шу касалликнинг характерли белгиларини билиши керак.
2. Кўз туберкулёзига гумон қилинган беморлар поликлиника ва стационарларда офтальмологлар томонидан ҳар кўнги иш жараёнида аниқланади. Натижада хавфли “поликлиник” гуруҳ шаклланади.
3. Умумий даволаш стационар окулистни тактикаси беморларни текширувлар натижасига боғлиқ: кўз туберкулёзига оид характерли офтальмологик белгилар аниқланса беморни шу яқин вақт ичида туберкулёзга қарши диспансерга ташҳисни аниқлаш учун йўлланма берилади.
4. Кўзнинг туберкулёзи этиологияли касаллигида верификацияни туберкулёзга қарши шифохонадаги окулистлар ҳал қилади. Кўзнинг гематоген ва туберкулёз аллергик касалликларни қиёсий ташҳислаш зарур, чунки даволаш ва диспансеризация характерига кўра фарқланади.
5. Кўзнинг гематоген туберкулёзли беморларни фтизиоофтальмологлар томонидан даволанади.
6. Умумий шифохона офтальмологи кўз туберкулёзи асоратида лазеръ микрожарроҳлик амалиётини бажаради. Буни фтизиоофтальмологлар билан келишиб жарроҳликдан олдинги ва кейинги туберкулёзга қарши даволашни ривожлантиради.

Кўз туберкулёзи бор беморлар тузалганидан сўнг яшаш жойидаги умумий даволаш стационарлардаги офтальмолог назорати остида бўлади.

**Тери сили.** СМБ нинг (Кох бактерияси) терига кириши ва натижада юзага келадиган тери шикастланишининг турли гуруҳ клиник кўринишларидир. Терига ёки оғиз шиллик қаватига қўзғатувчи кўпинча ички органлар туберкулёз ўчоғидан қон ёки лимфа орқали келади (иккиламчи туберкулёз). Тери туберкулёзи ривожланишига қуйидагилар олиб келади: гормонал дисфункция, асаб системаси ҳолати, астения, инфекция касалликлар ва б.

Тери туберкулёзи 3 йўл билан юқиши мумкин. Экзоген инфекция манбаи организмдан ташқарида жойлашганда ривожланади (бирламчи инокуляция туберкулёз (туберкулёзли шанкр) ва сўгалли тери туберкулёзи). Иккинчи инфекция юқиш йўли – эндоген, терини маҳаллий (скрофулодерма) ва лимфатик (туберкулёзли бўрича) ёки қон томир бўйича (туберкулёзли бўрича ва милиар туберкулёз) тарқалиши. Учинчи йўл – ички орган фаол туберкулёз ўчоғидан қўзғатувчининг аутоинокуляцияси (орифициал туберкулёз).

АҚШ да 1984 й гача туберкулёз касалликлар сони камайган. 1985 й дан яна ўсишни бошлади. Аҳолининг кўпайиши, инъекцион наркотиклар қабул қилиши, туберкулёзга қарши курашишни тўхтатилиши, ОИТС эпидемиясининг тарқалиши туберкулёзни авжланишига олиб келди. Хавфли гуруҳга ёши катталар, уйсизлар, алкоголиклар, наркоманлар, камалганлар, ОИВ-инфицирланганлар киради.

Бирламчи туберкулёзли шанкр терига бевосита *m.tuberculosis* кириши натижасида ривожланади. Қўзғатувчи соғлом терига кира олмайди, фақат жароҳатланган тери орқали юқади. Бошқа кам учрайдиган йўллари ҳам мавжуд. Жинсий алоқа пайтида, оғиздан-оғизга сунъий нафас берганда, суннат қилинганда ва бошқалар.

Қўзғатувчи юққандан сўнг 2-4 ҳафтадан кейин шикастланиш ривожлана бошлайди ва кичкина, оғриқсиз, тузалмайдиган чегараланган яра хотуберкулёз бўлади. 3-8 ҳафта ўтгандан кейин регионар лимфаденопатия, лимфа тугунлари зичлашиши оғриқсиз бўлиши кўзатилади.

**Терининг люпоидли сили** (туберкулёзли ёки оддий сўгал) кўпинча 5-15 ёш болаларда, кам ҳолларда қарияларда учрайди. Узоқ муддат ва кучли кечиши билан характерланади. Зарарланиш юз соҳасида, баъзан шиллик қаватлар шикастланиши билан бирга келиши мумкин. Терида нўхатдек, оғриқсиз, юмшоқ консистенцияли, оч-қизил рангдаги дўмбоқча пайдо бўлади (люпома).

Дўмбоқча устига ойна билан ботуберкулёзганда қизил ранг йўқолиб, оқиш фонда “олма желеси”га ўхшаш доғ кўринади. Люпома ойлаб, йиллаб секин ўсади. Кейинчалик яра

хотуберкулёз қилиб битади, ўзидан кейин оқ чандиқ из қолдиради. Бунинг устига яна люпома чиқиши мумкин. Баъзан “бўрича” сарамасли яллиғланиш, фил оёқлик ва ўсма билан асоратланиши мумкин.

Туберкулёзли “бўрича” тери туберкулёзининг сурункали прогрессияланувчи шакли бўлиб, бошқа жойлардан тарқалиб, тери ва шиллиқ қаватларга гематоген ва лимфоген йўл орқали юқади. 40% беморларда асосида лимфаденит ётади, 10-20% да эса ўпкаси зарарланганлар, кўпинча жараён бош, бўйин, бурунда, юзда ва қулоқда учрайди. Бирламчи тери шикасти юмшоқ қонсистенцияли, беморни безовта қилмайдиган кўнғир-қизғиш рангдаги папуладан ташкил топган.

**Коллигватив тери сили (скрофулодерма)** – энг кўп учрайдиган тери туберкулёзининг шакли. Болаларда, ўсмирларда ва ёши катталарда учрайди. Тери ости клечаткасида ҳар хил катталикдаги чуқур жойлашган, хамирсимон қонсистенцияли, кўкиш рангдаги бироз оғрикли тугунлар пайдо бўлади.

**Индуратив тери сили** . Кўпинча 16-40 ёш аёлларда локализацияси симметрик болдирда. Дерма чуқур қаватида ва тери ости клечаткасида зич тугунлар хотуберкулёз бўлиб, устидаги тери секин- аста пушти-кўкиш рангга киради. Тугунлар ёрилиб, яралар хотуберкулёз қилади, секин битади, ўзидан кейин туберкулёзлик чўзилган чандиқ из қолдиради. Бу касаллик қайталанишга мойил бўлиб, кўз ва қиш мавсумларида қайталанади.

**Папулонекротик тери сили** кўпинча қизларда ва ёш аёлларда учрайди. Елка терисида, болдир, сон кам ҳолларда тана ва юз терисида хотуберкулёз бўладиган зич, ярим шарсимон, катталиги нўхатдек пушти-кўкиш рангдаги тугунлар жойлашади. Тугун марказида некроз ўчоғи бўлиб, секин қурийди ва кулранг қипиқланиш хотуберкулёз қилади. Битгандан кейин ботуберкулёзган “штампланган” чандиқ қолдиради. Касаллик кўз-қиш ойларида рецидивланишга мойил.

**Лихеноид тери сили.** Ўпка туберкулёзи ва лимфа тугунлари зарарланган болалар ва ўсмирлар касалланади. Одатда кўкрак қафаси, орқа, қорин ва тананинг ён қисмлари терисида майда гуруҳлашган, усти енгил кўчадаган қипиқлардан ташкил топган дўмбоқчалар хотуберкулёз бўлади. Битгандан кейин пигментация, баъзан нуқтали чандиқ қолдиради.

**Анатом сўғали** (сўғалли туберкулёз, прозектор сўғали, сўғалли тери туберкулёзи). Бу инфекция билан зарарланган одамлар қайта ташқаридан инфицирланиши натижасида келиб чиқади. Қайта инфицирланиш тери бутунлиги бузилгандагина бўлади. Касалланишга хавfli омиллар- касби билан боғлиқ бўлганлар бу тиббиёт ходимлари ва талабалари, патанатомлар аутопсия пайтида, фермерлар.

**Даволаш** туберкулёзга қарши терапия умумий принципларга таянган ҳолда ўтказилади. Одатда комплекс даво ишлатилади. Бу стрептомицин, фтивазид, рифампицинни ўрта терапевтик дозада берилади. Битта асосий ва иккита рецидивга қарши даволаш курси ўтказилади. Асосий курс давомийлиги 6 ой, рецидивга қарши 3 ой. Курслар орасидаги интервал 4-6 ойни ташкил қилади.

Махсус воситаларга комплекс ҳолда қувватловчи воситалар, витаминлашган парҳез, рационал режим қўшилади. Ярали турида дез эритмалар билан ювиш ва малҳам ишлатилади. Скрофулодермада хирургик дренажлаш даволаш муддатини қисқартириши мумкин.

## **ХУЛОСА**

Маъруза матнида оғиз бўшлиғи, ўпкadan ташқари аъзолар туберкулези этиопатогенези, шунингдек туберкулезни турли локализацияси клиник кечиши, лаборатор-рентгенологик ўзгаришлари ва қиёсий ташхисотини ҳамда даволаш билан биргаликда кечиши тўғрисидаги билимларни ўзлаштириш. маълумотларини, туберкулёзни профилактик чора тадбирлари ва унинг асоратлари ҳақида асосий ҳолатлар ёритилган. Талабалар маърузадан олган билимлари асосида ҳамда бўладиган амалий машғулотлар давомида туберкулёз билан курашиш бўйича ташкилий усулларни ўтказиш бўйича амалий кўникмалар ҳосил қилади.

**Маъруза №10 Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси.**

Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши..
	2. Даволаш принциплари.
	3. Туберкулёз профилактикаси
	4. Туберкулёз профилактикаси усуллари
	5. Даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси, усуллари натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Туберкулёз беморларини эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <b>Тарбиявий:</b> Талабаларга Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси. эрта аниқлашдан иборат <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунинг тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эриштириш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<b>Маъруза машғулотининг технологи картаси</b>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралган саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Яқуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос текшириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

### ЎЗБЕКИСТОНДА СИЛГА ҚАРШИ КУРАШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИНИШ.

Туберкулёз юқумли касаллик сифатида учинчи минг йилликнинг бўсағасида ҳам долзарб муаммолигича сақланиб қолмоқда. Ҳар йили дунёда бацилляр туберкулёз турларига чалинган 8-10 млн. киши қайд қилинади ва қарийиб 3 млн. киши силдан ҳаётдан кўз юмади, булар орасида 75% ни ишга яроқли 15-40 ёшдаги шахслар ташкил этади. Ўзбекистонда ҳар

йили қарийиб 20000 нафар бемор туберкулёз билан оғриб уларнинг 2 мингдан кўпроғи (2002 йил) вафот этади. Роберт Кох туберкулёз кўзғатувчисини кашф этганига 120 йилдан ошқ вақт ўтди. Бу давр ичида ушбу инфекцияни баргараф этишга бўлган ёндашувлар кўп марталаб ўзгариб турган.

Ҳамма даврларда ҳам силга қарши диспансер бу дардга қарши кураш ишини ташкил этишда асосий муассаса бўлиб ҳисобланади.

«Диспансер» сўзи инглизча «Dispensation» - тарқатиш, тақсимлаш демакдир. Англияда камбағаллар учун шифохоналар ва хайрия дорихоналари шундай аталган.

Диспансерни ташкил этиш ғояси XIX-асрда 1887 йили Эдинбург (Шотландия)да пайдо бўлган. Фтизиатр ва жамоат арбоби Роберт Филипп(R.Philip) нинг ташаббусига мувофиқ силга чалинган беморлар учун биринчи диспансер очилган эди. Кейинчалик бундай диспансерларни 1901 йили Францияда Кальметт (Kalmette) очади.

Филипп ҳам Кальметт ҳам бундай шифохоналарга катта умидлар билан қараганлар. бу диспансерлар катта ижтимоий хасталик ҳисобланган силга қарши курашиш ишини ташкил этиш борасида кенг жамоатчиликни сафарбар этадиган муассасалар саналган.

Россияда биринчи бор силга қарши диспансер Москвада 1904 йили ташкил этилиб, у беморларни кузатиш билан бирга уларни даволаш билан ҳам шуғулланган.

Ўзбекистон Республикасида бундай дастлабки шифохона 1920 йил Тошкентда очилган эди. Унга шифокор В.П.Серебренников раҳбарлик қилган. Республикада бу шифохона даволаш ишларидан ташқари силга қарши курашиш ва уни профилактика қилиш масалалари билан ҳам машғул бўлган.

Профилактик йўналиш (болалар ва ўсмирларни силга қарши эмлаш, қайта эмлаш, туберкулёз беморларидан ажратиш, кимёвий профилактика, касалликни эрта аниқдаш, даволаш, туберкулёз ўчоғида эпидемияга қарши чораларни, санитария маорифи ишларини ўтказиш) силга қарши диспансернинг етакчи йўналиши саналади.

Силга қарши барча чора-тадбирлар бепул, давлат ҳисобидан амалга оширилади. Амалдаги директив ҳужжатларга мувофиқ, силга қарши диспансер турли ихтисосдаги малакали мутахассислар (фтизиатрлар, педиатрлар, фтизиоортопедлар, жаррохлар, рентгенологлар, лаборантлар)га эга бўлмоғи зарур. Шу ўринда бир фактни алоҳида айтишимиз керакки, бу дунёвий дардга қарши кураш мамлакатимиз мустақилликка эришгандан кейин янги босқичга ўтди. Бу соҳадаги комплекс даволаш ҳамиша юртбошимиз раҳбарлигидаги Ўзбекистон ҳукуматининг асосий диққат-эътиборида турибди.

### **СИЛГА ҚАРШИ ДИСПАНСЕР ИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ВА УНИНГ ТУЗИЛИШИ**

Силга қарши диспансернинг асосий иши хизмат кўрсатаётган тумандаги аҳоли орасида силдан касалланиш ва инфекцияланишни, ногирон бўлиш ва ўлимни камайтиришдан иборат.

Диспансер куйидаги йўналишлар бўйича иш олиб бориши шарт:

Туберкулёз профилактикаси (болалар ва ўсмирларни силга қарши эмлаш ва қайта эмлаш, профилактик химиотерапия, умумий даволаш тармоғининг тиббиёт ходимлари орасида туберкулёз ҳақида санитария маорифини ўтказиш).

Умумий даволаш тармоғи ва СЭС ходимлари билан биргаликда биринчи навбатда аҳолининг турли ҳил гуруҳлари орасида силни барвақт аниқлаш бўйича чора-тадбирларни уюштиришда ва ўтказишда иштирок этиш.

Беморларни стационар ва амбулатория шароитларида комплекс (мажмуий) даволашни уюштириш.

Силга чалинган беморларни реабилитация (қайта тиклаш) на ишга қайтариш бўйича чораларни амалга ошириш.

Ҳар йили умумий даволаш тармоғи ва СЭС билан биргаликда туманда силга қарши чора-тадбирларни режалаштириш ва туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатни аниқлаш.

### **УЧАСТКА ШИФОКОР ФТИЗИАТРИНИНГ ИШ ВАЗИФАСИ**

Участка фтизиатри диспансерда асосий мутахассис бўлгани учун туберкулёз клиникаси, дифференциал ташхисоти, давоси, эпидемиологияси, профилактикаси, шунингдек статистика ва ишга қобилиятлилик экспертизаси соҳасида махсус тайёрланган бўлиши,

бундан ташқари, у чегарадош соҳаларда(терапия, пульмонология, рентгенология ва соғлиқни сақлашни ташкил этишда) ҳам муайян билимларга эга бўлиши лозим. Шу сабабли участка фтизиатри лавозимига фтизиатрия бўйича махсус ўқиш курслари (фтизиатрия бўйича клиник ординатура ёки бирламчи ихтисослик малака ошириш) дан ўтган шифокорлар тайинланади.

Кейинчалик у ҳар 5 йилда малака ошириш курсларида ўқитилиши лозим. Муассаса раҳбарининг тавсиясига мувофиқ, участка фтизиатри ўз билимларини доим ошириши, туберкулёз бўйича барча директив ва адабиёт манбалари билан танишиб бориши шарт.

Участка фтизиатрининг вазифаларига қуйидагилар киради:

1. Силга қарши диспансерларда бирламчи беморларга тўғри. ва ўз вақтида ташхис қўйиш.
2. Диспансер назоратида турган беморларни текшириб ва кузатиб туриш.
3. Даволаш, зарур бўлганда жарроҳлар билан биргаликда беморларни операция қилишга ва сихатгоҳ-курортларда даволаниш учун танлаш.

4. СЭС эпидемиолог билан бирга туберкулёз ўчоғида даволаш-соғломлаштириш тадбирларини амалга ошириш.

5. Кимёвий даволашни қисқа муддатли курси жорий этилгани учун DOTS стратегияси усулини қўллаш.

6. Умумдаво тармоғи врачлари билан бирга поликлиникада оилавий поликлиникаларда, ҚВП да мунтазам равишда силга қарши профилактик тадбирларни амалга оширишда методик ёрдам бериш.

7. Фтизиатрия участкаси ҳудудида жойлашган корхоналар ва муассасаларда силга қарши тадбирларни уюштириш.

8. Участка тармоғида туберкулёз эпидемиологик кўрсаткичларни ҳар йили таҳлил қилиш.

9. Ветеринария хизмати ва СЭС билан бирга қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари (қорамол) орасида туберкулёз билан касалланганларини аниқлаш, даволаш-соғломлаштириш

#### **ТУБЕРКУЛЁЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРНИ ЎЗ ВАҚТИДА АНИҚЛАШ**

Туберкулёз касаллигини, айниқса унинг бацилляр (юқумли) шаклини ўз вақтида аниқлаш эпидемиологик нуқтаи назардан муҳим аҳамиятга эга. Битта бацилляр бемор бир йил мобайнида 10 та янги одамга касалликни (айниқса контактда бўлганлар орасида) юқтириш манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шу сабабли замонавий диагностик усулларини қўллаш туфайли бу дардни тез топиб, оз фурсатда даволаб юбориш имконини беради. Силнинг бошланғич шаклларида чалинган беморларни икки йўл билан профилактик ва клиник йўл билан аниқланади.

Ўз вақтида аниқланган туберкулёз шаклларида куйидагилар мансуб: ўчоқли, чекланган, яллиғланган туберкулёз шакллари ва тарқоқ силининг парчаланмаган даври, шунингдек кўкрак ичи лимфа тугунлари сили шулар қаторидан ўрин олади.

Силни ўз вақтида аниқланганлик мезонлари қуйидагилар ҳисобланади:

- а) жараённинг чекланганлиги (1-2 сегмент атрофида),
- б) парчаланиш ва бациллярлик йўқлиги;
- в) дарднинг тузалиб кетганлиги ҳам шулар жумласидан. Клиник нуқтаи назардан бу бошланғич жараёнлар қайтар бўлиб, даводан кейин қатта қолдиқ ўзгаришларни камдан-кам колдиради.

Ўз вақтида аниқланмаган жараёнларга қуйидагилар мансуб эканлигини айтиб ўтиш лозим: фиброз-ковак за ковак туберкулёз, сурункали тарқоқсил (парчаланиш босқичида), туберкулома, фаол цирротик туберкулёз.

#### **СИЛНИ ЎЗ ВАҚТИДА АНИҚЛАШНИНГ УМУМИЙ УСЛУБИ**

Ўзи хизмат қилаётган туманда силга чалинган беморларни вақтида аниқлаш ва ҳисобга олиш силга қарши диспансернинг энг муҳим вазифаси ҳисобланади. Беморларни ўз вақтида аниқлаш ишини ташкил этиш бу дардга йўлиққан касалларни муваффақиятли даволаб юбориш гаровидир. Бунинг учун туберкулёз диспансери ходимлари мавжуд шарт-шароитларни ҳисобга олган ҳолда иш юритиш, яъни:

1. Касаллик ривожланиш механизмларини чуқур англаш.
2. Касалликнинг бошланғич шакллари клиникасини билиш.
3. Касалликни аниқлаш услубини такомиллаштириш.



4. Аҳолини туберкулёз касаллиги бор-йўқлигига текширув ўтказиш бўйича керакли ташкилий ва моддий шарт-шароитларни яратиш. Бу иш куйидаги йўллар билан амалга оширилади:

4.1. Силга қарши диспансер кучи билан туберкулёз ўчоғида профилактика ва умумсоғломлаштириш тадбирларини амалга ошириш.

4.2. Турли хил хасталиклари борлиги сабабли поликлиника назоратида турган ва туберкулёз ривожланиш хавф факторлари мавжуд беморларни силга текшириш.

4.3. Болалар ва смирлар ўртасида оммавий туберкулинодиагностика ўтказиш.

4.4. Мажбурий гуруҳ аҳолиси йилда бир маротаба флюорография кўригидан ўтказиш зарур. Булар гуруҳига энг авваламбор савдо ва овқатланиш муассасаларида, коммунал-хўжалик, ветеринария соҳасида, мактаб ва мактабгача бўлган ташкилотларда ишлайдиган ходимлар киради.

Флюорографик текширишдан ўтказилиши лозим бўлган «Хавфли гуруҳ»га мансуб шахсларга куйидагилар киради:

1. Нафас йўллари касалликларига тез-тез чалинадиган шахслар (бронхит, ларингит, сурункали носпецифик ўпка касалликлари - СНЎК, бронхиал астма, пневмосклероз, ўпканинг касб касалликлари ва бошқалар).

2. Қандли диабетга чалинган беморлар.

3. Туғруқдан кейинги даврдаги аёллар, яра меъда-ичак яра касаллиги бўлган беморлар, рухий хасталар, шунингдек узоқ вақт гормонлар билан даволанганлар ва эндокрин касалликларга дучор бўлган беморлар.

4. Сурункали алкоголизм, нашаванд касаллари ва СПИД билан зарарланган шахслар.

5. Мамлакатимизнинг Вазирлар Махкамаси 7.12.1999 й. 520-сонли қарори асосида силни барвақт топиш учун туғруқ ёшидаги аёллар, нафақахўрлар, инвалидлар ва ёлғиз қолган кексалар ҳам ҳар йили 1 марта профилактик флюорографик текшириш билан қамраб олиниши зарурдир.

#### **ДИСПАНСЕРНИНГ УМУМДАВО ТАРМОҒИ ВА СЭС БИЛАН ИШЛАШИ**

Силга қарши диспансер ўзининг кундалик ишини куйидагича тузиши лозим:

1. Умумдаво тармоғи билан ишлаш.
2. Санитария-эпидемиология назорати билан боғланиш.
3. Ветеринария хизмати билан ишлаш.
4. Аҳолини гуруҳларга бўлиб текширувни амалга оширмш.

#### **УМУМДАВО ТАРМОҚ ВРАЧЛАРИНИНГ ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ВАЗИФАЛАРИ**

Силга қарши олиб бориладиган профилактик тадбирларни, яъни болаларни эмлаш, қайта эмлаш, туберкулин ташхисоти билан, флюорография билан қамраб олиш амалга ошириш умумдаво тармоқ шифокорларига юклатилган. Ушбу тадбирларни режалаштиришда, сифатли амалга оширишда ва унинг самарадорлигини ўрганишда туберкулёз диспансери ходимлари томонидан доимий методик ёрдам берилиб туриши зарурдир.

#### **ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЖАРАЁНИ ФАОЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ**

Бу дард дастлаб белгисиз кечгани, унинг шакллари хаттоки рентгенда текшириб кўрилганда ҳам пайқаш мушкул бўлади. Бундай ҳолларда ўзига хос жараённинг клиник фаоллигини аниқлашга доир турли-туман усуллар қўлланилади. Булар жумласига клиник, рентгенологик ва лаборатор текширув усуллари, шунингдек бу дардни қисқа муддат ва шу давр ичида жараён динамикаси мобайнида танлаб даволаш усули ҳам киради. Клиник кузатув маълумотларининг кўрсатишича, туберкулёз касаллигига биринчи навбатда субфебрил ҳарорат, шунингдек салгатолиқиб қолиш, ориқлаб кетиш, иштаҳа камайиши, гоҳида эса қуруқ ёки нам хириллашлар хос бўлади. Периферик қонда аксари ҳолларда ЭЧТ нинг бир оз ошиши, лейкоцитлар сонининг кўпайиши, нейтрофилларнинг чапга силжиши ва моноцитоз кузатилади. Бу маълумотларнинг ҳаммаси жамланганда туберкулёз касаллиги жараёни кечаётганлиги ҳақида хулоса чиқарилади. Касаллик ташхисотида якуний маълумот рентгенологик текширув бўлади (балғамда туберкулёз микобактерияси аниқланганда).

Ҳозирги вақтда ЖССТ тавсиясига биноан, биринчи навбатда бактериоскопик текширувга аҳамият берилади, бактериологик текширув эса микобактериянинг унга қарши препаратларга нисбатан сезувчанлигини ва унинг тур-хилини аниқлашда ишлатилади. Ўзига хос реактивликни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, у туберкулин синамаси (Манту реакцияси) ни кўйиш йўли билан аниқланади. Зарур бўлганда тери остига Кохнинг синамасини кўйилади. Бунинг учун қуйидаги миқдордаги туберкулинни тери ичига юбориш тавсия этилади: нормергияда - 20 ТБ, гиперергияда - 10 ТБ, гипоергияда эса -100 ТБ гача ишлатилади. Айни пайтда организмнинг умумий реакцияси, тана ҳароратининг ошиши, нохуш кайфият, ЭЧТ тезлашуви, гемограмманинг ўзгариши, шунингдек яллиғланиш ҳажми (соя катталиги) кўпайиб, томир-бронхлар сояси қорайганда юз берувчи маҳаллий реакция ҳам ҳисобга олинади, Кох синамасини кимётерапиядан олдин қўллаш тавсия этилади, акс ҳолда бу даво синама натижасини бузиб кўрсатиши мумкин.

### **ТУБЕРКУЛЁЗ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ДИСПАНСЕРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ**

Силга қарши ишнинг муҳим бўлими унинг профилактикаси ҳисобланади, у соғлом одамларга туберкулёз касаллиги юқишининг олдини олишдан ва бу юқумли хасталикка қарши курашишни ташкил этишдан иборат. Шу боис туберкулёз профилактикаси иккита асосий йўналиш ижтимоий ва санитария йўналишларига эга бўлади.

Ижтимоий профилактика қаторига беморнинг уй-жой ва маиший, экологик шароитларини яхшилаш, жисмоний тарбия ва спортни ривожлантириш, овқатланиш гигиенасига риоя қилиш киради.

Санитария профилактикасига эса туберкулёз инфекцияси ўчоғини соғломлаштириш бўйича кўриладиган тадбирлар мажмуи, силга қарши эмлаш ва санитария маорифи иши мансубдир.

Силга қарши эмлаш (специфик профилактика) санитария профилактикасининг муҳим қисми ҳисобланади. Туберкулёз касалларини даво қилиш *катта* профилактик аҳамиятга эга, чунки бу иш натижасида одамларга туберкулёз юктиришнинг асосий манбаи ҳисобланган бацилла ташувчилар камаяди. Силнинг очиқ тури билан оғриган бемор киши туберкулёз инфекциясининг асосий манбаи саналади (унинг бацилляр тури). Силга чалинган хонаки хайвонлар ва уларнинг маҳсулотлари, айниқса сут маҳсулотлари ҳам касалликни юктириш манбаи бўлиши мумкин. Туберкулёз ўчоқларида қорамолларнинг шу хасталикка чалиниши соғлом оилалардагига караганда 2-3 марта кўп учрайди. (К.К.Курманбаев, Я. А, Благодарнўй, 1987 йил).

Эпизоотологик жихатдан нохуш туманларда чорва ва ветеринария ходимларининг туберкулёз билан касалланиши қайд этилади. Ветеринария хизмати хайвон маҳсулотлари (айниқса сут) устидан назорат қилиши шарт.

### **ТУБЕРКУЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИ ЎҶОҚЛАРИ**

Касаллик кўпинча туберкулёз ўчоғида ривожланади. Шу сабабли силга қарши асосий тадбирлар, биринчи навбатда туберкулёз ўчоғида амалга оширилмоғи зарур, чунки соғлом одамлар (шу жумладан, болалар) оилада бацилла ажратувчи билан контактда бўлганларида касаллик юқиш хавфи катта. Туберкулёз бактериясини ташқи муҳитга чиқарувчи бемор яшовчи хонадон туберкулёз ўчоғи ҳисобланади. Шу боис ҳар бир туберкулёз ўчоғида яшовчи контактда бўлган соғлом кишилар ҳатто бемор вафот этгандан ёки кўчиб кетгандан кейин ҳам силга қарши диспансер ва СЭС нинг қатъий назорати остида бўладилар.

Бундай ҳолларда бу ўчоқ кам деганда 2 йил бацилляр ўчоқ деб ҳисобланади. Олимлар (Р.Д.Иваницкая, Г.С.Гинзбург)нинг ҳисоблашича, бацилла ажратувчи доим яшайдиган оилаларда контактдагиларнинг бу касалликка чалиниши контакт вақти-вақти билан бўлиб турадиган оилалардагига нисбатан анча кўпроқ учраши кузатилган.

Силга чалинган беморнинг эпидемиологик хавфини билдирувчи бир қатор мезонлар мавжуд: а) бацилла ажратиш хусусияти (доимий, вақти-вақти билан, факультатив, расмий), балғам ажратиш ва уларда нам хириллаш бўлиши; б) балғам ажратиш ва ўпкада нам хириллаш бўлиши, оилада болалар ва ўсмирлар яшаши; в) туберкулёз ўчоғида яшовчи оила аъзолари, туберкулёз бемори томонидан санитария-гигиена талабларини бажариши.

Туберкулёз ўчоғининг атрофдагиларга хавф даражасини аниқлашда биринчи навбатда, туберкулёз беморининг бактерия ажратиш даражасини инобатга олиш зарур. Ҳозирги даврда улар нисбатан 3 гуруҳга бўлинади: 1) кўп микдорда; 2) оз микдорда; 3) расмий бактерия ажратувчилар.

Балғамда туберкулёз микобактерияси бактериоскопик усулда ёки бактериологик текширишда 20 ва ундан кўп колония топилса, бемор кўп микдорда бактерия ажратувчи ҳисобланади. Агар туберкулёз бактерияси балғамни фақат бактериологикусулда 20 тадан кам колония топилса, оз микдорда бактерия ажратувчилар қаторига киритилади. Расмий бактерия ажратувчиларда олдин бактерия ажратган, лекин ҳозир текширилганда, туберкулёз кўзғатувчиси топилмаганлар ҳисобланади.

Шуни ҳисобга олиб, туберкулёз ўчоқлари эпидемиология нуқтаи назаридан қуйидаги 3 гуруҳга ажратилади: биринчи тоифа ўчоғи (эпидемиология жиҳатидан энг хатарли), бунда кўп микдорда ВК ажратувчи бемор ёки оз микдорда ВК ажратувчи бемор билан бирга болалар, ўсмирлар ёки ўчоқда санитария-гигиена шароитлари қониқарли бўлмайди ёхуд бу ерда бемор ичувчи-ичкиликбоз ҳисобланади. Ўчоқларнинг иккинчи гуруҳ тоифаси (эпидемиология жиҳатидан унчалик хавфли эмас), бу ерда бемор кам микдорда ВК ажратади ва атрофида фақат катта ёшдаги кишилар яшайди, оғирлаштирувчи омиллар ҳисобланмиш қониқарсиз яшаш шарбитлари ёки беморнинг норасо юриш-туриши кузатилмайди. Агар расмий ВК ажратувчи беморлар атрофида болалар, ўсмирлар яшаса ёки қониқарсиз турмуш тарзи, ассоциал, санитария гигиена талабларига риоя қилмаслик аломатлари кузатилса, ушбу ўчоқ иккинчи тоифага киритилади.

Учинчи гуруҳ тоифасида (нисбатан қулай вазият), беморлар шунчаки бактерия ажратади, оғирлаштирувчи омиллар бўлмаган ҳолда фақат катта кишилар бемор билан контактада бўлади. Бу ўчоқларда оилада 2 ва ундан кўп туберкулёз касали мавжуд бўлади. Оилавий туберкулёз касаллигининг янги аниқланган ўчоқлари орасида энг кўп зарарлангани болалар ва навқирон ёшдаги одамлардир. Оилада туберкулёз хастапиклари сонининг ошиб бориши туберкулёз эпид вазиятини янада мушкуллаштиради ва оилага ғоят катта маънавий ҳамда моддий зарар келтиради. Туберкулёз инфекциясининг айниқса бацилляр туберкулёз шаклининг ўчоғи оилавий туберкулёз касаллиги ривожланадиган асосий жой ҳисобланади.

Шу муносабат билан смлга қарши диспансер СЭС ва умумдаво тармоғи билан биргаликда жойларда силга қарши ўтказиладиган тадбирларни кучайтириши зарур.

Хонадонларда қорамол ва парранда сили борлиги аниқланганда ўчоқ учинчи гуруҳга киритилади, касал ҳайвон билан контактада бўлган шахслар касал ҳайвон сўйилганда кейин 1 йил мобайнида кузатиб борилади. Бир ўчоқни бошқа эпидемиологик ўчоққа хавф туғдирувчи шароитлар ўзгарганда тадбирларни участка фтизиатри СЭС эпидемиологи билан бирга ўтказилади. Юқорида келтирилган туберкулёз инфекцияси ўчоқларининг таснифи диспансернинг профилактика ишини тўғри олиб бориши ва турли ҳилдаги ўчоқларга алоҳида-алоҳида хизмат кўрсатиш имконини беради. Учоқларнинг эпидемиологик хавф туғдиришини ҳисобга олиб, уларни врач ёки патронаж ҳамшира қуйидаги муддатларда кўриб чиқишади; 1-гуруҳ ўчоғини - ҳар ойда; 2-гуруҳ ўчоғини - 2 ойда бир марта ва 3-гуруҳ ўчоғини - 3 ойда бир марта.

Мустақилликдан кейин Ўзбекистон Республикасининг аҳолини силдан муҳофаза қилиш тўғрисидаги қонунига мувофиқ, санитария-гигиена шароитларини яхшилаш мақсадида бемор турар-жой майдонини кенгайтириш (айниқса контактада бўладиган болалар яшаса) ҳуқуқи берилган, бу эса ўчоқнинг эпидемиологик хавф-хатарини камайитиришга имкон беради.

### **ЎЧОҚЛАРДА ОЛИБ БОРИЛАДИГАН ПРОФИЛАКТИКА ИШЛАРИ**

Бацилляр силга чалинган бемор яшайдиган оиласида силнинг ривожланиш хавфи каттадир. Соғлом одамларнинг бу дардга чалиниши ва инфекция юқтириши биринчи навбатда туберкулёз ўчоғида содир бўлади. Шу боис силга қарши диспансер СЭС ходимлари билан биргаликда бу йўналишда мунтазам равишда санитария профилактикасини олиб бориши лозим. Туберкулёз ўчоғида соғломлаштириш ишларини участка ҳамшираси (қишлоқ жойларида - туберкулёз бўйича фельдшер) врач-фтизиатр раҳбарлигида амалга оширади. ВК кўзғатувчи фаол туберкулёз шаклига чалинган бемор биринчи марта аниқланганда (айниқса

балғамда КБ бўлса) участка фтизиатри СЭС эпидемиологи билан биргаликда 3 кун мобайнида ўчоққа бориши ва уни соғломлаштириш бўйича тадбирлар режасини тузиши шарт. Беморни даволаш чоғида врач-фтизиатр 1-гуруҳ ўчоғини ҳар чоракда бир марта, 2-гуруҳ ўчоғини - ярим йилда бир марта ва 3-гуруҳ ўчоғини йилига бир марта бориб кўриши шарт.

Ўчоққа борганда оммабоп тилда хоҳ бемор бўлсин, хоҳ бемор атрофидаги одамлар бўлсин, санитария-гигиена қоидаларига амал қилиш бўйича тушунтириш иши олиб борилади. Бунда биринчи галда оилада фаол ўпка сили билан оғриган беморга барча шароитларни яратиш лозим. Бунинг учун беморга алоҳида хона ёки парда тутилган алоҳида кароват ажратилиши лозим. Ҳукумат қарорига мувофиқ, бацилла ажратувчи туберкулёз билан оғриган беморга майдони 10 кв.м.дан кўшимча яшаш жойи ажратилади беморга алоҳида жой берилгунга қадар беморни бошқа оила аъзоларидан вақтинча ажратиб кўйилади, унга алоҳида идиш-товоқ ва ўрин-кўрпа берилади. Биринчи галда болалар ажратилади. Уларни ясли, боғча санаторийларга ва мактаб интернатларга юборилади. Бемор яшаётган хона мунтазам шамоллатиб турилади ва нам латта билан йиғиштирилади. Ўрин-кўрпани, жилдларини очиқ ҳавода қуриши лозим. Бемор учун идиш-товоқ алоҳида бўлиши зарур, уни беморнинг ўзи ювиб тургани, алоҳида шкафда сақлагани маъқул, унинг кийим-кечаги юкумсизлантирилгандан сўнг алоҳида ювилади.

Беморда чўнтакда олиб юриладиган иккита алоҳида туфлагич бўлиши керак, зарур бўлганда алмаштириш мумкин бўлади; туфлагич 5 % ли хлорамин ёки 20 % ли хлорли охак ёхуд гипосульфат натрий эритмасида чайилади, юкумсизлантирилгандан сўнг туфлагич 2 % ли совун-сода эритмаси билан ювилиб, кейин эса қуруқ, иссиқ шкафда ёки автоклавда стерилланади.

#### **ТУБЕРКУЛЁЗ ЎЧОҒИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ДЕЗИНФЕКЦИЯ ЧОРАЛАРИ**

Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида жорий, яқунловчи ва даврий дезинфекцияни силга қарши диспансер, яқунловчисини дез-станция ўтказди. Сан-эпидстанция (СЭС) барча дезинфекция тадбирларини умумий назорат қилади. Одатда, яқунловчи дезинфекцияни (беморни касалхонага ётқизилгандан, бемор кўчиб кетгандан ва у вафот этганидан сўнг) дез станция ўтказди.

Участка ҳамшираси яқунловчи дезинфекцияни ўтказиш ҳақида оилани огоҳлантириши лозим. Дезинфекция ўтказилганда бемор оиласига моддий зарар етказмасликка ҳаракат қилиш керак. Ўтказилувчи дезинфекция оила аъзолари ўртасида тушунтириш ишига боғлиқ бўлади. Даврий дезинфекция вақти-вақти билан, бемор ўз жойини ўзгартирганда ва бу ўчоқ бацилляр ҳисобланиб, ўтказиб турилади.

#### **БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР ОРАСИДА ДИСПАНСЕР ХИЗМАТИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ, СИЛГА ҚАРШИ МАХСУС ЭМЛАШ**

БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш силга қарши тадбирларни амалга оширишда етакчи ўрин эгаллайди.

БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш самарадорлигини ўтказилган илмий тадқиқотлар тўла-тўқис исботлаб берди. У фаол специфик профилактика усули сифатида тасдиқланди. БЦЖ вакцинаси бутун дунёда асосий эмлаш препарати бўлиб, силни специфик профилактика қилиш учун кенг қўламда ишлатилади.

1890 йилда Роберт Кох силга қарши эмлаш учун туберкулин ишлатишни тавсия этган эди, лекин бу иш самарасиз бўлиб чиқди, чунки бу дорининг жавоб иммун (эмлаш) реакцияни келтириб чиқармаслиги исботланган эди.

Силга қарши вакцинани яратиш бўйича кўп йиллик, машаққатли ишлар бошлаб юборилди. Хўкиз типидagi микобактериялар картошка мухитида 13 йил мобайнида қайта экиш усулида ўстирилди, бунда уларга глицерин ва ўт (сафро) кўшиб борилган, натижада бу микобактериялар қисман ўз вирулентлигини йўқотган.

Шундай қилиб, Кальмет ва Герен БЦЖ деб номланган янги штам яратишди. (Bacille Calmet Gerен).

Вакцинанинг кўп йиллар давомида қўлланилиши, клиник кузатувлар, тажрибавий тадқиқотлар БЦЖ вакцинасининг самарадор ва мутлақо безарар эканлигидан далолат беради.

Бу самарадорлик эмлаш материалининг сифатига, унинг микдори (дозаси) ва юбориш техникасига боғлиқ бўлади. Мусбат туберкулин реакциялари, эмлашдан кейинги маҳаллий белгилар борлиги ва уларнинг ўлчамлари БЦЖ билан эмлаш таъсири остида юз берувчи иммунобиологик қайта тузилишнинг энг ишончли кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Болаларда БЦЖ вакцинаси юборилган жойда юз берувчи маҳаллий эмлаш реакциялари пайдо бўлиш тезлигига, реакция жадаллигига, кечмиш табиатига, пайдо бўлиш ва битиб кетиш муддатларига қараб ажратилади. Эскпериментал маълумотлар асосида реакциялар эмланган жойда специфик яллиғланиш элементлари кўринишида бўлиб, БЦЖ билан эмлаш таъсирида аъзо ва тизимларда содир бўладиган иммуногенез жараёнлари кучаяётганидан гувоҳлик беради.

#### **БЦЖ БИЛАН ЭМЛАШ**

Ҳамма соғлом бўлиб туғилган чақалоқлар туғруқхонада 4-5 куни БЦЖ билан эмланади. Вакцина катъий равишда тери ичига 0.05 мг дозада 0,1 мл хажмда қўлланилади. Игнаси 0415-сонли қия кесиклари бўлган бир марталик шприцлар ишлатилади. Вакцина совуттигда кўпи билан 0°ҚС4С° даража бўлган ҳароратда сақланади. Чақалоқлар эрталабки соатларда, уларни педиатр кўздан кечиргандан сўнг палатада эмланади. БЦЖ вакцинаси тери ичига бевосита тўғри юборилганда дори юборилган жойда терида катталиги 5-8 мм келадиган оқ рангли инфилтрат ҳосил бўлади, у 10-15 дақиқа ўтгач ном-нишонсиз йўқолиб кетади.

Янги туғилган боланинг алмашиш варақасига эмлаш санаси, вакцинанинг серияси, контрол рақами, тайёрловчи институт ва дозаси ёзиб қўйилади. Чақалоқ туғруқхонадан чиқарилганда БЦЖ билан эмланганлик ҳақидаги маълумотлар алмашув картасига ёзиб қўйилади, карта эса болалар поликлиникасига юборилади. Бундан ташқари, БЦЖ билан эмланганлик ҳақидаги барча маълумотлар журналларга ёзилиб, ҳар ойда ҳисобот тарикасида ҳудудий санитария-эпидемиология станциясига таедим этилади.

Чақалоқларда БЦЖ билан эмлашга вақгинчалик монеликлар (1997 й. 00760-сонли Сан Пин бўйича) куйидагилар ҳисобланади: чала туғилган вазни 1800 г. гача бўлган чақалоқ, қатор ўткир хасталиклар, гемолитик касал, асфиксиянинг оғир ва ўртача ағирлиги, сепсис, булар ўрта ҳисобда 3,5-4 % ни ташкил этади. Сепсисда, гемолитик касалликда ва МНС (марказий нерв системаси) зарарланганда бола соғайиб кетганда 1 йил ўтгач эмлашга руҳсат берилади. Эмлашга бўлган доимий монеликлар қаторига туғма ферментопатиялар мансуб бўлади, бу ходисалар 0,3 дан 0,5 % гача учраб туради. Касаллиги туфайли ҳаётининг биринчи кунларида эмланмаган болалар чақалоқларни парваришлар бўлимидан олдин эмланиши зарур, туғруқхонадан чиққунгача эмланмаган болалар эса болалар поликлиникасида (амбулаториясида) рўйхатга олингач кузатиб борилади ва касалликдан тузалганларидан сўнг эмланади. Айни пайтда 2 ойлик ва ундан катта бўлган болаларга олдиндан 2 ТБ Манту синамаси ўтказилади.

Болалар поликлиникасида, амбулаторияда ҳамма болаларга 63-сонли шакл очилади. Унда барча профилактик эмлашлар, БЦЖ га эса 1-3-12 ойда эмлаш реакциялари ҳам қайд қилинади (БЦЖ билан эмлашдан кейин маҳаллий реакциялари (кичик чандиклар). Ривожланмаган болаларни участка педиатри ва фтизиатри кузатиб борадилар, сўнгра 2 ёшлигида туберкулин синамаси манфий бўлиб чиққанда улар яна БЦЖ билан эмланади. Силга чапинган касаллар ва айниқса бактерия ажратувчилари бўлган оилалардаги чақалоқларни эмлашга алоҳида эътибор берилиши зарур. Фаол силга чалинган бемор билан контактда бўлган чақалоқлар эмланганларидан кейин дарҳол 2 ойлик муддатга, иммунитет ишлаб чиқарилиши вақтида ажратиб қўйилиши, бемор эса касалхонага ётқизилиши, квартира дезинфекция қилиниши, бордию она силга чалинган бўлса, унга боласига юқтирмаслик чоралари ўргатилади. Туғруқхоналарда-палаталар ёки бўлимларда ётганлар, туғруқ, бўлимида ётган бошқа туққан аёлларга касаллик юқтирмаслик чораларига ўргатилади.

#### **БЦЖ БИЛАН ҚАЙТА ЭМЛАШ**

Туғилганда эмланган болаларда иммунитет 5-7 йил давомида сақланади. Эмлашлар орасида 5-7 йил танаффус қилиш БЦЖ дан кейин унга давомли иммунитет бўлмаслигига асосланади. Бу муддатда иммунитет атиги 4-45 % эмланганларга сақланиб қолади. Айниқса 7 яшарлик

болаларнинг қарийб 50 % (туғилганларида БЦЖ билан эмланган) эмлашдан кейинги аллергияни йўқотадилар. Айнан 5 ёшда эмлашлар орасида танаффус қилиш ўринли бўлади, у кўп йиллик илмий тадқиқотлар билан асослаб берилган. Бундай интервалда турғун иммунитет яратилади, унинг таъсирчанлиги ошади, силдан бирламчи инфицирланиш даражаси 1.5-2 барабар, касалланиш эса 5-7 марта камаяди. Шу сабабли 7 ёшда БЦЖ билан бир марта эмлашгача камайтириш бўйича ЖССТ нинг тавсияларига қарамасдан, республикада қарор топган эпидемиологик вазият ва эмланганларда иммунитетнинг сақланиш муддатларига асосланиб, эмлашлар тақвимида 7 ва 14 ёшда БЦЖ билан қайта эмлаш қолдирилган.

БЦЖ билан қайта эмлашни илгарилари инфекция юққан болаларда асоратларга йўл қўймаслик учун туберкулинга манфий натижа олганларига 2 ТБ Манту синамаси қўйилгандан кейингинаўтказиш зарур. Олдиндан туберкулинга синама қўйиб аниқланмасдан, инфекция юққан болалар нотўғри эмланганда юз берувчи асоратлар 45 % гача учраб туради.

Туберкулин синамаси қўйилган муддат билан БЦЖ ни қайта эмлаш орасидаги муддат 2 ҳафтадан ошмаслиги ва 2 ТБ Манту реакциясидан кейин 3 кун ўтиши лозим.

БЦЖ билан қайта эмлашга организмнинг умумий реакциялари ва эмлаш белгиларининг ривожланиш динамикаси вакцина билан ҳил бўлсада, аммо бунда иммуногенез жараёнлари бироз тезлашади. Агар эмланган чақалокларда эмлашга бўлган маҳаллий реакциялар 6-8 ҳафта ўтиб пайдо бўлса, БЦЖ билан қайта эмланганларда 1-2 ҳафта ўтгач юзага келади.

БЦЖ билан қайта эмлаш ўтказиш техникаси ва юбориладиган доза БЦЖ билан эмлашдаги каби бўлади (тери ичига 0,1 мл дан 0,05 мг). БЦЖ билан қайта эмлашга ажратиш учун 2 ТБ Манту реакциясига режалар ва эмлашларнинг ўзи болалар поликлиникаларида поликлиника мудирини ёки иммунолог раҳбарлигида амалга оширилади. Бу ишга поликлиниканинг бош врачлари жавобгар бўлади. Режалар ҳудудий СЭСга ва силга қарши диспансерга юборилади, тақдим этилган эмлаш режалари текшириб кўрилади вазарур бўлганда уларга тузатишлар киритилади.

### СИЛГА ҚАРШИ ЭМЛАШ АСОРАТЛАРИ

БЦЖ билан эмлашдан ва қайта эмлашдан кейин қоладиган маҳаллий асоратлар, 0,02-0,03% ҳолларда учраб туради. БЦЖ билан эмланганларни кўп йиллар мобайнида ўтказилган кузатишлар вакцинанинг мутлақо безарарлигини тасдиқлаб берди. Маҳаллий асоратлар сабабларига куйидагилар киради: вакцинани тери ичига юбориш техникасининг бузилиши, вакцинани ортиқча миқдорда юбориш, БЦЖ штаммининг юқори вирулентлик хусусиятлари, болаларни танлаб олиш услубининг бузилишлари туберкулин реакциялари, шубҳали ёки мусбат бўлган болаларни эмлашга рухсат бериш шулар жумласидандир.

Асоратларга куйидагилар киради: катталиги 10 мм гача келадиган битиши қийин бўлган яралар, совуқ абсцесслар, регионал лимфаденитлар (қўлтик, бўйин), эмланиш реакцияси жойидаги .10 мм гача келувчи келл-оид чандиқлар. Адабиётларда баён этилган бирмунча оғир асоратларнинг камдан-кам рўй бериш эҳтимоли бор: БЦЖ-сепсис, БЦЖ-остит, Кох феномени, кизил волчанка скорофулодерма шулар қаторига киради. Асоратлардан қўлтик ости лимфаденитлари ва совуқ абсцесслар биринчи ўринда туради.

**1. ЛИМФАДЕНИТЛАР** клиник кўринишига кўра, жараён босқичига (инфильтрация, абсцесс беришига ва кальций тўпланишига) қараб ҳилма-ҳил бўлади. Регионар, лимфа тугунлари лимфаденитлари эмланган чақалокларда эмлангандан 2-3 ой ўтгач маҳаллий реакцияларсиз ва белгисиз кечади, Лимфа тугуни 2-5 см келадиган диаметрда катталашиб, тери лимфа тугунига бирикиб кетган бўлади ва кўкимтир тим-қора ранга киради, кейин эса марказда флюктуация ва оқма яра пайдо бўлади, Давони жараён босқичига қараб ўтказиши лозим. Болаларга кимё препаратларини қўллаган ҳолда (тубазид, этамбутол) 3-6 ой мобайнида даволанишлари зарур. Зарур бўлганда умумдаво билан бирга тугун ичидаги йиринг тортиб олиниб, 5 % ли салюзид эритмаси юборилади. 1 см дан ошган кальцинати бор лимфа тугуни заҳарланиш симптомлари мавжудлигида специфик кимёвий даво қилган ҳолда операция қилиб олиб ташланади.

**2. СОВУҚ АБСЦЕСС** Бу дард юз берганда эмланган жойда аввалига зич инфильтрат пайдо бўлади, у оғриқсиз, терига ёпишиб кетган бўлади. Совуқ абсцессларнинг

ривожланиши асосан вакцинани тери ичига юбориш техникаси бузилгани ва дорининг тери остига тушишига алоқадор бўлади. Абсцесс пайдо бўлганда харорат кўтарилмайди, регионар лимфа тугунларида реакция содир бўлмайди ва буларнинг барчаси боланинг умумий аҳволига таъсир қилмайди. Гоҳо 2-3 ой ўтгач, бу яраўз-ўзидан сурилиб кетади ёки бошқа ҳолда марказида юмшаб қолиб, флюктуация пайдо бўлади. Яра секин-аста битади ва яллиғланиш реакцияси кузатилмайди. Абсцесс ўз-ўзидан ёрилиб хидсиз суюқ йиринг ажралиб чиқади. Ҳосил бўлган оқма яра узоқ вақт торпид кечади. Совуқ абсцесс ўрнида чуқур яра ҳосил бўлади ва узоқ вақт битмайди, битиб кетганда эса юлдузсимон чандиқ қолади. Совуқ абсцесснинг дастлабки босқичини дорилар билан даволаса бўлади, гидрокортизон суртма дориси ва 10 % ли фтивазид, дока бойламлар қўйилади. Флюктуация пайдо бўлганда шприц ёрдамида казеоз массани тортиб олинади ва 5 % салюзид эритмаси юборилади. Бордию, совуқ абсцессга маҳаллий даво кор қилмаса, уни капсуласи билан бирга кесиб олиб ташланади.

Ярага гипертоник эритма ва Шостаковский балзами шимдирилган боғлам қўйилади. Яра 1-2 ҳафта ўтгач битиб кетади.

**3. ЮЗАКИ БЦЖ ЯРА** вакцина юборилган жойда 3-4 ҳафта ўтиб пайдо бўлади. Катталиги 15-20 мм келадиган инфильтрат пайдо бўлган жойнинг марказида яра юзага келиб, йирингли-сероз пўстлоқлар ҳосил бўлади, улар бир оз вақтдан кейин кўчиб тушади. Ўрнида анча вақтгача курукрок чуқурлик ҳосил бўлади, грануляцион тўқималар билан атроф-теваракда яллиғланиш реакцияси қайд қилинмайди.

Ярага даво қилиш учун сепма дори кўринишидаги изониазид кукуни қўлланилади, яра атрофлари бактерияга қарши суртма дори (тетрациклин, синтомицин) билан ишланади.

**4. КЕЛЛОИД ЧАНДИҚЛАР.** Эмлаш реакциясидан кейинги жойда бириктирувчи тўқимали ўсмасимон катталашган ҳолда ўсиб чиқади, у зич консистенцияда, очиқ рангли бўлади. Келлоид чандиқлар асосан БЦЖ билан қайта эмлаш ўтказилгач пайдо бўлиб, препубертат ёшдаги киз болаларда кўпроқ кузатилади, бу - эмлашдан кейинги чандиқ киймм-кечак ва унинг чоқлари таъсир кўрсатгани туфайли юз беради. Улар ўз кечиши ва табиатига кўра нокеллоид чандиқлардан фарқ қилмай, терининг ҳар қандай зарарланган жойида (операциядан ва куйишдан кейинги чандиқлар, фурункуллар ўрнида) пайдо бўлади.

Одатда, бундай чандиқлар ўсмайди. Гоҳо эса улар аста-секин ўса бошлайди, ўсиб борганда ифодаланмаган оғриқ сезгилари билан давом этади (қичишиб, чандиқ соҳасида санчиб-санчиб туради). Келлоид атрофида пуштирднг доира пайдо бўлиб, чандиқ ичида томирли тўри кам кўринадн. Келлоид чандиқларга ҳафтада 1 марта 0,5 % новакаинли лидаза ва гидрокортизон эритмасини санчиб-санчиб туриб, даво қилинади. Даволаш курси 5-10 тадан иборат. Бордию даво наф бермаса, пирогенал қўлланилади, у мушак ичига, 25 МПД (минимал пироген доза) дан бошлаб, дозаси аста-секин, 10 кун давомида 150 МПД микдоригача ошириб борилади, ҳаммаси бўлиб 30 та инъекция қилинади. Пирогенал қўллангандан сўнг чандиққа 64 ТБ ли, кунора 10 марта туберкулин қилинади. Асосан катталиги 1 см дан ортиқ келадиган йирик келлоидларга даво қилинади.

### СИЛНИНГ КИМЁВИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Кимёвий профилактика специфик усули сифатида туберкулёз билан касалланиш хавфи ошган гуруҳлар учун мўлжалланган. Силни профилактика қилиш мақсадида соғлом кишиларнинг туберкулоз статик препаратларни қабул қилишини биринчи марта 1955 йилда Парижда болалар силига бағишланган анжуманда таклиф этилган эди. Кимёвий профилактика силга чалинган беморлар билан контактда бўлган соғлом одамларга, айниқса бацилла ажратувчиларга ва касаллик ривожланишининг олдини олиш учун биринчи марта инфекция юққанларга тавсия этилган эди.

**Бирламчи** ва **иккиламчи** кимёвий профилактика фарқланади. Бирламчисини беморлар ва касаллик юқмасин, деб бацилла ажратувчилари билан контактда бўлган соғлом болаларга ва ўсмирларга тайинланади. Иккиламчисини - биринчи бор инфекция юқтирганларга (туберкулин реакцияларининг виражи), шунингдек туберкулинга нисбатан гиперергик реакция кўрсатадиган болаларга ва ўсмирларга буюрилади.

Бундан ташқари, бу профилактика инфекция юқтирганлар ёки носпецифик касалликлар (коллагеноз, лейкоз, бронхиал астма, қандли диабет, сурункали носпецифик ўпка

хасталиклари) ва болалар касалликлари (қизамик, кўкйўтал) сабабли стероид препаратлар билан даволанганларга, силдан оғриб ўтганларга тааллуқлидир.

Кимёвий профилактиканинг деярли соппа-соғ кишиларга тайинлангани учун уни буюришдан аввал фаол туберкулёз хасталигининг борлигини истисно этиш учун бу одамларни тўлатўкис текшириб кўриш лозим. БЦЖ билан эмлангандан сўнг 2 ой давомида ГИНК препаратларининг эмлашдан кейинги иммунитет ишлаб чиқишни бузмаслиги учун кимёвий профилактика ўтказишга рухсат берилмайди.

Болаларга ва ўсмирларга кимёвий профилактика ўтказишда унинг туберкулёз инфекцияси ўчоқларидаги самарадорлиги қайд қилинган, булар орасида туберкулёз билан касалланиш 5-10 марта камаяди, касал бўлиб қолганларида эса - жараён бирмунча осойишта кечади.

Бирламчи инфицирланиш ва болалар учун дастлабки 6 ой касаллик ривожланишининг энг хавфли даври ҳисобланади, шу боис бу профилактика туберкулёз инфекциясининг илк ривожланиш босқичида ўтказилмоғи даркор. Кимёвий профилактика учун ГИНК препаратлари гуруҳи (тубазид, фтивазид) қўлланилади, бу дорилар кам захарли бўлиб, юқори бактериостатик фаолликка эга. Бу препаратлар одам организмнинг барча тўқималарига ва аъзоларига кириб боради. Изониазид (тубазид) биринчи бор инфекция юқтирган болапарда ва ўсмирларда кимёвий профилактика ўтказиш учун асосий препарат ҳисобланади. Кимёвий профилактика курслар тариқасида ўтказилиб, бир даво курси 3 ойдир. Туберкулёз инфекцияси юққанларда туберкулинга сезувчанлик ошганда кимёвий профилактиканинг дастлабки курсидан сўнг ёки бир йил ўтиб гиперергик сезувчанлик сақланганда бундай профилактикани такроран ўтказмоқ даркор.

Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида контактда бўлганларга кимёвий профилактика аввалги услуб бўйича бактерия ажратувчини ҳисобга олишда ўтказилади (кузатувнинг дастлабки йили давомида). Кейинчалик болаларда ва ўсмирларда кимёвий профилактиканинг қанчалик давом этиши (инфекция ўчоқларида) ҳар хил бўлиб, у ўчоқнинг эпидемиологик ҳолатига боғлиқ бўлади. DOTS стратегиясининг жорий этилиши муносабати билан бу профилактикани узлуксиз равишда, дастлабки кузатув йили давомида 6 ой муддатда ўтказмоқ лозим.

Бунда тана вазнига нисбатан олинганда 8-10 мг/кг дозада изониазид тайинланади, бир кечаюкундузда болаларга кўпи билан 0,5 гр ва ўсмирларга 0,6 гр буюрилади. Бир суткалик доза бутун курс давомида бир қабулга ҳар куни ёки ҳафтасига 3 маҳал (интермиттирловчи усул) тайинланади. Шунда ҳам препаратни мунтазам қабул қилиб туришга амал қилиш зарур, бунга тиббиёт ходимларининг назорат қилиши ва ота-оналар билан тушунтирув ишини олиб бориш йўли билан эришилади.

#### **БОЛАЛАРДА ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ**

Туберкулёз касаллигини ўз вақтида аниқлаш болалар диспансер бўлимининг асосий вазифаларидан биридир. Қуйидагилар болаларда бу хасталикни ўз вақтида аниқлашнинг асосий мезонлари ҳисобланади: бирламчи инфицирланганлик (вираж) ни аниқлаш, касалликни асоратсиз батамом тузатиб юбориш мумкин бўлган ҳолда бошланғич, кичик маҳаллий туберкулёз шулар жумласидан.

БЦЖ билан эмлашни ёппасига қўллашнинг замонавий шароитларида болаларда туберкулёз хасталигини аниқлаш ишида муайян қийинчиликлар мавжуд.

Уларга сабаб - инфекция ва эмлашдан кейинги аллергия орасида дифференциал ташхис қўйиш мураккаблиги, аллергияга тери сезувчанлигининг сусайиши, силнинг бошланғич даврида касаллик симптомларининг бўлмаслиги ва умумтармок, врачларининг силга нисбатан хушёрликни йўқотишидир.

Силнинг бошланғич даврида ташхис қўйиш аввалроқ инфекция юқтирган беморларда касаллик авж олганлигини аниқлаш асосий вазифалардандир. Амалиёт кўрсатиб беришича, хатто иш яхши йўлга қўйилганда ҳам болаларни ёппасига ҳар йили текширувдан ўтказишда касаллик анча олдинроқ, инфекция юқтирганларда кўпроқаникланади. Уларга қуйидагилар киради: 1-туберкулин реакцияларининг виражи бор болалар ва ўсмирлар; 2-туберкулинга нисбатан ўта сезувчан шахслар; 3-туберкулёз инфекцияси ўчоқларида контактда бўлганлар; 4-анча вақт ва тез-тез касалланадиган болалар ва ўсмирлар; 5- БЦЖ билан эмланмаган ва эмлашдан сўнг эмлашдан кейинги белгилари бўлмаган болалар.



Болалар муассасаларида туберкулин синамаларини вакцинадорлар бригадаси (поликлиника ҳамширалари) педиатр бошчилигида кўйишади.

Туберкулин синамалари натмжаларини педиатр ўқийди. Синамалар натижапарини 72 соатўтгач аниқлашади. У кўндаланг ўлчамда тиниқ рангсиз миллиметрли чизгич билан ўлчанади.

Катталиги 2-4 мм келадиган папула пайдо бўлганда ёки фақат ҳар қандай гиперемия (қизариш) бўлган реакциялар шубхали ҳисобланади; ўлчами 5 мм ва ундан ортиқ бўлса - мусбат реакция саналади. Барча текширув натижалари ишчи журналларга ёзиб кўйилади, сўнгра ҳисоб карталарига киритилади (112, 63 ва 26-шаклларда). Бунда туберкулинга мусбатлар орасида сезувчанлиги ортиқ бўлган болаларни (12 мм ва ундан ортиқ) ва туберкулинга ўта сезувчан шахсларни (инфилтрат кўринишида - 17 мм ва ундан ортиқ), шунингдек илгари инфекция юқтирган болаларни динамикада туберкулинга ўта сезувчанлик ошиб бориши (6 мм ва ундан ортиқ) га алоҳида аътибор бериш зарур.

Инфекцион ёки вакциналашдан кейинги аллергияга дифференциал ташхис кўйишда куйидагиларни инобатга олмоқ керак: 1) БЦЖ билан эмлаш пайтидан ўтган муддат; 2) туберкулинга нисбатан реакциянинг катталиги, характери ва хусусиятлари; 3) реакциянинг йиллар бўйича динамикада ўзгариши; 4) БЦЖ дан кейинги чандиқнинг катталиги; 5) туберкулёз билан оғриган бемор билан контакт бор ёки йўқлиги.

Эмлашдан кейинги реакцияларнинг инфекциядан аллергиядан фарқ қилувчи мутлоқ мезони бўлмайди. «О» гуруҳда масалани динамикада кузатиш йўли билан тез-тез ҳал этишга тўғри келади, шунда 2 ТБ Манту реакцияси 5 ойдан сўнг қайтарилади. «Виравж»га ташхис кўйишда битта кимёвий препарат (изониазид ёки фтивазид) билан 3 ойга кимёвий профилактика буюрилади.

Сўнгги йилларда болалар ва ўсмирларнинг флюорографик текшируви иктисодий қийинчиликлар мавжудлиги сабабли асосан хавфли гуруҳларда ўтказилади.

Умумдаво стационарларда туберкулёз бор йўқлигига зотилжам хасталиги чўзилиб кетган, экссудатив плеврити, лимфа тугунлари катталашган ва номаълум сабабли интоксацияга учраган болалар ва ўсмирларни текшириш лозим. Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида яшовчи бундай болалар ва ўсмирларни услубий тавсияларга биноан фтизиопедиатр текширади.

Фтизиопедиатрлар, педиатрлар, умумдаво тармоғи ҳамширалари билан болаларда туберкулёз профилактикаси ва уни эрта аниқлаш масалаларида уларнинг билимларини ошириш бўйича ташкилий-услубий ишларини олиб боришлари, шунингдек эпидемиологлар билан биргаликда олиб бориладиган ишлар сифатини назорат қилиб боришлари зарур.

#### **КАТТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАР ДИСПАНСЕР ШАРОИТИДА КУЗАТИШ ГУРУҲЛАРИ**

Ўзбекистонда силга қарши курашиш диспансери назоратида туриши лозим бўлган катта ёшдаги беморлар куйидаги гуруҳларга бўлинади:

1-гуруҳ-нафас аъзолари фаол сили:

-А гуруҳча-фаол туберкулёз касаллиги илк бор аниқланган, кўзиган ёки қайталанган.

-Б гуруҳча-самарасиз даволаш туфайли сурункали туберкулёз жараёни билан хасталанган беморлар.

-В гуруҳча-силга қарши дориларга полирезистент туберкулёз таёқчалари ажратадиган беморлар.

2 гуруҳ—нафас аъзоларининг фаол бўлмаган сили:

-А гуруҳча — ўпка ва плеврада катта қолдиқ ўзгаришлар қолган (фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар, шунингдек Игуруҳдан самарали даволаш ва тузапгандан сўнг ўтказилган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқўзгаришлар бўлган, лекин силни кўзғатиш омиллари мавжуд беморлар: илк бор фаол бўлмаган нафас аъзоларининг сили аниқланган беморлар.

-Б гуруҳча—Игуруҳдан самарали даволанган ва клиник тузалган, ўпка ва плеврада кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган, туберкулёз кўзғатувчи омиллари бўлмаган, фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар ҳамда илк бор фаол бўлмаган нафас аъзолари сили аниқланган беморлар.

3 гуруҳ—ўпкadan ташқари аъзолар сили:

-А гуруҳча—ўпкадан ташқари аъзоларнинг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталанган ва кўзиган), ҳамда ўпкадан ташқари аъзоларнинг сурункали сили билан хасталанган беморлар. -Б гуруҳга—ўпкадан ташқари аъзоларнинг фаол бўлмаган, ; шу жумладан илк бор аниқланган нофаол туберкулёз билан хасталанган беморлар.

-В гуруҳча—ўпкадан ташқари аъзолар силдан тузалиб, клиник соғайишдан сўнг қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

4 гуруҳ—туберкулёз билан хасталаниш хавфи юқори бўлган шахслар: -А гуруҳча—туберкулёз таёқчаси ажратадиган беморлар ёки туберкулёз билан хасталанган қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари билан мулоқотда бўлган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги одамлар. -Б гуруҳча—туберкулёз таёқчаси ажратмайдиган фаол туберкулёз билан хасталанган бемор билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар.

-В гуруҳча—туберкулёз билан илк бор зарарланган (вираж) туберкулинга гиперергик реакция берган, БЦЖ дан сўнгги асорат бўлган болалар ва ўсмирлар.

### **БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР НАЗОРАТ ГУРУҲЛАРИ**

Туберкулёз диспансери назоратида туриши лозим бўлган болалар ва ўсмирлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1- гуруҳ — фаол кўкрак ичи сили:

-А гуруҳча—биринчи марта фаол кўкрак ичи сили хасталиги аниқланган ёки касаллик қайталанган (рецидив) хуруж қайд этилган. Бемор болалар ва ўсмирлар, силдан захарлаганлар;

-Б гуруҳча—самарасиз даводан кейин, ривожланган, сурункали турга ўтган кўкрак ичи сили билан оғриган касал болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—кўкрак ичи фаол сили билан оғриган, силга қарши дориларга сезгирлигини йўқотган (полирезистент), туберкулёз кўзгатувчисини ажратувчи бемор болалар ва ўсмирлар.

2 гуруҳ — нафас аъзолари нофаол сили:

-А гуруҳча-1 гуруҳдан самарали даволаниб ўтказилган болалар ва ўсмирлар, ўпкада ва плеврода катта қолдиқ ўзгаришлар бўлган кўкрак ичи нофаол сили, туберкулёз ривожланиш хавфи бўлган омиллар мавжуд кичик қолдиқ ўзгаришлари бор, биринчи марта топилган кўкрак ичи нофаол сили билан хаста болалар ва ўсмирлар;

-Б гуруҳча—туберкулёз ривожланиш хавфи омиллари бўлмаган кичик қолдиқ ўзгаришли, 1 гуруҳдан самарали даволаниб ўтказилган, биринчи марта топилган нбфаол кўкрак ичи сили билан касал ўсмирлар ва болалар.

3 гуруҳ—ўпкадан ташқари туберкулёз.

-А гуруҳча- ўпкадан ташқари жойлашган фаол туберкулёз (биринчи марта топилган, қайталанган, сурункали туберкулёз):

-Б гуруҳча—ўпкадан ташқари жойлашган нофаол туберкулёз (биринчи марта топилган нофаол туберкулёз ҳам) билан оғриган бемор болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—ўпкадан ташқари жойлашган, силдан клиник соғломлашган ва катта қолдиқ ўзгаришлари бор болалар ва ўсмирлар.

4 гуруҳ — туберкулёз ривожланиш хавфи юқори бўлган болалар ва ўсмирлар;

-А гуруҳча—туберкулёз кўзгатувчисини ажратувчи фаол туберкулёз беморлари ва ҳайвонлар билан мулоқотда яшовчи болалар ва ўсмирлар;

-Б гуруҳча — фаол туберкулёз беморлари (туберкулёз таёқчасини ажратмайдиган) билан мулоқотда яшовчи болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—туберкулёз билан бирламчи зарарланган (вираж), гиперергик сезгирликдаги туберкулёз билан зарарланган (инфицирланган) ва БЦЖ эмлашидан кейинги асоратлар мавжуд болалар ва ўсмирлар.

### **ТУБЕРКУЛЁЗ ЖАРАЁНИ ДИНАМИКАСИНING АСОСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ**

Бу жараён динамикаси ҳақидаги масалани тўғри ҳал қилиш учун уларни яхшилаб изоҳлаш учун силга қарши муассасаларнинг амалий ишида ишлатиладиган қатор тушунчаларни келтирамиз.

## 1. Жараённинг фаоллиги.

а) Фаол жараённи, касалликнинг клиник рентгенологик белгилари билан бирга давом этувчи туберкулёз ўзгаришлари деб ҳисоблаш зарур. Бу белгилар қуйидагилардир: интоксикация симптомлари, перифокал реакцияси бўлган фиброз ва ўчоқли тузилмалар, деструкцияси бор ёки усиз намоён бўладиган инфильтратив ўзгаришлар (бактерия ажратувчанлиги бор йўқлиги), ЭЧТнинг тезлашуви, лейкоцитар формуланинг силжишлари ва х.к. шулар жумласидан. Булар даволаш, эпидемияга қарши, тиклов (реабилитацион) ва қатор махсус тадбирларни ўтказишга даъват этади. Бронхологик, цитологик, биокимёвий ва иммунологик тадқиқотлар натижалари ҳам туберкулёз жараёни фаоллигини тасдиқлаш мумкинлигини беради.

## 2. Бактерия ажратувчилар.

Туберкулёз касаллиги аниқланган шахслар ёки силга қарши диспансер муассасасида ҳисобда турганлар бактерия ажратувчилар тарихида ҳисобга олинади. Улар қуйидагилар:

а) туберкулёз микобактериялари ҳар қандай текширув усулида, ҳатто битта текширишда (аммо туберкулёз жараёни фаоллигидан далолат берувчи клиник — рентгенологик маълумотлар мавжуд бўлганда) аниқланган беморлар:

б) туберкулёз микобактерияларини икки марта, ҳар қандай усулда (ҳатто ўпкада аниқ рентгенологик туберкулёз ўзгаришлари бўлмаганда оқи фаол бўлмаган клиник рентгенологик туберкулёз жараёни мавжуд бўлса аниқлаш, Бу ҳолларда специфик эндобронхит, казеоз лимфа тугунининг йўлига тешиб ўтиши ёки рентгенологик усулда қийин аниқланадиган унча катта бўлмаган ўчоқнинг парчаланиши бактерия ажратувчанлик манбаи бўлиши мумкин.

3. Жараённинг турғунлашуви - специфик жараённинг тузалиб кетганини акс эттиради, худди касаллик сўнишидаги каби таърифланади.

4. Клиник жиҳатдан соғайиш — дифференциаллашган кузатув муддатлари билан тасдиқланган туберкулёз жараённинг бир қадар тузалиб кетишидир.

Уларга қуйидагилар киради:

-интоксикация клиник белгиларининг йўқолиши;

-гемограмма ва ЭЧТ кўрсаткичларининг асл ҳолига келиши;

-беморни физикал текшириш усулларида ва беморнинг шикоятлари асосида аниқланадиган ўпка сили маҳаллий белгиларининг йўқолиши (йўтал, балғам ажратиш, ўпкада эшитиладиган курук ва нам хириллашлар), везикуляр нафас олишнинг тикланиши;

-бактериоскопик ва бактериологик, кўрсатмалар бўлган ҳолларда биологик усуллар билан аниқланадиган бактерия ажратувчанликнинг тугаши;

-нафас аъзолари сили рентгенологик белгиларининг йўқолиши (ўчоқларда сурилиши жараённинг ва плевра ҳамда ўпкада инфильтратлар борлиги, ўчоқ ва фокусларнинг зичлашуви ва кальцинациялашуви) ўпкада парчаланиш бўшлиқларининг тузалиши;

-қатор клиник, биокимёвий синамапар ва иммунологик кўрсаткичларни аниқлаган ҳолда тери остига туберкулин юборилган синамадаумумий ваўчоқли реакциянинг бўлмаслиги;

-рентгенологик усулда ва функционал тадқиқотларда аниқланадиган ўпка ва плеврадаги силдан кейинги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда иш қобилятини тиклаш.

Ўпка сили тузалишининг рентгенологик белгилари ҳам аста-секин намоён-бўлиб, клиник — лаборатор кўрсаткичлар суратидан сустроқ бўлади.

Шундай қилиб, беморларни фаол кузатув гуруҳидан фаол бўлмаган кузатув гуруҳига ўтказиш учун клиник ва лаборатор соғайиш кўрсаткичлари билан бир қаторда бациллаларнинг барқарор бўлмаслигини ва парчаланиш бўшлиқларининг беркилишини инобатга олмоқ зарур.

5. Қолдиқ ўзгаришлар - бу турли катталиқда бўлган зич, кальцийланган ўчоқлар ва фокуслар, фиброз-чандикли ва цирротик ўзгаришлар ( шу жумладан қолдиқ санация бўлган бўшлиқлар билан), плеврал тузилмалар, ўпка ва плеврада (кичик ва катта) операциядан кейин юз берувчи ўзгаришлардир.

6. Зўрайиши - самарали даво тугаллангандан кейин клиник соғайиш юз берг"унига қадар даврда туберкулёз жараённинг қайтадан авж олиши.

7. Қайталаниш (рецидив)- илгарилари туберкулёз билан оғриб тузалган шахсларда касаллигининг қайта авж олиши:

- а) эрта — Пва IV ҳисоб гуруҳи кузатув остида бўлган шахсларда;
- б) кечиккан — диспансер ҳисобидан чиқариб юборилган шахсларда.

### **Туберкулёзни DOTS стратегияси бўйича аниқлашни ташкиллаштириш**

DOTS (Directly Observed Treatment Short) туберкулёз касаллигига қарши илмий ёндошилган стратегия ҳисобланади, юқори касаллик кўрсаткичига эга бўлган давлатлар учун Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти томонидан тавсия этилган. Унинг асосий вазифаси туберкулёзни аҳолии орасида тарқалишини пасайтириш ва у орқали келиб чиқадиган иктисодий- ижтимоий талофатларнинг олдини олиш ҳисобланади.

### **DOTS стратегиясининг асосий элементлари:**

1. Ёрдам сўраб келган беморлар балғамини микроскопик текширув ёрдамида туберкулёзни аниқлаш.
2. Стандартлашган қисқа вақтли химиотерапия препаратларини назорат остида қабул қилиш билан боғлиқ.
3. Доимий туберкулёзга қарши перпаратларни етказиб бериш.
4. Туберкулёзга қарши хизмат объектларининг мониторинги.
5. Дастурни давлат томонидан қўллаб қувватланиши.

DOTS стратегиясини приоритетларига киради:

- Мусбат кўрсаткичга эга бўлган балғам суртмасидан 70% беморларни аниқлаш;
- Биринчи марта аниқланган, балғам суртмани 85% мусбат беморларни тўлиқ тузатиш.

### **Туберкулёзни аниқлашни DOTS стратегияси бўйича ташкиллаштириш.**

Диагностиканинг асосий мақсади фаол ҳолатларни клиник кўриниши бор беморларни аниқлаш ҳисобланади.

Кўйилган туберкулёз диагнози ва бемор регистрацияси маҳаллий туберкулёзга қарши муассасада ўтказилади.

Туберкулёзни 4 кўрсаткичи асосида тасниф қилинади:

- ўчоқ локализацияси
- касаллик оғирлиги
- балғам суртмасининг бактериоскопик натижаси
- илгари туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлиги

Туберкулёзнинг таснифи бўйича критериялари

1. Ўчоқ локализацияси: ўпка шакли ёки ўпкадан ташқари шакли.

Тавсия этилган даволаш режаси жароҳатланган ўчоқ локализациясига боғлиқ эмас. Инфекция ўчоғини локализациясини аниқланиши туберкулёзни тўғри регистрацияланишига олиб келади. Ўпка туберкулёзи термини касаллик ҳолати сифатида ишлатилади, унда патологик жараён ўпка паренхимасида бўлади.

Ўпкадан ташқари туберкулёзда фақат ўпка паренхимаси туберкулёздан ташқари касалликнинг ҳамма ҳолатларини киритиш мумкин. Ўпкадан ташқари туберкулёз диагнозини кўйишда диагностик материал клиник кўрсаткичлар фаоллиги асосида кўйилади.

- Ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёз ўчоқлари мавжуд ҳолатларни ўпка туберкулёзи каби интерпретация қилиш лозим.

- Оғир ўпкадан ташқари жароҳатланишларда локализациялашган ўпка туберкулёзи шаклида манфий суртма билан ўпкадан ташқари кўринишда регистрация қилинади.

- Ўпкадан ташқари туберкулёз аниқланиш ўчоқларини бир неча аъзоларида жойлашиши ёки системаларида энг оғир жароҳатланган ўчоқ локализациясига боғлиқ.

2. Касаллик оғирлиги.

Кўзгатувчи микдори, ўчоқнинг анатомик локализацияси ва жароҳат тарқалиши касаллик оғирлигини белгилайди. Анатомик локализацияси туберкулёз классификацияси билан боғлиқ.

### 3.Бактериологик текширув

Бактериологик балғам текширилиши қуйидагилар асосида олиб борилади

- Балғамда МБТ бор беморларни идентификацияси
- Беморлар регистрацияси

### 4.Туберкулёзга қарши ўтказилган терапия.

Туберкулёз классификациясида шуни билиш керакки, бемор келишидан олдин туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлигини, бу қуйидаги масалаларни ҳал қилиш учун керак:

- Эпидемиологик мониторинг
- Препаратларга нисбатан турғун беморларни идентификацияси ва даволаш режаси.

### ***Беморларнинг терапевтик категорияси:***

Беморларни категорияга бўлишда қуйидагиларга эътибор берилади:

- 1.Балғамнинг бактериоскопия текшируви натижалари.
- 2.Туберкулёз билан касал бўлиб ўтганлиги тўғрисидаги ҳужжат.
- 3.Даволанишнинг узилишлари тўғрисидаги ҳужжат.
- 4.Касаллик оғирлиги ва жараёни тарқалганлиги.

#### I. категория.

Биринчи марта аниқланганлар, илгари даволанмаганлар

А) Ўпка туберкулёзи, мусбат балғам суртмаси билан.

Б)Ўпка туберкулёзи, манфийбалғам суртмаси билан, лекин катта паренхиматоз жароҳатланиш билан.

В)Ўпкадан ташқари туберкулёз катта жароҳатланган ва оғир кечувчи жараён билан.

#### II. категория.

- Рецидивланувчи беморлар.
- Даволаниш кечишини ёмонлашиши.
- Бошқалар типига кирувчи ҳамма беморлар.
- Режими бузилгандан кейин даволанган беморлар

#### III. категория.

-Биринчи марта аниқланган, лекин илгари даволанмаган беморлар манфий суртма билан.

-Биринчи марта аниқланган, оғир бўлмаган ўпкадан ташқари туберкулёз шакли.

#### IV. категория.

II категория бўйича ноэффектив даволаниш сабабли сурункали ҳолатга ўтганлар.

**Хулоса:** Силга қарши муассасаларда туберкулёз беморларини ўз вақтида жойлаштириш, даволаш схемаларини тўғри танлаш, даво этапини тўлиқ қабул қилиш ва ўз навбатида туберкулёз беморлари билан мулоқотда бўлган кишиларни ўз вақтида кечиктирмай «Д» назоратга олиш ва профилактик даво чораларини ишлаб чиқиб ўз вақтида қўллашдан иборат. Бундан ташқари беморларни ДОТС дастури асосида даволаш ишлари интенсив ва қувватловчи фазаларни ўтказишдан иборат. Болаларда силга қарши эмлаш ва байта эмлаш ишларини олиб бориш. Туберкулёз ўчоғидаги ишларни СЭС ходимлари ва участка фтизиатрлари билан тўғри йўлга қўйиб олиб боришдан иборат. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологик текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

### **Амалий машғулот №1.**

**Мавзу номи: Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб. Ўпка силани ташхислаш ва лаборатор ташхислаш.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Туберкулёз касалликлар клиникасида сан. эпид. тартиб, уни юритиш, талаб даражасида риоя қилиш.
	3. Сан.эпид тартиб аҳамиятли даражаларини ўрганиб чиқиш.
	4.Туберкулёз беморларини текшириш усуллари, лаборатор ва микробиологик усуллари тўғри олиб бориш. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	<p><b>Таълимий:</b>талабаларга фтизиатрия фани тўғрисида унинг тарихи, буюк алломалар иши, клиникада сан.эпид тартибга риоя қилиш, текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга туберкулёз микобактериясини Циль-Нельсон усулида бўйаш ва туберкулёз таёқчасини билғамда топиш йўллари ўргатиш, қиёсий ташхислаш, туберкулёз таёқчасини микробларга чидамли турларини аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b>мазуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Фтизиатрия фанини ривожланиши ва туберкулёз касалликлар клиникасида сан.эпид тартиб, туберкулёз беморларини лаборатор текшириш усуллари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, микроскоп, балғам суртмалари ва лаборатор шароитда балғам суртмасини тайёрлаш
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билиминини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 30 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	
Асосий босқич 35 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоёйиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

### ***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

#### ***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

#### ***Талаба бажара олиши керак:***

-Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг тахлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт тахлил олиб боришни.

-ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.

-Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

-Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.

-Клиник ва биохимик тахлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.

-Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

-ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талаба билим базасини баҳолаш учун саволлар**

1. Дезинфекция усуллари айтинг?
2. Аҳолини санитар билимини ахамияти?
3. Туберкулез микобактерияси турлари?
4. Қандай шароитлар туберкулез жараёнини ривожланишига олиб келади?
5. Туберкулез жараёни патогенези и патологик анатомия босқичлари?
6. Нафас аъзолари туберкулези қандай интоксикация симптомлар билан намоён бўлади?
7. Нафас аъзолари туберкулези қандай пальпатор маълумотлар билан кечади?
8. Нафас аъзолари туберкулези қандай перкутор маълумотлар билан кечади?
9. Нафас аъзолари туберкулези қандай аускультатив маълумотлар билан кечади?
10. Туберкулез билан касалланган беморлар клиник маълумотларининг қиёсий ташхислашни ахамияти?
11. МБТ аниқлашда қандай лаборатор усул туберкулез клиникасида кенг қўлланилади?
12. МБТ аниқлашда Циль-Нильсен усули босқичларини айтинг.
13. Туберкулез жараёнида УҚТда қандай ўзгаришлар кузатилади?
14. Туберкулез жараёнида қоннинг биохимик маълумотлари қандай ўзгаришлари билан кечади?

### **Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар эпидемиологик тартиб Туберкулёз билан касалланган беморларни текшириш усуллари**

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

Бунда асосан 3 та вазиятни назарда тутиш зарурдир:

1. Туберкулёз билан хасталанган беморлар клиник белгилари бошлангандан бошлаб мутахассис – фтизиатрга эмас, балки УАШга мурожаат қилишади.
2. Туберкулёз – бу инфекцион касаллик ва беморлар атрофдагилар учун жиддий эпидемиологик хавф туғдириши мумкин.
3. Туберкулёз касаллигини даволашда махсус туберкулёзга қарши дориларни қўллаш талаб қилинади ва бу етарли билим ва малакага эга бўлган фтизиатр – мутахассис томонидан кузатиб борилиши керак.

Сўраб-суриштириш ва физикал текширув усуллари ўтказгандагина туберкулёзга шубҳа қилиш мумкин. Туберкулёзни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун, шунингдек исботланган ташхис қўйиш учун ҳам махсус текшириш усуллари зарурдир.

Булар фтизиатрияда иммунологик, микробиологик, нур, эндоскопик ва морфологик усуллар ҳисобланади. Булар туберкулёз касаллигининг ташхиси ва қиёсий ташхисида, касаллик кечиши ва даволаш натижаларини баҳолашда асосий аҳамиятга эга.

#### **Асосий белгилар.**

Нафас аъзолари туберкулёзининг типик белгилари: ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаха пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, терлаш, қуруқ ёки балғамли йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш. Бу белгилар турлича намоён бўлиши ва турли кўринишларда учраши мумкин.

Ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаханинг ёмонлашуви, озгинлик, сержаҳллик, меҳнат фаолиятининг сусайиши туберкулёз интоксикациясининг эрта белгилари ҳисобланади. Туберкулёзга дучор бўлган беморлар бу белгиларни касаллик билан боғлашмайди, чунки бу белгиларнинг пайдо бўлишини жисмоний ва психик зўриқишдан деб ўйлашади.

Интоксикацион белгилар аниқлашда туберкулёз касалликлари бўйича хавф гуруҳига кирувчи шахслар эътиборни жалб этади. Шундай беморлар чуқур текширувдан ўтказилганда туберкулёзнинг бошланғич шакллари аниқлаш мумкин.



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

Туберкулёз интоксикациясида болаларда куннинг иккинчи ярмида тана ҳарорати киска муддатга 37.0-37.5°C га ошади ва ушбу кўтарилиш даврий равишда кузатилади, баъзан ҳафтасига 1-2 марта ва нормал тана ҳароратлари билан алмашинади. Кам ҳолатларда тана ҳарорати 37°C атрофида, эрталабки ва кечқурунги ҳароратлар оралиғи 1°C оралиғида сақланади.

Туберкулёз касаллигида субфебрил ҳарорат вегетатив бузилишлар туфайли ҳарорат кўтарилишидан фарқли равишда амидопирин буюрилганда одатда тушади (амидопиринли синама). Ҳароратнинг тушиши гидразин-изоникотин кислотаси препаратлари фонида ҳам кузатилади.

Турғун, монотон, кам тебранувчи субфебрил ҳарорат кун давомида бўлса туберкулёз учун характерли эмас ва у кўпинча сурункали носпецифик яллиғланишни, бурун, халқумда, параназал синусларда, ўт йўлларида ёки жинсий аъзоларда бўлганида кузатилади. Тана ҳароратининг субфебрил бўлиши яна эндокрин бузилишларда, ревматизмда, саркоидозда, лимфогранулёматозда, буйрак ракида кузатилади.

Гектик типдаги юқори иситмалаш ўткир кучайиб борувчи ва оғир туберкулёз билан зарарланишда кузатилади (милиар туберкулёз, казеозли зотилжам, плевра эмпиемаси). Интермиттирланувчи гектик иситмалаш милиар туберкулёзнинг тифоид шаклини қорин тифидан фарқловчи белгилардан бири ҳисобланади. Туберкулёздан фарқли равишда қорин тифида ҳарорат кўтарилишга турғун мойиллик бўлади. Кейинчалик узоқ муддат давомида стабил баланд бўлади.

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

Интоксикациянинг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири кўп терлаш ҳисобланади. Туберкулёз билан касалланганлар касалликнинг бошланғич даврида тунги ёки эрталабки соатларда бош ва кўкракнинг кўп терлаши кузатилади.

Кескин ривожланган профуз терлаш (нам ёстиқ симптоми) казеозли зотилжамда, милиар туберкулёзда ва бошқа асоратланган оғир шаклдаги туберкулёзда ҳамда носпецифик ҳамда ўткир инфекция касалликларда, сурункали яллиғланиш жараёнлари кўзғалишида кузатилади.

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

Туберкулёз касалликларининг эрта босқичларида йўтал бўлмаслиги мумкин. Баъзан беморлар даврий равишда пайдо бўлувчи секин йўталишни сезишлари мумкин. Туберкулёзнинг ривожланиб бориши йўталнинг кучайишига олиб келиши мумкин. У қуруқ (нопродуктив) ёки балғам кўчиши билан (нопродуктив) бўлиши мумкин.

Қуруқ хуружсимон йўтал бронхларнинг катталашган лимфа тугунлари билан эзилганда ёки кўкс оралиғи аъзоларининг силжишида пайдо бўлади. Бундай силжиш экссудатив плевритли беморни плевра бўшлиғида кўп миқдорда экссудат тўпланганда кузатилади. Қуруқ хуружсимон йўтал айниқса бронхлар туберкулёзида пайдо бўлади.

Туберкулёз касаллиги билан касалланганларда продуктив йўтал ўпка тўқимасининг деструкцияси бўлганида (структураси бузилганида), бронхонодуляр окма пайдо бўлганида ҳамда плевра бўшлиғидан йиринг ёки суюқликнинг бронх дарахтига очилишида пайдо бўлади. Туберкулёзда йўтал, бундан ташқари сурункали носпецифик бронхит ҳамда бронхоэктазларда бўлиши мумкин.

Балғам туберкулёзнинг бошланғич босқичида беморларда кўпинча йўқ ёки унинг ажралиши кўшилиб кечувчи сурункали бронхит туфайли бўлади. Ўпка тўқимасининг парчаланиши бошланганидан сўнг балғам миқдори оша бошлади. Асоратланмаган ўпка туберкулёзида

одатда рангсиз, гомоген ва ҳидсиздир. Носпецифик яллиғланиш қўшилиши йўталнинг кучайиши ва балғамнинг ошишига олиб келади. Бу ҳолатларда балғам йирингли бўлиши ҳам мумкин.

Ҳансираш нафас ёки юрак, қон-томир етишмовчилигининг клиник белгиси бўлиб ҳисобланади. Ўпка касалликларида у асосан нафас юзасининг камайиши, бронхиал ўтказувчанлигининг бузилиши, кўкрак қафаси ва диафрагма экскурсиясининг чекланиши, альвеола девори орқали газлар транспортининг бузилиши ҳисобланади.

Нафас марказига патоген микроорганизмларнинг ҳаёт жараёнлари натижасида ҳосил бўлувчи ва тўқималарнинг парчаланиши натижасида пайдо бўлувчи токсик маҳсулотлар таъсири туфайли ҳам пайдо бўлиши мумкин. Яққол ҳансираш ўпка туберкулёзининг ўткир кечишида ҳамда сурункали диссеминирланган, фиброз-каверноз, цирротик ўпка туберкулёзида ҳам кузатилади.

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

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

**Кўкракдаги оғриқ** трахея, ўпка, плевра, юрак, аорта, перикард, кўкрак девори, умуртка поғонаси, қизилўнгач ва баъзан қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари белгилари ҳам бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзида кўкракдаги оғриқ яллиғланиш жараёнини париетал плеврага тарқалиб адгезив плеврит ривожланиши туфайли келиб чиқади.

Оғриқ нафас олганда, йўталганда, кескин ҳаракатларда пайдо бўлади ва кучаяди. Оғриқнинг локализацияси кўпинча ўпканинг зарарланган соҳасини кўкрак девори проекциясида бўлади, бироқ диафрагмал ва медиастинал плевра яллиғланганида оғриқ эпигастрал соҳага, бўйинга, елкага, юрак соҳасига иррадиация беради.

Қуруқ туберкулёз плевритида оғриқ олдиндан ва узоқ сақланади. Оғриқ йўталганда, чуқур нафас олганда, кўкрак қафасига босилганда ва яллиғланишнинг жойлашишига қараб эпигастрал ёки бел соҳасига иррадиацияланиши мумкин. Шу сабабли диагностик қийинчиликлар туғдиради. Экссудатив туберкулёз плеврити билан касалланганларда кўкрак қафасида оғриқ ўткир пайдо бўлади, лекин плеврал экссудат йиғилиши билан камаяди ва сўрилгунча бўғиқ бўлиб қолади. Ўпка туберкулёзи ва бошқа яллиғланиш касалликларида оғриқларнинг кучсизланиши ва йўқолиши асосий касаллик регрессга учрамасдан ҳам бўлиши мумкин.

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

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

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

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

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

**Қон туфлаш ёки ўпкadan қон кетиши** кўпинча инфилтратив, фиброз-кавернали ва ўпканинг цирротик туберкулёзида кузатилади. Одатда секинлик билан тўхтади ва янги қон ажралгандан сўнг яна бир неча кун тўқ рангли қон қўқалари ажралиши давом этади.

Қоннинг аспирация ҳолатларида ва қон туфлашдан кейинги ривожланган пневмония ҳолатларида тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Қон туфлаш яна сурункали бронхитда,

кўпгина носпецифик яллиғланишли, ўсма ва кўкрак қафаси аъзоларининг бошқа касалликларида учрайди.

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

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

Умумий қилиб олиб қараганимизда нафас аъзолари туберкулёзи кўп ҳолларда умумий инфекцион касалликлар сифатида заҳарланиш белгилари билан бошланади ва кўпинча грипп ёки пневмония ниқоби остида кечади. Кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш фониди бемор аҳволи яхшиланиб кетиши мумкин.

Туберкулёзнинг кейинги кечуви бундай беморларда одатда тўлқинсимон: касалликнинг хуруж даври босилиш даври ва нисбий қоникарли билан алмашинади. Ўпкадан ташқари туберкулёз шаклларида шартли равишда туберкулёз интоксикациясининг умумий симптомлари билан бир қаторда беморларда касалликнинг маҳаллий белгилари: туберкулёзли менингитда- бош оғриғи, ҳиқилдоқ туберкулёзида - овоз бўғилиши ва томоқда оғриқ бўлиши, суяк ва бўғим туберкулёзида – бўғимда оғриқ, юришнинг ўзгариши ва чекланганлиги, аёллар жинсий аъзоларининг туберкулёзида – қориннинг пастки соҳасида оғриқ, менструал функциянинг бузилиши, буйрак, сийдик йўллари ва сийдик пуфагининг туберкулёзида- дизурик бузилишлар, бел соҳасида оғриқ, мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзида- қорин соҳасида оғриқ ва ошқозон- ичак тракти функциясининг бузилиши пайдо бўлади.

### **Сўраб-суриштириш, физикал усуллар**

Анамнездан касаллик қачон, қандай қилиб бошланганлигини аниқлаш зарур: шифокорга қандайдир сабаблар билан шикоят қилиши ёки доимий даврий кўриқларда аниқланиши мумкин. Бемордан белгиларни қандай пайдо бўлгандига ва динамикада қандай кечганлиги, илгари ўтказган касалликлари, травмалар, операциялар ўтказган-ўтказмаганлиги сўралади.

Пайдо бўлиши мумкин бўлган туберкулёзли плеврит, лимфаденитга эътибор берилади. Туберкулёз хавфига олиб келувчи юқори касалликлар бор ёки йўқлиги: қандли диабет, силикоз, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, алкоголизм, наркомания, ОИТС аниқланади.

Айниқса туберкулёз касаллиги юқори регионларда бўлган- бўлмаганлиги, ҳарбий ҳаракатларда иштирок этган- этмаганлиги, беморнинг шаҳар ёки қишлоқда туриш- турмаслиги муҳим аҳамиятга эга. Касби ва иш шароити, моддий, уй шароити, яшаш тарзи, алкоголь истемол қилиш – қилмаслиги, чекиш, шунингдек пеницилар системада бўлганлиги муҳим аҳамият касб этади.

Беморнинг маданият даражаси баҳоланади. Касалланган болаларнинг ота- онасидан туберкулёзга қарши эмлаш ва туберкулин синамаларининг натижалари сўраб-суриштирилади. Яна оила аъзоларининг саломатлиги ҳақида, уйда туберкулёз беморлари билан контактда бўлган- бўлмаганлиги, ўқиш жойида, ишда ва давомийлиги, туберкулёз билан хасталанган беморларнинг бор-йўқлиги ҳақда маълумотлар олиш зарурдир.

**Кўриқ.** Авжланувчи ўпка туберкулёзи билан кечувчи беморларининг ташқи кўриниши нафақат тиббиётда, балки бадиий адабиётларда ҳам тасвирланган, балким *habitus phthisicus* номи билан ҳам машҳурдирлар. Бу тана вазнининг дефицити, оқарган юзда юзнинг қизили, кўзнинг ялтираши ва кенг қорачиқ, иерининг дистрофик ўзгариши, узун ва торайган кўкрак қафаси, коворғалар оралиғининг кенгайганлиги, ўткир эпигастрал бурчак, курақларининг (қанотсимон) орқада қолишидир.

Бундай ташқи кўринишлар чуқурлашиб кетган жараёнларда кузатилади. Беморлар кўригида айтарли бир патологик ўзгаришлар умуман аниқланмайди, бироқ кўриқ ҳамма вақт

зарурдир. Бунда кўпинча ҳар-хил муҳим белгилар аниқланади ва тўлиқ ҳажмда ўтказилиши керак.

Беморнинг жисмоний ривожланганлигига, тери ва шиллик қаватлар рангига эътибор берилади. Ўмров ости ва усти чуқурчалари яққоллиги солиштирилади, ўнг ва чап кўкрак қафасининг симметриклиги кўрилади, чуқур нафас вақтида уларнинг ҳаракатчанлиги, ёрдамчи мушакларининг нафас олишда иштирок этиши баҳоланади. қовурғалараро ораликнинг кенгайиши ёки торайиши, операциядан кейинги чандиқлар, оқмалар битгандан кейинги чандиқлар аниқланади.

Кўл ва оёқ бармоқларида барабан таёқчалари кўринишидаги деформацияланган дистал фалангаларга ва тирноқлар шаклининг ўзгаришига (соат ойначаси кўринишида) эътибор берилади. Болалар, ўспирин ва ўрта ёшлиларда БЦЖ вакцинасидан кейинги чандиққа қаралади.

**Пальпация** терининг нам ёки куруклик даражасини, тургорлигини, тери ости ёғ қаватининг қалинлигини аниқлашга имкон беради. Яхшилаб бўйиндаги, кўлтиқ остидаги, чов соҳасидаги лимфа тугунлари пальпация қилинади. Агар ўпкадаги яллиғланиш жараёнига плевра ҳам қўшилган бўлса нафас олганда кўкрак қафасининг зарарланган томонининг орқада қолиши, кўкрак мушакларининг оғриши кузатилади.

Сурункали кечувчи туберкулёз беморларида ва катта операциядан кейинги ҳолатларда кўкрак қафаси ва елка камари мушакларининг атрофияси кузатилиши мумкин. Кўкс оралиги аъзоларининг қисман силжишини ҳам трахея ҳолатига қараб пальпация орқали аниқлаш мумкин.

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

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

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

**Аускультация.** Баъзи нафас аъзолари касалликлари, айниқса туберкулёз нафас характери ўзгаришсиз ва ўпкадаги қўшимча шовқинларсиз кечиши мумкин. Бунинг эса сабабларидан бири бўлиб зарарланган зонани зич казеоз некротик массалар билан дренажловчи бронхнинг обтурацияси ҳисобланади.

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

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

Майда пуфакчали нам хириллашлар чегараланган ўчоқда яллиғланиш зонасидаги экссудатив компонентнинг устун келганлигидан, ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар парчаланиш бўшлиғи ёки кавернанининг белгиси бўлиб хизмат қилади. Нам хириллашларни эшитиш учун беморни чуқур нафас олиб чиқарганидан сўнг йўталиб қўйиш, кичкина пауза, кейин яна чуқур нафас олиш сўралади.

Бунда чуқур нафас олиш чўққисида хириллашлар пайдо бўлади, ёки уларнинг миқдори ошади. Курук хириллашлар бронхитда, ҳуштак чалувчи бронхоспазмли бронхитда эшитилади. Курук плевритда плевра ишқаланиш шовқини, перикардитда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади.

### **Микробиологик текширувлар**

Микробиологик айнан биктериологик текширишлар муҳим.

- Эпидемиологик жиҳатдан энг хавфли туберкулёз билан оғриган беморларни аниқлаш.
- туберкулёз диагностикасининг верификацияси
- Даволаш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида (организацион шакли, даволаш режаси).
- Даволаш эффективлигини баҳолаш ва прогнозлаш
- Силда эпидемиологик кузатиш мақсадида

Бактериологик текширувлар объектлари бўлиб нафас аъзоларини текширилаётганда олинадиган турли суюқликлар ва тўқималар ҳисобланади. Кўпинча балғам текширилади. Бошқа материаллар бўлиб нафас йўллари аэрозол ингаляциядан кейинги ювилмалари, бронхиал альвеоляр чайилмалар, плеврал суюқлик ва ошқозон чайилмаси ҳисобланади (кўпинча болаларда балғам ютиб юборилади).

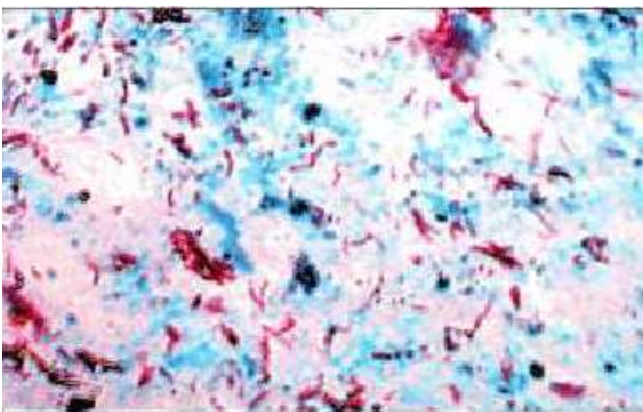
Жарроҳлик операциялари ва кейин лимфа тугунлари, ўпка ва плевра резектатларида текширишлар учун материаллар олинади.

Ўпкadan ташқари туберкулёз билан касалланганларда шубҳа пайдо бўлса турли хилдаги суюқликлар – цереброспинал суюқлик, перикардиал, синовиал, асцитик, бундан ташқари менструал қон, йиринг, суяк кўмиги пунктуати, гранулциялар, синовиал каватлардан қирималар, лимфатик тугунлар ва уларнинг пунктуатлари, аъзолар резектатлари олинади.

Бактериологик текширишнинг классик усуллари бўлиб диагностик материалнинг микроскопияси ва културал текширувлар (экиш), микроорганизм турини аниқлаш билан бирга ҳисобланади. Туберкулёз таёқчалари топилганда уларнинг кимёвий препаратларга сезувчанлиги албатта аниқланади.

Диагностик материал суртмасининг микроскопияси умумий даволаш профилактика қароргоҳларини бўлиши шарт бўлган текширувдир. Текширишдан мақсад кислотага чидамли микобактерияларини топиш. Услуб Циль-Нилсен орқали бўялган суртмаларни оптик микроскопияси ёки флюорохром бўёқлар билан бўялган суртмани люминисцент микроскопда кўриш.

Ўпка силида бунақа бирламчи ориентирловчи текширувлар эпидемик нуқтаи назаридаги энг хавфли касалларни топишда ёрдам беради. Беморларни бирламчи микроскопик текширувида кислотага чидамли бактерияларнинг аниқланиши ёки шубҳа пайдо бўлишида силга қарши қароргоҳга ташхисли верификация мақсадида жўнатилади. Силга қарши курашишни бактериологик лабораторияларида балғамдаги манфий натижани бир марта эмас, 3 кун ва ундан кўпроқ кунда текширилади. Текшириш учун балғамни эрталабки порцияси олинади. Бундан олдин бемор тишларини тозалаб оғзини чайиши керак.



Ёруғлик микроскопияси.

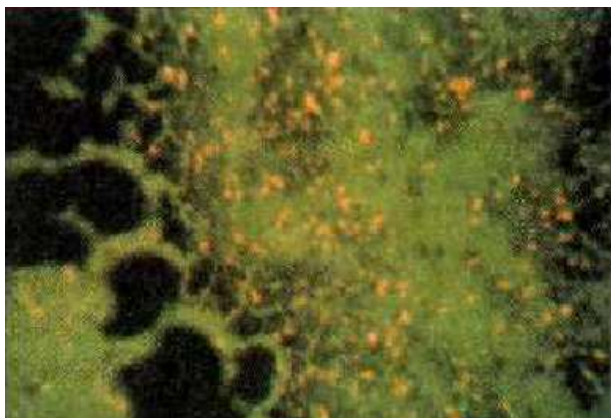
Кислотага чидамли микобактериялар қизил рангда. Циль-

Герметик флаконга 3-5 мл балғам тўплаш зарур, аммо ундан камроқ бўлса ҳам бўлаверади. Балғам бўлмаган ҳолатларда кўзгатувчи 5-15% натрий хлор эритмасини 1% натрий бикарбонат эритмасидан фойдаланилган аэрозолдан фойдаланиш мумкин. Бундай ҳолатларда текшириш учун материал бўлиб бронх ёки ошқозоннинг ювилгвн сувлари ҳам бўлиши мумкин.

Балғам йиғилиши инфекцияни ҳаво-томчи йўли орқали тарқалишини олдини олиш учун алоҳида ажратилган муассасада олинади.

Циль-Нильсен усули бўйича бўялганда кислотага чидамли микобактерияларни қизил рангга, ўраб турувчи фон қизил рангда ва кислотага чидамсиз микроорганизмлар кўк рангга бўялади. Микроскопик усулнинг аниқлиги кислототага чидамли микобактерияларни ажратишда флюорохром препаратлари-аурамин ёки родоминли аурамин билан бўялганда кучаяди. Ультрафиолет билан ёритилганда микобактериялар қора- яшил фонда яққол сариқ рангда кўринади.

Бироқ микроскопик усулнинг ҳам ўз чегараси мавжуд. Оддий (тўғридан-тўғри) микроскопия Циль-Нильсен усули бўйича бўяб кўрилганда 1 мл материалда 50000-100000



Препаратни аурамин билан бўялган люминесцент микроскопияси. Микобактерия тўқ-яшил фонда сариқ пангла.

микроб таналари бўлса аниқлаш имконини беради. Бу микдордаги микобактериялар зўрайиб борувчи туберкулёз билан касалланганларининг балғамида бўлади.

Люминисцент микроскопияда 1 мл материалда туберкулёз таёкчаолари 1000 та атрофида бўлганда аниқласа бўлади.

Касалликнинг эрта боскичларида микобактериялар микдори кам бўлади.

Шунинг учун микроскопик текширувда топилиши қийин. Бундан ташқари

микроскопия *Mycobacterium tuberculosis* ни бошқа микобактериялардан (микобактериоз қўзғатувчилваридан) ажрата олмайди ва айни касаллик этиологияси ҳақида етарлича

маълумот бера олмайди.

Микроскопия усулининг камчилиги культурал усулнинг ёки материални озик муҳитига экиш усулини тўлдиради. Туберкулёз микобактериялари культурасини олишда 1 мл суюқ материалда 20 тадан 100 тагача микроб ҳужайраларининг бўлиши етарлидир. Туберкулёз микобактерияларини ажратиш олиш учун стандарт озик муҳити бўлиб қаттиқ тухумли Левенштейн-Йенсен муҳити ҳисобланади, бунда 1-чи колонияларнинг ўсиши 4-8 ҳафтадан кейин кузатилади.

Яна суюқ ва ярим суюқ озик муҳитлари бор. Баъзи усуллар юқори селективли муҳитларни и шлатиш йўли билан микобактерия культурасини қисқа вақт ичида ўстириш имконини беради, аммо микроорганизмни ажратиш (идентификация) олиш учун қўшимча вақт керак бўлади.

Микобактериянинг тоза культурасининг олиниши биохимик усул ёрдамида *M. tuberculosis* ни бошқа нотуберкулёзли микобактериядан ажратиш, ҳаёт қобилятини аниқлаш, дори препаратларига вирулентлигини аниқлаш имконини беради. Шуниндек яна бактерия ажралишини ҳажми бўйича аниқлаш мумкин: кам-муҳитда - 10 гача колония; суус - 10 дан 50 гача ва кўп 50 ва ундан юқори.

Культурал текширувнинг камчилиги бу унинг 20 гача ўзилиб кетишидир. Аммо бу усулни туберкулезга шубҳа бўлган ҳамма беморларда, айниқса қайта микроскопик текширувининг манфий чиққан натижаларида қўллаш керак.

Культурал текширувни тезлаштириш мақсадида микобактерия ўсувчанлигини радиометрик йўли билан аниқлаш учун аппаратлар ишлаб чиқарилган эди. Бу типдаги аппаратлардаги суюқ озик муҳити таркибида нишонланган  $^{14}\text{C}$  пальмитинли кислотаси бўлади. Махсус сенсор микобактериянинг ўсиш белгиларни 12 кун ичида ёки ундан ҳам эртароқ  $^{14}\text{C}$  ажалиши орқали илғаб олади.



Микобактерия ўсишини рўйхатга олувчи ва уларни химиопрепаратларга сезгирлиги-ни аниқловчи BACTEC MGIT 960 автоматлаштирилган комплекси

Бошқа услуб микроб популяциясининг ўсиши жараёнида кислородни ютишга асосланган. Ёпиқ камерада кислород концентрациясининг камайиши флюороцеснт индикаторни активлайди. У эса ультрафиолет нурларида ялтирашни бошлайди. Бу аппаратлар ёрдамида микобактерияларни саралаш ва бошқа дори препаратларига сезгирлигини аниқлаш имконини беради.



Яна бошқа мукаммал автоматик аппаратлар кўриб чиқилмоқда. Культурал текширувлар туберкулёз микобактерияларининг дори препаратларига бўлган сезгирлигини ва унга турғун бўлган штаммларни аниқлаш имконини беради.

Микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади, қачонки препаратнинг пост, яъни танкидий концентрацияси қўшилганда туберкулёз микобактериялари ўсиш ва кўпайишдан тўхтаган бўлса, ўшандагина микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади. Бу концентрацияда препарат турғун микобактерияларга таъсир қилмайди.

Туберкулёз микобактерияларини (МБТ) дори препаратларига турғунлигини тез аниқлашда биологик микрочипларни қўллаш деб ҳам ҳисоблаш мумкин. Буларни ДНК нинг генетик полиморфизмини баҳолаш учун қўлланилади.

Биологик микротипларнинг миниатюрлиги, махсуслиги ва юқори сезувчанлиги бир вақтнинг ўзида қўзғатувчини аниқлаш қва дори препаратларига сезгирлигини аниқлаш имкониин беради. Бундай текширув натижалари ҳозирча одатий анъанавий культурал усул билан назорат қилинапти.

Лабораторияда микобактерияларнинг туберкулёзга қарши дориларга турғунлик даражаси ва спектрини аниқлаш химиотерапияни танлашда, даво эффективлигини назорат қилиш ва эпидемиологик мониторинг ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Бактериологик натижалари маълумоти етарли бўлмаганда биологик усул билан тўлдирилиши мумкин. Бу усул тахминан туберкулёз микобактерияларини тугган беморлардан олинган биологик материални ҳайвонларга юктиришдан иборат. Одатда денгиз чўчкалоари ишлатилади.

Бу ҳайвонлар туберкулёз микобактерияларига ю қори сезувчан ҳисобланади, тахминан 1 ойдан кейин зарарланган ҳайвонлаврда туберкулёз ривожланади. Биологик усул жуда юқори сезувчан усул ҳисобланади, чунки 1 мл да 5 та микроб таначасидан кам бўлмаган материал денгиз чўчкасига юборилаётган вақтдан бошлаб туберкулёз ривожланади. Бироқ бу ташкиллаштирилган режа бўйича қийин ва етарлича катта маблағ талаб қилади.

Булар ДНК-гибридизация, изотермал аплификация системасининг кетма-кетлик мўлжали, лигаз занжирли реакция, полимер занжирли реакция (ПЦР) бўлиб ҳисобланади. Кўпроқ кенг қўламда ПЦР туберкулёз микобактериялари учун махсус бўлган праймери билан қўлланилади. Реакция *m. tuberculosis* ДНК нинг махсус қисмини амплификациясига асосланган. ПЦР туберкулёз диагностикаси лабораториясининг тез ва юқори сезгирли усули ҳисобланади. Намунадаги 1-10 хужайра тутувчи ташхисловчи материалда туберкулёз микобактерияларини аниқлаш 5-6 соатда ўтказилиши мумкин. ПЦР ни ўтказиш учун махсус тест- синамалар ва лаборатория зарурдир.

### **Плевра бўшлиғининг пункцияси**

Плевра бўшлиғининг пункцияси катта диагностик ва кўпинча муҳим даволаш аҳамиятига эга бўлади. Плеврал пункция олдидан суюқликнинг борлиги ва локализацияси , газни ва плеврал бўшлиқнинг мумкин бўлган патологик ҳосилаларни физикал ва кўптекисликли рентгенологик тиекширишлар асосида аниқлаб олиш керак.

Одатда пункцияни беморнинг ўтирган ҳолатида бажарилади. Пункция қилинаётган томонда елка юқорига ва олдинга кўтарилиб қовурғалар оралиғи кенгайган ҳолатда бўлади. Беморнинг боши ва кўлини ушлаб туриш яхшироқ. Ў пка ва плевранинг чандикли ўзгаришлари бўлганида веналар жароҳатланса ҳаво эмболияси бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда пункцияни ётган ҳолатда кроват ёки столнинг боши пастга туширилган ҳолатда қилинади.

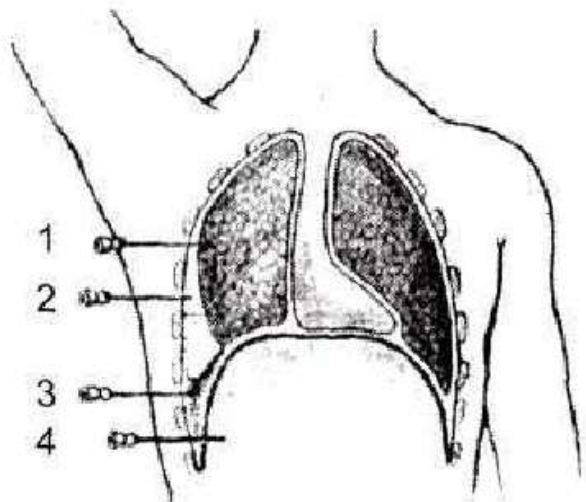
Плеврал бўшлиқдан суюқлик олишнинг классик ўрни бўлиб ўрта қўлтиқ ости ва курак чизиклари орасидаги 7 ва 8 қовурға оралиғи ҳисобланади. Плевра бўшлиғидаги ҳавони одатда ўрта ўмров чизиклари орасидаги 2 қовурға оралиғидан пункция қилинганда сўриб олинади.

Маҳаллий анестезия остида кўкрак қафаси тешилиши етарлича узун ва қалин игнада амалга оширилади.

Уни пастки қовурғанинг юқориги қирғоғи бўйлаб, қовурға остида жойлашган томир ва нервларнинг жароҳатланишидан эҳтиёт бўлган ҳолда амалга оширилади. Игна кран ёки силикон найча орқали шприц билан бириккан бўлиши керак. Суюқлик сўриб олинаётган пайтда шприцни ажратишдан олдин ёпилади ёки найчага қисқич қўйилади. Бу нарса плеврал бўшлиққа ҳпво кирмаслиги учун қилинади.

Плеврал бўшлиқдаги катта миқдордаги суюқликни секинлик билан кўкс оралиғи аъзолари тез силжимаслиги учун олинади. Мураккаб ва нотипик ҳолатларда плеврал пункцияни рентгентелевизион, ультратовушли ёки КТ назорати остида амалга оширса бўлади.

Плеврал пункция асоратлари бўлиб плевра ичига қон кетиши, бош мия томирлари ҳаво эмболияси, ўпкани ошқозон тешилиши бўлиши мумкин.



Плеврал бўшлиғи пункциясида игнани нотўғри киритиш мумкин бўлган вариантлари (схема).

1- Игна ўпкага киритилган.

2-Игна плевра бўшлиғига суюқлик чизиғидан юқорига киритилган.

Асоратларининг профилактикаси бўлиб пункция аниқлик билан пункция ўрнини ва игнани йўналишини аниқлаш услубини, қатъий тўғри бажариш ҳисобланади.

Пункция вақтида олинаётган суюқликлар бактериологик текширувлар, суюқликни зичлигини аниқлаш, хужайравий таркибини аниқлаш, оксиллар ва глюкоза миқдорини аниқлаш учун стерил пробиркаларга ажратиб олинади.

### **Плевра, ўпка ва лимфа тугунлари биопсияси.**

Биопсия кўпинча аниқ морфологик ташхис қўйишга имкон берувчи ягона усул бўлиб ҳисобланади

Ўпка, бронхлар, плевра, лимфа тугунларидан биоптатлар олиш учун трансбронхиал трансторакал, видеоторакокопик, медиастиноскопик, қизитилган очик биопсия ҳамда лимфа тугунларини пункцион биопсиясида қўлланилади. Трансбронхиал биопсия асосий бўлакли шакли, сегментар ёки субсегментар бронхлар патологиясида кўрсатма бўлади. Биопсия учун турли хилдаги техник усуллар қўлланилади: қисқичлар билан тишлаб олиш (қисқичли биопсия) кюретка билан кириш, чўткача билан (чўткали еки брашбиопсия) кириш, проланли губкани босиш (губкали еки спонкбиопсия), аспирация қўлланилади. Усул танлашда олдиндан жараенни рентгенологик маълумотларга кўра бироқ охиригисини бронхоскопия жараенида аниқлаиб танланади.

Янада аниқроқ маълумотлар олиш учун кўпинча турли усуллар кушилган ҳолатда бажарилади бундай ҳолатларда қисқичли биопсияда гистологик текшируви учун етарлича катталиқдаги тукима олиш мумкинлигини тушуниш мумкин. Қириш пункция ва аспирация қисқичли биопсия амалга оширилиши мумкин булмаганда қўлланилади ва олинган маълумоти цитологик текшируви учун мўлжалланади.

Трахея бифуркациясига бронх лимфа тугунларига етиб биоптат олиш учун бронхоскоп орқали махсус игна билан пункция қилиш кенг қўлланилади.

Трансбронхиал қисқичли биопсиясини ўпка тўқимасини текшириш мақсадида амалга ошириш мумкин. Бронхофиброскопияни маҳаллий анестезия остида рентгентелевизион назорати остида рентгенэндоскопик кабинетда амалга ошириш лозим. Маҳаллий жараёнларда биопсияни рентгенологик патология аниқланган зонада қилинади ёки диссеминирланган жараёнларда эса энг ўзгарган зонадан олинади. Бронхоскопни керакли зонага охиригача киритилади, кейин эса озроқ тортилиб қисқичлар итарилади.



Нафас олши чўққисида енгил қаршилиқни ҳис қилган ҳолатда чуқурроқга итарилади кўкрак қафасидан 3x4см узоқликда қисқичлар очилади ва нафас чиқарилганда броншалари беркитилади.

Одатда бундай йул билан гистологик текшируви учун етарли булган упка туқимасидан 2x3 бўлакча олинди. Асорати одатда булмайдди, озгинагина кон туфлаш хавф тугдирмайдди. Жуда ҳам кам холларда висцерал плевра шикастланганда пневмоторакс ҳосил булиш мумкин.

Аспирацион ва чўткали биопсияни сегментар, субсегментар ва ундан ҳам майда бронхлардан олишда бронхоскопияни қўлламадан ўтказиш мумкин. Бунинг учун рентгеноконтраст бошқарувли катетрни маҳаллий анестезия йўли билан бурун орқали киритилади ва рентгентелевидение назорати оститда патологик соя томон сурилади.

Махсус ускуна билан ёндош тўқима кесилади ва цитологик текширув учун олинади. Агар ўпкада емирилиш бўшлиқлари мавжуд бўлсатекширув якунида уни ювиш ва антибиотиклар киритишмақсадга мувофиқдир. Катетеризацияни бундай якунлаш жаволашдап ижобий натижа беради ва шунинг учун доимо фойдалидир.

Барча бронх орқали ўтказилган муолажалардан сўнг 2-3 кун давомида цитологик текшириш учун балғам йиғиш керак. Кўпинча балғамнинг айнан шу порцияларида илгари топишга муваффақ бўлинмаган муҳим диагностик материал топилиши мумкин.

Игна ва шприц ёрдамида ўтказиладиган **трансторакал игнали биопсия** плевра ва ўпкадан гистологик ва цитологик текшириш учункенг тарқалган материал олиш усули ҳисобланади. У плевра, периферик лимфа тугунларининг шикастланишлари ва қандайдир сабабларга кўра трансбронхиал биопсияни ўтказиш имкони бўлмаганда қўлланилади.

Игнали биопсияга қарши кўрсатмалар бўлиб қон ивиш тизимининг бузилиши, эмфизема, ягона ўпканинг шикастланиши ҳисобланади.

Игнали биопсия учун ёки оддий ингичка игналар (аспирацияли биопсиялар), ёки махсус, нисбатан йўғонроқ игналар (трепанацион биопсия) ишлатилади. Бундай игналар турлича тузилишга эга бўлиб, нафақат цитологик, балки гистологик текширишлар учун ҳам плевра ёки ўпка бўлакчаларини олишга имкон беради.

Игнали биопсияни беморнинг горизонтал ҳолатида маҳаллий анестезия остида ўтказилади. Кўкрак қафасини махсус игна билан пункция қилиш ўрни шундай танланадики, у пункция қилинувчи аъзо соҳасига жуда яқин жойлашган бўлиши лозим. Игнанинг ҳолати нур билан текширув усуллари- рентгенологик усуллар ва ультратовуш ёрдамида назорат қилинади.

Рентгенологик усуллардан рентгентелевидениедан фойдаланиш мумкин, лекин энг яхшиси- КТ дир. У игнанинг киритилиш чуқурлигини аниқ ҳисоблашга, игна йўналишини назорат қилишга ва игнанинг охири объектга тушишини таъминлайди. Игнанинг объектгача бўлган йўналиши пункцион датчикли ультратовуш билан назорат қилинганда монитор экранилда акс этади.

Бунда игнанинг ҳолати ва йўналишини узлуксиз назорат қилиш, кўриш режимини ўзгартириш мумкин. Муолажа ионловчи нурланиш билан кечмайди. Шунга биноан у бемор ҳамда тиббий ходим учун умуман хавфсиздир ва шунинг учун бирор-бир чекловларга эга эмас.

Игнага материал олингандан сўнг тезлик билан препарат тайёрланади ва цитологик ҳамда гистологик текширув учун берилади. Зарур бўлганда қайтадан материал олиш мумкин. Трансторакал игнали биопсия ёрдамида 80-90% ҳолларда тасдиқланади. У ўпканинг ёмон сифатли ўсмаларида юқори ва яллиғланиш касалликларида паст самарадорликка эга.

Трансторакал биопсиянинг амалиётда кам учрайдиган, эҳтимоли мавжуд бўлган асоратлари қон туфлаш, пневмоторакс бўлиши мумкин. Пункция канали йўли бўйлаб ўсма метастазлари ривожланишига олиб келувчи ўсма ҳужайраларининг имплантацияси камдан – кам қайд қилинади. Унинг олдини олиш учун пункция канали деворини электрокоагуляция қилиш учун махсус анжомлар тўплами ишлаб чиқилган.

Бўйин олди (трансервикал) биопсия олдинги нарвонсимон мушакларда жойлашган клетчатка ва лимфа тугунларини жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан иборат.

жарроҳлик муолажаси маҳаллий анестезия остида ўтказилади. Узунлиги 4-5 см ли кесма ўмров суяги устидан ёки унга параллел ўтказилади. Гистологик текширув учун нарвонсимон мушаклар соҳасидаги тўқималар лимфа тугунлари билан бирга олинади.

Агар лимфа тугунлари пайпасланса, одатда трансцервикал биопсияни эмас, балки игнали биопсияни афзал кўришади. Лимфа тугунлари пайпасланмайдиган ҳолларда трансцервикал биопсия медиастиноскопияга нисбатан кўпроқ маълумот беради.

**Очиқ биопсия-** Кўкрак қафасини очиш орқали ўпка, плевра ва лимфа тугунларидан биоптат олиш усулидир. Очиқ биопсияни асосан ўпканинг диффуз ва тарқоқ касалликларида, шунингдек бошқа турдаги биопсиялар етарли маълумот бермаган ҳолларда қўлланилади.

Биопсия қовурғалар орасидан ўтказилган кесма (мини-торакотомия) орқали наркоз остида бажарилади. Оддий жарроҳлик асбоб-ускуналари ёки видеоторакокопия анжомларидан фойдаланилади. Очиқ биопсиянинг асосий афзалликлари- даражада ишончилиги ҳамда ўпканинг битта ёки одатда 2-3 бўлагидан йирик биоптатлар олиш имконининг мавжудлигидир.

Бундай биоптатлардан нафақат гистологик, балки электрон-микроскопик, иммуногистохимёвий, иммунофлюоресцент текширувлар учун ҳам фойдаланиш ҳам мумкин.

Очиқ биопсиянинг асоратлари бўлиб пневмоторакс, гидроторакс, гемоторакс, оғир беморларда эса- нафас етишмовчилиги бўлиши мумкин.

#### ***Периферик лимфа тугунларининг пункцион биопсияси.***

Лимфа тугунидан аспирацион ёки трепанацион биопсия ёрдамида диагностик материал олиш мумкин. Лимфа тугуни тўқимасини аспирация қилиш учун игнали оддий шприц ишлатилади. Терини анестезия қилгандан ва лимфа тугунига тешиб кирилганидан сўнг ҳар гал игнани шприцдан ажратган ҳолда 2-3 марта аспирация қиламиз.

Игнани лимфа тугунидан чиқаришдан олдин олинган материал шприцга сўрилиб кетмаслиги учун шприцни игнадан чиқариб олинади. Кейин олинган материал шприц ёрдамида игнадан буюм ойначасига чиқарилади ва цитологик ҳамда микробиологик текширувга берилади.

Трепанацион биопсияни лимфа тугунидан гистологик текширув учун тўқима бўлақларини олишга имкон берувчи махсус игна ёрдамида ўтказилади. Трепанацион биопсия аспирацион биопсияга қараганда нисбатан анча кўп маълумот беради.

#### **Қон ва сийдикни текшириш**

Ўпка туберкулёзи билан касалланган беморлар умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар патогномоник белги ҳисобланмайди. Касалликнинг ўткир даврида бироз лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, лейкоформуланнинг чапга силжиши (таёкча ядроли нейтрофиллар фоизининг сезиларли ошиши), ЭЧТ ошиши кузатилади.

Организмидаги кўпчилик аъзолари туберкулёз билан шикастланган ва яққол интоксикация мавжуд беморларда баъзан гипохром анемия вужудга келади. Туберкулёзли яллиғланиш инволюцияга учраганида лейкоцитлар сони нормаллашуви қайд этилади, лимфоцитлар сони нормагача кўтарилади ва ҳатто ошади.

**Қоннинг биокимёвий таҳлилини** туберкулёзли яллиғланиш кечиши фазаси ва хусусиятларини баҳолаш, жигарнинг функционал ҳолатини аниқлаш ва ҳамроҳ касаллик сифатида кечувчи қандли диабетни истисно қилиш учун ўтказилади. Ўткир туберкулёзли яллиғланишда альбумин-глобулин коэффиценти камаяди, плазмада фибриноген ва сиал кислоталари миқдори ортади, С-реактив оксил пайдо бўлади. Кўп миқдорда балғам ажратадиган, йирингли плеврал экссудатлари ва буйрак амилоидози мавжуд беморларда гипопропротеинемия кузатилиши мумкин.

Қонда аланин ва аспарагин аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза, билирубин, қолдиқ азот, мочевина, креатинин аниқланиши, шунингдек коагуляцион синамалар(тимол, сулема) жигар фаолияти ва беморнинг дориларни кўтара олиши ҳақида маълумот беради.

Кўпинча туберкулёз билан бирга кечувчи қандли диабетни истисно қилиш мақсадида қонда глюкоза ва гликозилиланган гемоглобин миқдори аниқланади.

**Қонни иммунологик текшируви** баъзан касалликнинг туберкулёзли этиологиясини тасдиқлаш, унинг фаоллигини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун қўлланилади. Бунинг учун антиген-антитана реакциясига асосланган **иммунофермент таҳлил** қўлланилади.

МБТ га нисбатан антитаналар туберкулиннинг махсус препарати ёрдамида аниқланади- бу қуруқ антигенли эритроцитлар диагностикадир. Туберкулёзда иммунофермент таҳлилнинг сезгирлиги 60-70% ни ташкил этади, махсуслиги эса – тахминан 90% атрофида бўлади.

Кўпинча фаол туберкулёзда лимфоцитлар бласттрансформациясининг мусбат реакцияси ва туберкулин билан стимуляция қилинганда лейкоцитлар миграциясининг тормозланиши, шунингдек иммунокомпетент ҳужайралар сонининг камайиши қайд қилинади.

Бу иммунологик текширувларнинг натижалари туберкулёз жараёнининг фазасига боғлиқ. Туберкулёз ривожланиш билан кечувчи беморларда лейкоцитлар миграциясининг тормозланиш реакцияси яққол акс этади. Специфик яллиғланиш авж олганида Т-лимфоцитлар сони ошади ва G ҳамда А-иммуноглобулинлар миқдори камайиши билан бир қаторда розетка ҳосил қилувчи В-лимфоцитлар ошади. ППД туберкулин иштирокида лимфоцитлар яққол бласттрансформация реакцияси туберкулёз жараёнининг инволюцияси учун хос.

Иммунологик тестлар туберкулёзнинг қиёсий ташхислаш учун ҳам иш латилади. Рак ва саркоидозда туберкулёздан фарқ қилиб фитогемаглютининли бласттрансформация реакциясида Т-лимфоцитлар фаоллигининг сусайиши қайд этилади.

Туберкулёз билан касадланган беморлар **умумий пешоб (сийдик) таҳлили**да баъзан асосий касалликнинг жиддий ўзгаришлари аниқланади. Масалан, яққол и фодаланган туберкулёз интоксикациясида сийдикда оқсил ва гиалинли илindrлар пайдо бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзининг амилоидоз билан асоратланиши турғун протеинурия ва микрогематурияга олиб келади. Бўйрак туберкулёзида сийдикда оқсил, лейкоцитлар, кўпинча эритроцитлар, баъзи беморларда МБТ ҳам топилади.

## Амалий машғулот №2:

**Мавзу номи: Туберкулезда иммунитет ва аллергия. Туберкулезни ташхислашда туберкулин синамалари.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Силда иммунитет ва аллергия, уни юритиш, талаб даражасида риоя қилиш.
	3. Туберкулин диагностика, туберкулин синамалари.
	4. Туберкулин синамаларини қўйиш, натижаларини баҳолаш. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга иммунитет ва аллергия тўғрисида маълумот бериш, иммунитет феноминлари. Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш.</p> <p>Талабаларга туберкулин синамаси тўғрисида маълумот бериш, қўйиш техникалари, натижаларини ўқиш, қиёсий ташхислаш, туберкулин турларини аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орали талабалар</p>

	онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. <b>Ривожлантирувчи:</b> мазуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силда иммунитет ва аллергия, туберкулин синамалари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, микроскоп, туберкулин зардоби.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

#### Амалий машғулотнинг технологи картаси

Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотиغا кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намоёйиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

### **Талаба бажара олиши керак:**

-Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.

-ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.

-Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.**Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:**

-Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.

-Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.

-Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

-ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билиминибаҳолаш учун саволлар**

1. Иммунитетнинг 5 та феноменини айтинг?
2. Иммунологик жавобнинг 2 та асосий турини айтинг.
3. Иммунологик жавобнинг қандай хужайралари эффектор хужайралар ҳисобланади?
4. Туберкулинга таъриф беринг.
5. Туберкулин турларини сананг.
6. 2 ТБ билан РМанту қўйишдан мақсад ва усули.
7. Кох синамасини қўйишдан мақсад ва усули.
8. Нафас етишмовчилиги турларини айтинг.
9. Ташқи нафас функциясининг текшириш усуллари.
10. Spiroграфияда қандай кўрсаткичлар олинади?
11. Туберкулёз билан касалланган беморларда қандай бронхоскопик усуллар қўлланилади.
12. Нафас аъзолари касалликларида рентгенологик синдромлар қандай белгилар билан кузатилади?
13. Рентгенограммада патологик сояланишларнинг асосий турларини кўрсатинг.
14. Рентгенологик ташхислашнинг асосий усулларини айтинг.

### **Туберкулёзнинг иммунитет феноменлари**

Организмнинг силга қарши курашишида асосан сўнг пайдо бўлган хужайралар иммунитетига аҳамият берилади. Унинг асосида макрофаглар фаоллигини ошириш ва уларнинг Т-лимфоцитларга таъсирини кучайтириш ётади.

Туберкулёз таёқчаларининг ўзига қабул қилиб олган фагоцитлар парчаланиши натижасида фагоцит хужайрасидан ташқарига туберкулёз таёқчаларининг бўлакчалари чиқиб,  $\alpha_1$ -оксил ва ферментлар билан биргадир, натижада медиатор (интерлейкин-1) пайдо бўлади. Пайдо бўлган интерлейкин таъсирида Т-лимфоцитларининг фаоллиги кучаяди.

Т-лимфоцитлари эса ўз навбатида лимфокин – медиаторларини (интерлейкин 2) ишлаб чиқаради, бу эса макрофагларнинг ҳаракатини ва туберкулёз таёқчаларига нисбатан бўлган ферментатив фаоллигини оширади. Макрофаглар томонидан ишлаб чиқариладиган медиаторлар иммуноглобулинлар сентизига жавобгар ҳисобланган В-лимфоцитларнинг фаоллигини кучайтиради.

Т-лимфоцитлар орасида макрофагларнинг иммунитет жавобгарлигига нисбатан турли вазифаларни бажарувчи хиллари мавжуд. Т-хелперлар макрофагни фаоллаштиради, Т-супрессорлар аксинча макрофаг фаоллигини сусайтиради. Т-лимфоцитларнинг бир қисми Т-келлерлар макрофаглар билан бирга иммунитетнинг асосий феноменларидан бири бўлган хужайраларнинг силга қарши иммунитетини ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик ривожланишини таъминлайди.

Секин ривожланиши ўта сезгирликка хужайраларнинг, туберкулёз таёқчаларининг, антигени билан бўлган ўзаро таъсир реакциялари киради. Иммунологияда секин ривожланувчи ўта сезгирликни аниқловчи лимфоцитларнинг бланс-трансформацияси (шаклининг ўзгариши) лейкоцитлар кўчишининг (ҳаракатнинг) секинлашиши реакциясини аниқлаш қўлланилади. Секин ривожланувчи ўта сезгирлик амалда кенг кўламда аниқлаш учун туберкулин синамасидан фойдаланилади.

Силдан муҳофаза қилишда организм турғинлигини кучайтирувчи гуморол омиллар (комплемент, лизоцим, пропердин, интерферон) муҳим аҳамиятга эга, булар айниқса иммунитет системасининг физиологик камчилиги бўлган янги туғилган чақалоқларда катта аҳамиятга эга. Катталарни туберкулёз касалидан сақлашда гуморол омилларнинг аҳамияти аниқ эмас, яъни ўрганилмаган.

Туберкулёз таёқчаларининг биринчи марта юкушига ва БЦЖ вакцинациясига қарши иммунитетнинг ташкил топиши, туберкулёз таёқчаларининг кўпайиши ва махсус яллиғланиш жараёни билан бир қаторда ривожланади. Иммунитетнинг кучайиши оқибатида туберкулёз таёқчаларининг кўпайиши сусаяди, яллиғланиш жараёни ҳам камая бошлайди.

Секин ривожланувчи ўта сезгирлик реакцияси вакцинациядан ёки туберкулёз инфекцияси организмга юққандан сўнг 2-3 ҳафта ичида етарли даражадаги иммунитет эса 8 ҳафтадан сўнг пайдо бўлади.

Иммунитет реакциясининг ривожланиши туберкулёз таёқчаларининг таркибий қисмларининг таъсири тўхташи жараёнида кечади. Туберкулёз таёқчаларининг вирулентлигини аниқловчи корд-фактори, фаголизомом ташкил топишини ва туберкулёз таёқчаларининг парчаланиш жараёнини секинлаштиради.

Агар туберкулёз таёқчалари кўп хил популяцияда бўлса ва жуда тез кўпайса, Т-супрессорлар кўпаяди, Т-хелперларнинг иммунологик фаоллиги ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик сусаяди, бу силнинг тез ривожланишига ва ириган туберкулёз бўртмаларининг шаклланишига олиб келади.

Бордию туберкулёз таёқчаларининг хили (популяцияси) кам бўлса секин ривожланувчи ўта сезгирлик авж олгандан сўнг макрофаглар Т-лимфоцитлар медиатори таъсирида антиген таъсир этувчи томонга йўналади ва силнинг экссудатли бўртмаси ҳосил қилиш учун шароит яратади.

Макрофаглар ичидаги туберкулёз таёқчаларининг фосфатоидлари таъсирида макрофаглар эпителиясини ва кўп ўзакли катта Пирогов-Лангхас хужайраларига айланади. Бу хужайралар яллиғланиш ўчоғини чегаралаб қўяди. Туберкулёз бўртмаларини пайдо бўлишини туберкулёз инфекциясига қарши иммунологик реакциянинг ҳосили деб қараш керак.

БЦЖ вакцинаси билан эмланган организмда макрофаглар тез ҳаракатланиб туберкулёз таёқчалари кирган жойга етиб келади ва эмланилмаганларга қараганда туберкулёз таёқчаларини кўпроқ хазм қилишга қобилиятлироқ бўлади.

Иккиламчи силга силнинг бирламчи даврида пайдо бўлган иммунитетнинг мавжудлиги ҳосилдир. Унинг яққоллиги силнинг ривожланиши ва кечиши жараёнини белгилайди.

Туберкулёз инфекцияси биринчи марта юққанда ёки бирламчи туберкулёз даволаниб битгандан сўнг сақланиб қолган типик ёки L-шаклидаги туберкулёз таёқчалари организмдаги иммунологик ҳолатни давом эттиради.

Иккиламчи туберкулёз тана аъзоларида жойлашиб асосан туберкулёз таёқчалари битиб кетган бирламчи туберкулёз ўчоқларидан тарқалади (эндоген реактивация) ёки хаво орқали ёки овқатлар билан ютуш орқали (экзоген суперинфекция) юқади. Иккиламчи силнинг иммунитетидида ҳам макрофаглар билан Т-лимфоцитлар асосий ахамиятга эга бўлиб, улар туберкулёз инфекциясининг тарқалишига ва туберкулёз яллиғланишининг кенгайишига қаршилиқ кўрсатади.

Иккиламчи силдаги инфекция жараёнига яллиғланиш ва тўқималарда эриш жараёни ҳосил бўлиб бу макрофагларнинг парчаланиши натижасида келиб чиқади. Эриш жараёни қон томирларни бузади, лимфоцитлар ва макрофагларнинг туберкулёз таёқчалари томон интилишига қаршилиқ кўрсатади, натижада эришнинг (казеоз) сўрилиши қийинлашади ва туберкулёз таёқчалари фагоцитлар томонидан яхши қамраб олинмайди.

Лимфа безлари касалланганда, хомла даврида айрим сабабларга кўра оч қолганда иммунитетни сусайтирувчи дорилар (иммунадеприв) қабул қилинган даврда, ичкиликбозликка, гиёҳвандликка берилган кишиларда рак, қандли диабет касалларда табиий иммунитет сусайиб кетади.

Наслий омиллар ҳам туберкулёз таёқчалари юққандан сўнг пайдо бўладиган иммунитет системасига таъсир кўрсатиши аниқланган. Баъзи кишиларда HLA-антигенларининг мавжудлиги ва туберкулёз билан касалланиш ўртасида боғлиқлик борлиги аниқланган. HLA-антигени макрофаглар Т- ва В-лимфоцитларнинг фаоллигига таъсир этади, натижада туберкулёз жараёнининг кучайтиради ёки сусайтриади. HLA DR2 ва В антигени бор кишиларда БЦЖ вакцинациясидан сўнг хужайра иммунитетни ривожланмаслиги аниқланмаган.

Силнинг морфологик ўзгаришлари кўп қиррали бўлиб ўткир ириш (казеоз) ўчоқларидан тортиб жуда кичик ўзгаришларгача ва хатто тўқималарнинг силга хос бўлмаган ўзгаришларигача рўй беради.

Туберкулёз ўзига хос бўлмаган яллиғланиш реакциясидан бошланади. Тажрибада хайвонлар ўпкасига вирулентлиги кучли бўлган туберкулёз таёқчалари юқтирилганда бир кеча кундуз ўтиши биланок гистиоцит хужайраларнинг кўпайиши рўй беради; ўпка пуфакчаларининг девори яллиғланади ва етарли миқдорда лимфоцитлар, сегмент ядроли нейтрофил лейкоцитлари тўпланади, кейинчалик қонга тўлишган, яллиғланган қон томирлари атрофида ҳам лейкоцитлар тўпланади, ўпка пуфакчалари ичига эса макрофаглар йиғилади.

Лимфоплазмочитар ва гистамакрофагал бўртмачалар пайдо бўлиб уларнинг ичига эпителиоидсимон хужайралар тўпланади. Силга хос бўлган кўп ўзақли эпителиоидсимон хужайрали, марказида ириш жараёни бўлган бўртмачалар 1-1.5 ой ичида аниқланади.

Туберкулёз бўртмачалари экссудатив (зардобли), лимфоцитарли, продуктивли (сермахсул), эпителиоидсимон катта хужайрали ва ириган холда бўлиши мумкин бўлиб бу ёки бу кўринишларнинг устунлиги организмга юқган инфекциянинг миқдорига, вирулентлигига ва макроорганизмнинг реактивлигига боғлиқ. Қон томир ва бронхларнинг атрофида лимфоид хужайраларнинг кўп тўпланганлиги кўриниб туради.

Туберкулёз янада ривожланган тақдирда бўртмачалар бирлашиб йирик туберкулёз ўчоқлари пайдо бўлади, туберкулёз ўчоқларидан эса казеоз қисмлари мавжуд бўлган пневмоник фокус ташкил топади (яллиғланиш). Яллиғланиш тарқалиб нафас йўлларига ўтиб кетиши мумкин. Казеоз қисми ичига протеолитик ферментларни ажратувчи лейкоцитлар криб, яллиғланиш жараёни бошланса, казеоз қисми суююклашиб бронх ичига ёрилиши мумкин.

Яллиғланишнинг ириши натижасида кавок-бўшлиқ (каверна) пайдо бўлади ва бу туберкулёз таёқчаларини ўпканинг бошқа қисмларига тарқатувчи манба ҳисобланади, натижада янги-янги туберкулёз ўчоқлари, яллиғланиш ва яна бошқа кавкчалар пайдо бўлиши мумкин. Бронх деворидаги яллиғланиш яраланса ҳам кавкчалар пайдо бўлиши мумкин.

Туберкулёз ўчоғининг битиши, экссудатнинг сўрилиши, казеознинг қуюқлашиб қотиши ва туберкулёз ўчоғининг атрофида қўшувчи тўқималардан иборат қобикнинг пайдо бўлиши билан бирга кечади. Экссудатнинг, хужайра элементларининг сўрилиши, яллиғланиш ва

ковакчаларнинг битишига ва натижада чандик (фиброз-цирроз) пайдо бўлишига олиб келади.

Бундай туберкулёз ўчоқларининг орқага қайтиши натижасида ўчоқ қобиғида коллоген толалари қотади (гиалиноз): ўчоқ қобиғига ва унинг атрофига лимфоцитларнинг тўпланиши иммунологик реакциянинг зўрайганлигини кўрсатади. Ўралиб қолган туберкулёз ўчоқларида силга хос қўшувчи тўқиманинг бўлмаслиги (грануляция) силнинг тузалганлигини ва қолдиқ ўзгариш ташкил топганлигини тасдиқлайди.

Туберкулёз яллиғланишининг ривожланиш тезлиги, унинг яққоллиги ва тўқималар яллиғланиш реакциясининг алмашиб туриши – (альтератив, экссудатив ва пролифератив жараёнларнинг) организмга кирган туберкулёз таёкчаларининг сонига ва вирулентлик сифатига кўп жихатдан боғлиқ. Итларда ўтказилган тажрибалар натижасида шу нарса аниқланганки; агар ит ўпкасига  $10^8$  туберкулёз таёкчаси юборилса туберкулёз бўртмачаси,  $10^6$  – йирик туберкулёз ўчоғи,  $10^8$  – кавакли туберкулёз пайдо бўлади.

Силни бирламчи ва иккиламчи, кетма-кет келадиган 2 даврга бўлиниши унинг патоморфологик кўриниш хусусиятларида ҳам акс этади.

Силнинг бирламчи даврида асосан лимфа безлари зарарлангани учун доим тарқалган холда ёки лимфа безларининг – казоез ўзгаришлари топилади. Силнинг бу даврига бактиремия (туберкулёз таёкчаларининг қон орқали тарқалиши) хос бўлиб ўпка ва бошқа аъзоларда қон билан тарқалиш натижасида пайдо бўлган туберкулёз ўчоқларининг мавжудлиги аниқланади.

Асосий туберкулёз ўчоғи атрофида кенг кўламда тарқалган яллиғланиш, ўпка ва бошқа аъзоларда силга хос бўлмаган лимфоид ва лимфогистоцитар тугунчалар яллиғланишнинг пайдо бўлиши ва макрофаглар кўпайиши (пролифрацияси) бирламчи силнинг асосий марфологик хоссасидир.

Бирламчи силдан кейин силнинг қон ёки лимфа йўллари билан тарқалган кўриниши пайдо бўлиши мумкин. Бунда туберкулёз ўчоқлари билан бир қаторда ўпка қон томирларининг яллиғланиши (васкулит), касаллик сурункасига кечадиган бўлса ўпка тўқималари оралиғида тур шаклидаги дағаллашган (склеротик) ўзгаришлар пайдо бўлади. Тарқалган туберкулёз авж олиб кетадиган бўлса у иккиламчи силнинг бошланиши бўлиб хисобланади.

Иккиламчи силга бирламчи туберкулёз ўчоқларининг қолдиғи мавжудлиги (кальций тузларининг йиғилиб қотиб қолган лимфа безлари, туберкулёз ўчоқлари) хос бўлиб, булар иккиламчи силнинг келиб чиқишида асосий ахамиятга эга. Бунда туберкулёз-ўчоқ яллиғланиш, кавак шаклида бўлиб асосан аъзоларда, жумладан ўпкаларда жойлашади ва лимфа безлари силнинг ривожланиш жараёнида қатнашмайди.

L-шаклидаги вирулентлиги кам бўлган туберкулёз таёкчаларининг юкуши натижасида ретикулоцит, лимфоид ва макрофаг хужайралар иштирок этувчи ретикулогистиоцитар пролифератив кўринишдаги яллиғланиш ўпка ва лимфа безларида ривожланиши мумкин. Бундай яллиғланишда силга хос бўлган эпителийсимон – хужайрали реакция ва казоез иштирок этмагани учун бундай реакцияни параспецифик (силга хосрок) реакция деб аталади, булар одатта бирламчи силда учрайди.

Туберкулёз ўчоқлари атрофидаги силга хос бўлмаган перифокал реакция кўринишидаги яллиғланиш, яллиғланишнинг экссудатив даври бўлиб, морофлогик жихатдан қон томирларнинг тўлишиб, шиши ва лимфоцитар яллиғланишидан ибортадир.

### **Туберкулин диагностикаси**

Туберкулин юборишга бўлган реакцияни одам организмни туберкулёз микобактерияларига бўлган специфик сенсбилизациясини диагностик тест сифатида аниқлашда ишлатилади. Уни туберкулинодиагностика дейилади ва кенг қамровли туберкулёзга текширувларда ва клиника амалиётида индивидуал диагностика мақсадида қўлланилади.

Оммавий туберкулинодиагностика деб аҳолининг катта гуруҳларини кўпинча болалар ва ўсмирларни эпидемиологик, клиник ва диагностик маълумотлар олиш учун қўлланилади.

Индивидуал туберкулинодиагностика туберкулёзнинг конкрет клиник кўрсаткичларига кўра алоҳида шахсларга қилинади.



**Туберкулин препаратлари.** Туберкулин 1890 йил Берлинда Кох томонидан олинган. У махсус туберкулёз таёқчалари культурасидан ажратиб олинган сув-глицеринли тортилма бўлиб, кейинчалик кўхна ёки альттуберкулин (нем. *Alttuberculin Koch*). Кох кўхна туберкулини таркибига микобактериялар экилган озик муҳитини кўп балласт моддалари кирази. Шу моддалар туфайли улар асосан оксил бўлганлиги учун кўхна туберкулин юборилганда кўпинча турли носпецифик реакциялар кузатилади.

1934 йили Ф. Зольберт ва С. Гленн Филадельфияда анча тозаланган препарат- Purified protein derivative (PPD-S) яратишди.

Бизнинг давлатимизда куруқ тозаланган туберкулин 1939 йили Ленинград зардоблар ва вакциналар ИТИ да М.А. Линников таҳрири остида ажратиб олиниб ППД-Л номини олди.

Биохимик таркибига кўра туберкулопротеинлар, полисахаридларнинг, липид фракцияларининг, нуклеин кислоталарнинг мураккаб бирикмаси ҳисобланади. У ўз таркибида микроб таналари қолдиқлари ёки туберкулёз қўзғатувчисининг ҳаёт фаолиятларини маҳсулотларини сақлайди. Иммунологик нуқтаи назаридан туберкулин ўзида туберкулёз микобактериясининг антиген компонентларини нотўлиқ антиген ва специфик аллерген ҳисобланади.

Препарат шартли туберкулин бирликларида дозаланани-ТБ. Халқаро стандартга асосан 1 ТБ инфицирланган одамлар 80-90% мусбат реакция берадиган туберкулин миқдори ҳисобланади. 1 ТБ да 0,00006 мг куруқ ППД-Л куруқ препарати ёки 0,00002 туберкулин ППД-Л чиқарилади.

Россияда 2 турдаги туберкулин ППД-Л чиқарилади.

-Тозаланган туберкулин стандарт эритмасида – 2 мл эритмадан 1 ампула, унда 0,1 мл 2 ТБ ППД-Л бор.

- Куруқ тозаланган туберкулин ампулаларда 50 000 ТБ дан, карболизацияланган натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади.

Тозаланган туберкулин стандарт эритмада 2 ТБ ППД-Л 0,1 мл эритмада оммавий ва индивидуал туберкулин диагностикаси манту синамасида қўлланилади.

Куруқ тозаланган туберкулин фақатгина махсус туберкулёзга қарши қароргоҳларда турли хилдаги туберкулин синамаларини амалга оширишда қўлланилади.

#### **Туберкулин синамалари методикаси.**

Туберкулинни юборишнинг 3 та усули мавжуд: тери усти, тери ичи ва тери ости . Уларни тери ости Кох синамасини (1890), тери усти Пирке синамаси (1907), тери ичи Манту синамаси, қўйишда ишлатилади.

Тери остига туберкулинни жўнатиб Кох синамасини ўтказиш махсус фтизиатрия стационарларида туберкулёзнинг қиёсий ташхиси ва туберкулёзнинг активлик даражасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Туберкулин дозировкасини аниқлаш учун олдиндан унга смезгирлик бўсағасини дозани титрлаш орқали секин ошириш йўли билан аниқланади. Туберкулинни тери остига елканинг юқори 1/3 соҳасига ва баъзан курак бурчагига тери остига юборилади. Болалар учун туберкулин дозаси 10-20 ТБ, катталар учун 20-50 ТБ. Кох синамасини эҳтиёткорлик билан амалга ошириш керак. Чунки у туберкулёз жараёнининг зўрайишига сабаб бўлиши мумкин.

Пирке синамаси ҳозирда жудаям чегараланган қўлланилишга эга. Кўпинча уни тери усти градуирланган туберкулин синамаси билан биргаликда қўлланиди.

Ушбу синамани фтизиатрия стационарларида туберкулёз билан касалланган беморлар ва ўсмирларда туберкулинга индивидуал сезгирликни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Тери усти градуирланган синамаси ўтказишда туберкулиннинг турли концентрацияли эритмаларидан фойдаланилади: 100, 25, 5 ва 1%. Синамани билак соҳаси терисида амалга оширилади. Туберкулинни тери устига томизиб, томчи устида терини скарификатор билан қирилади.

Энг кенг тарқалган синама – бу Манту синамасидир. Уни врач буйруғига биноан махсус ўргатилган ҳамшира ёки фельдшер туберкулин диагностикаси ўтказишда махсус рухсат берилган хужжати бўлган ҳамшира ёки фельдшер шифокор буйруғи билан ўтказиши мумкин. Манту синамаси кўпинча амбулатор шароитда ўтказилади.

Манту синамаси учун махсус бир марталик 1 мл ҳажмдаги ингичка, қисқа, қийшиқ кесимли игнали шприцлардан фойдаланилади. Шприцга 0,2 мл туберкулин эритмаси тортилади ва ундан 0,1 мл чиқариб ташланади. Шунда юборилаётган эритманинг ҳажми 0,1 мл (2 ТБ ) бўлади.

Билак тирсак ички юзасининг ўрта учлигида терини 70% этанол билан артилади ва қуритилади. Игнанинг кесими юқорига қаратилиб секин- асталик билан тортилган терининг юза қаватига (тери ичига) юзасига параллел равишда киритилади. Терининг ичига игна киритилгандан сўнг шприцдаги 0,1 мл туберкулин эритмаси юборилади. Тўғри бажарилган техникада терида оқиш лимон пўстлоғи кўринишида диаметри 7-9 ммдан катта бўлмаган папула ҳосил бўлади.



*Манту синамаси ўтказилган соҳада папула.*

Оммавий текширишларда стандарт эритмадаги 2 ТБ (ППД-Л) билан тери ораси Манту синамаси учун қўлланилади.

Туберкулёз таёқчаси билан инфицирланганларда ва туберкулёз билан касалланишни ўтказилганларнинг ҳаммасида БЦЖ вакцинация қилинганда СТЮС (секинлашган типдаги юқори сезувчан) туфайли туберкулинга жавобан аллергик реакция кузатиши мумкин. Ушбу реакция юқори спецификлиги билан ажралиб туради ва фақатгина айнан ўша антигенларни организмга тушганида ривожланиши мумкин. СТЮС реакцияси туберкулин юборилгандан кейин 6-9 соат ичида шакллана бошлайди максимал чўққисига 72 соатдан кейин чиқади.

Маҳаллий, ўчоқли ва умумий туберкулинга бўлган реакциялар кўриниши туберкулин дозасидан ва препаратни юбориш усулидан, организмнинг сенсibiliзация даражасидан ва унинг умумий реактивлигидан келиб чиқади.

Туберкулинни юборишга бўлган маҳаллий реакция туберкулёз таёқчаларига сенсibiliзациялашган организмда туберкулинни тери усти, тери ости ва тери ичига юборилганда юзага чиқади. У кўпинча туберкулин юборилган жойда гиперемия ва инфилтрат шаклланиши – папулалар кўринишида пайдо бўлади.

Баъзида везикулалар, яралар, лимфангитни ва регионар лимфаденитнинг маҳаллий белгилари кузатилади. Туберкулинни тери остига юборилганда туберкулёз билан касалланган беморларда перифокал яллиғланишнинг кучайишида ўчоқли реакция кузатилади. Умумий ёки системали реакция умумий аҳволнинг ёмонлашуви, иситмалаш, гемограмманинг ўзгариши ва туберкулёз интоксикациясининг бошқа белгилари кўринишида юзага чиқади. Умумий реакция туберкулёз билан касалланган беморларда туберкулинни тери остига жўнатилганда ёки баъзи ҳолатларда тери орасига юборилганда кузатилади.

### **Натижаларни баҳолаш.**

Кох синамасининг натижаси 48-72 соатдан кейин баҳоланади ва унда организмнинг умумий ва маҳаллий жавоб реакциялари пайдо бўлганда мусбат ҳисобланади. умумий реакция ҳолсизланиш, ўзини ёмон ҳис қилиш, ҳароратнинг кўтарилиши, гемограмма кўрсаткичларининг ўзгариши ва қондаги оксил таркибининг ўзгаришлари билан характерланади.

Ўпка туберкулёзидаги ўчоқли реакция хириллашларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши, ўчоқлар атрофидаги инфилтрациянинг катталаниши ва балғамда туберкулёз таёқчаларининг пайдо бўлиши шаклида кўринади.

Буйрак туберкулёзида пешобда лейкоцитурия, кўз туберкулёзида яллиғланиш зонаси катталаниши кузатилади. Кох синамасида туберкулёз билан касалланган беморларда ўчоқли реакция одатда 10-20 мм диаметри инфилтрат кўринишида юзага чиқади. Умумий ва ўчоқли реакциялар билан солиштирилганда у анча кам диагностик аҳамиятга эга.

Пирке синамасини 48 соатдан кейин инфилтрат диаметри 3 мм ва ундан катта бўлганда 100% ли туберкулинга нисбатан мусбат ҳисобланади. Туберкулинни барча турдаги концентрацияларга мусбат реакция одатда фаол бирламчи туберкулёздан далолат беради.

Манту синамаси натижалари синама ўтказган ҳамшира ёки фельдшер, шифокор томонидан 72 соатдан сўнг баҳоланади.

Бунинг учун шаффоф мм ларга бўлинган чизғич ёрдамида билак тирсакнинг ўқиға кўндаланг кўйилиб, инфилтрат ўлчами қайд қилинади. Инфилтрат бўлмаганда гиперемияни ўлчаб қайд қилинади.

Манту синамасидаги туберкулинга бўлган реакцияни қуйидаги критерияларға қараб баҳоланади:

- ✚ манфий- инфилтрат ва гиперемия йўқ
- ✚ шубҳали- инфилтрат диаметри 2-4 мм, ёки турли ўлчамдаги гиперемия
- ✚ мусбат- диаметри 5 мм ва ундан катта бўлган инфилтрат 5-9 мм ли инфилтратда реакция мусбат, 10-14 мм ли бўлса ўртача интенсивликдаги, 15-16 мм юқори интенсивликдаги реакция деб –ҳисобланади.

Болалар ва ўсмирларда 17 мм даги инфилтратда, катталарда 21 мм ва ундан катта инфилтрат кузатилганда гиперергик реакция деб аталади. Гиперергик реакциянинг бошқа белгилари инфилтратнинг ўлчамига боғлиқ бўлмаган ҳолда везикулалар, яраланишлар, лимфангит ва регионар лимфаденитнинг ҳосил бўлиши билан кечишидир.

Болалар ва ўсмирлар учун тери орасиға БЦЖ вакцинаси ва ревакцинасидан сўнг 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси мусбат чиқиши инфекцион ҳамда поствакцинал аллергиядан далолат бериши мумкин.

Буни ажратиб олиш учун охирги БЦЖ инъекциясидан сўнг ўтган вақт туберкулин реакциясининг интенсивлиги, поствакцинал чандиқнинг борлиги, ва ўлчамлари, касалликнинг клиник белгилари, туберкулёз касали билан контакт ҳисобға олинади.

Поствакцинал аллергия учун характерли бўлган белгиларға шубҳали ва яққол бўлмаган реакцияларни 2-11 мм диаметрдаги инфилтрат билан бирға бўлганда кечиши характерлидир.

Туберкулинга бўлган яққолроқ реакциялар 12-16 мм диаметри инфилтрат билан бирғалиқда келса, кўпинча улар йирик поствакцинал чандиқлари (6-9 мм ва ундан каттароқ) бор бўлган қайта вакцинация қилинган болалар ва ўсмирларда кузатилади. Поствакцинал аллергия қайта синамада 3 ойдан кейин сусайишға мойил бўлади.

Носпецифик аллергиянинг белгилари тез-тез пайдо бўлувчи болаларда Манту синамасини ўтказиш десенсибилизация терапиядан сўнг ўтказиш тавсия қилинади. Туберкулинга бўлган сезгирликнинг олдинги ҳолатда сақланиши ёки даволаш даврида кучайиши аллергиянинг инфекцион характердалигини тасдиқлайди. Манфий Манту синамаси мусбат ёки манфийлиги анергиядан далолат беради.

Мусбат анергия туберкулёз таёқчаси билан инфицирланган соғлом одамларда кузатилади, манфий анергия силнинг зўрайиб борувчи кечишида, ВИЧ инфекция фонидаги туберкулёз билан касалланганларда ёки оғир ёндош касалликлари бўлган касалларда кузатилади.

Манту синамасининг натижаси бўйича туберкулинга бўлган сезгирликни динамикада баҳоланиши туберкулёз микобактериялари билан бирламчи инфицирланганлигини нисбатан бўлса ҳам ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Бунинг учун Россияда болалар ва ўсмирларнинг туберкулинга бўлган сезгирлигини бир йилда бир марта текширилади, натижалар амбулатор кузатув индивидуал картасининг мос келувчи бўлимиға белгилаб кўйилади.

Бир йил давомида Манту синамасини 2 ТБ ППД-Л бўйича туберкулинга бўлган реакциянинг биринчи мусбат чиққанлиги вакцинация қилинмаган чақалоқ ёки ўсмирларда туберкулинга бўлган сезгирликнинг **виражи** деб аталади. Янги туғилган чақалоқларда туберкулёзға қарши вакцинация, болалар ва ўсмирларда ревакцинациянинг белгиланган вақтларда кенг шароитларда ўтказилиши туберкулинга бўлган сезгирлик виражининг белгисини кейинги Манту синамасининг туберкулинга бўлган жавоб реакциясининг кучайиши бўлиб ҳисобланади.

Бу кучайиш инфилтрат диаметри 2 ТБ ППД-Л қилинган жойда бир йил олдинги билан солиштирилганда 6 мм ва ундан юқори катталиқда, шу жумладан туберкулинга бўлган гиперергик реакциянинг намоён бўлиши билан намоён бўлади. Виражнинг туберкулинга бўлган сезгирлиги туберкулёз микобактерияси билан бирламчи инфицирланиши борлигини тасдиқлайди ва комплекс даво-профилактик чора-тадбирлар

ўтказишга асос бўлади. Булар бирламчи инфицирланишни клиник яққол туберкулёз ривожланиши билан авжланишини огоҳлантиришга ва инфекциянинг манбаини аниқлашга йўналтирилган.

Манту синамаси бўйича натижаларнинг болалар ва ўсмирлардаги туберкулёз микобактериялари (МБТ) билан инфицирланишининг белгилари:

- ҳар й или кузатилганда БЦЖ вакцинацияси билан боғлиқ бўлмаган мусбат реакция (папула диаметри 5 мм ва ундан катта) биринчи бор кузатилади.
- 4-5 йил давомида мусбат реакция (инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори) бўлиб турғун сақланмоқда.
- бир йил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик бирдан кучайди- инфильтрат диаметри 6 мм ва ундан катталашди.
- бир неча й ил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик кучайди- инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори.

Туберкулинга бўлган вираж реакцияси, узоқ сақланувчи мусбат реакцияда инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори, гиперергик реакция ва реакциянинг кучайиши соғлом болалар, ўсмирлар ва катталарни туберкулёз касаллигининг юқори хавф гуруҳига киритишга асос бўла олади.

Манту синамасининг натижасини баҳолашда ёндош инфекцион касалликлар (қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал) ёки соматик патологиялар (саркоидоз, бронхиал астма, ревматизм, хавфли ўсмалар) ни ҳисобга олиш лозим. Туберкулинга бўлган жавоб реакция организмнинг аллергия ёндашиш қизларда овариал циклнинг фазасига, терининг индивидуал сезгирлигига ҳам боғлиқ бўлади.

### **Кўрсатма ва қарши кўрсатмалар**

Оммавий туберкулинодиагностика туберкулёз микобактерияларининг бирламчи инфицирланишни ва туберкулёз касаллигини барвақт аниқлашда, ревакцинацияга кўрсатмани аниқлашда, туберкулёзни эпидемиологик назорат қилиб туришда қўлланилади.

Буни ўтказиш учун ҳамма БЦЖ билан эмланган болалар (12 ойликдан) ва ўсмирларда олдинги натижалардан қатъий назар 2 ТБ даги Манту синамаси ўтказилади. Тиббиёт қарши кўрсатмасига биноан чақалоқлик даврида БЦЖ вакцинаси билан эмланмаган болаларда Манту синамаси 6 ойлигидан 1 й илда 2 марта қилинади (БЦЖ – М вакцинасини олгунга қадар).

Туберкулин синамасини йилнинг бир вақтида, кўпроқ кузда ўтказган маъқул. Болаларда бирламчи инфицирланишга вираж реакцияси билан туберкулинга шубҳа қилинганда, гиперергик ёки туберкулинга юқори сезгирликда фтизиатрга жўнатиш зарур.

БЦЖ ревакцинациясига кўрсатма 7 ёшдаги (1-синф) болаларда ва 14 ёшдаги ўсмирларда (7-8 синф) аниқланади. Туберкулинга (Манту синамаси 2ТБ) манфий реакция бўлган клиник соғлом шахсларда ревакцинацияга кўрсатма ҳисобланади.

2 ТБ ППД-Л ли Манту синамаси соғлом болалар, ўсмирлар ва ҳар хил соматик касалликлари бор шахслар учун безарардир. Бироқ баъзи ўтказилган касалликлар ва эмланишлар болалар терисининг туберкулинга бўлган сезгирлигини кучайтириши ёки сусайтириши мумкин. Шунинг учун тери касалликлари, инфекция, инфекция-аллергик ва соматик касалликлар хуруж даврида, аллергия ҳолатларда оммавий туберкулинодиагностикада Манту синамасини ўтказиш қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Оммавий туберкулинодиагностика даволаш профилактика муассасаларида, умумий даво турида ўтказилади. Методологик қўлланманнинг оммавий туберкулинодиагностикасини туберкулёзга қарши диспансерлар амалга оширади. Агар тўғри уюштирилса туберкулинодиагностика ҳар йили 90-95% ҳолларда болалар ва ўсмирларда ўтказилиши керак.

Уюштирилган болалар мажмуасида оммавий туберкулинодиагностикани махсус ўргатилган тиббиёт ходими бажаради, эрта ва мактабгача ёшли болаларда эса Манту синамаси болалар поликлиникасида ўтказилади. Қишлоқ жойларда туберкулинодиагностикани район ва участка поликлиникалари, айрим ҳолларда эса фельдшер-акушер пунктлари амалга оширади.

Индивидуал туберкулинодиагностика ўртача Манту синамасида 2ТБда инфекцион ва туберкулинга бўлган поствакцинал аллергияни таққослама ташхиси учун, туберкулёзнинг юқори хавф гуруҳига кирувчи шахсларининг ҳолатини назорат қилиш учун ўтказилади. Бошқа кўрсатмалар бўлиб туберкулёз билан ташхисланиши керак бўлган кўпгина касалликлар диагностик муаммоси ҳисобланади.

Манту синамасини фаёатгина 2ТБда эмас, туберкулинни бошқа дозаларида ҳам ўтказилади. Бундан ташқари градуирланган Пирке ва Кох синамаси ҳам қўлланилади. Баъзан туберкулинли титр аниқланади. бунда эозинофилли ёки гем оксилли туберкулин синамаси ўтказилади. Ушбу синамаларда организмни туберкулинга бўлган жавоби қон анализидаги силжишларда баҳоланади.

### Амалий машғулот №3:

**Мавзу номи:** Туберкулёзни функционал текшириш усуллари. Бронхоскопия ва рентгендиагностика.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 270 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Туберкулёз беморларини рентгенологик текшириш усуллари
	3. Ўпка сили беморларини функционал текшириш усуллари.
	4. Туберкулёз беморларини текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга рентген ва функционал текшириш усуллари тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш.</p> <p>Талабаларга рентген текшириш тўғрисида маълумот бериш, қўйиш техникалари, натижаларини ўқиш, киёсий ташхислаш, туберкулин турларини аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мазуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Туберкулёз беморларни текшириш усуллари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси	
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни

	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

### ***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

#### ***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

#### ***Талаба бажара олиши керак:***

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг тахлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт тахлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни. *Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:*

-Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.

-Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.

-Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

-ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари-специфик. Химиопротектикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Нур ташхиси усуллари**

Фтизиатрияда рентгенологик ва ультратовуш усуллари, радионуклидли сканирлаш, магнит-резонанс томография (КТ) қўлланилади.

### **Рентгенологик усуллар**

Аҳолини оммавий текширишда, бирламчи ўпка ва кўкс оралиғи касалликлари диагностикасида флюорография кенг қўлланилади. Бу усулнинг башқача номи-фоторентгенография, чунки бунда экрандаги рентген тасвири плёнкага расмга олинади (плёнкали флюорография). Замонавий кадрнинг стандарт формати 100 x 100 мм.

Оддий рентгенография билан солиштирилганда флюорография рентген аппаратининг ўтказувчанлик хусусиятини қисман катталаштириш, плёнкага бўлган харажатни ва ишловини камайтириш архивда сақлашни енгиллаштириш имконини беради.

Ўпка флюорограммасининг юқори сифатли қобилияти худди рентген суратиникига яқин, шунинг учун 100x100 формат кадрли флюорограмма умумий ўпка рентгенограммасининг ўрнининг боса олади. Флюорографиянинг энг асосий камчиликларидан бири бу бемор ва персоналнинг юқори нурланувчанлигидир.

Ҳозирда плёнкалар ўрнини анча юқори афзалликларга эга бўлган цифровый (дигитал) рентгенофлюорография босмоқда.

Булардан энг асосийси - бу юқори сифат, информативлиги ва тасвирни компьютерда ишлов берилишидир. Текширилувчининг цифровый флюорографияда нурланиши плёнкалига қараганда 10-15 марта паст (тўғри проекцияда шунга ҳос 0.05 ва 0.7 мЗВ). шунингдек катта тезлик да тасвирни тез олиниши, бараварига тасвирни кўриш ва бир неча тасвирда қоғозга расм босилиб чиқилиш имкониятини, унинг масофадан кузатилиши, сақлашнинг қулайлиги ва кейинги ҳамма маълумотларнинг олиниши, текширишнинг арзонлигини айтиб ўтиш жоиздир.

Ҳозирги пайтда цифровый рентгенография аҳолини катта контингентларини назоратли текшируви туберкулёз, ўсма ва бошқа кўкрак қафаси органларини ўз вақтида аниқлашда кенг тарқалмоқда. У ҳозирда ўпканинг умумий рентгенографиясининг ўрнини диагностик усул сифатида босмоқда. Россияда саноати ҳар хил цифровый модели сканирлар ва импульсли аппаратлар ишлаб чиқарилмоқда.

**Ўпка рентгенографияси** сурати умумий олдинги тўғри проекцияда олинишдан бошланади (плёнкали кассета олдинги кўкрак деворида). Агар патологик ўзгаришлар ўпканинг орқа қисмида бўлса умумий сурат яхлит орқа тўғри проекцияда ўтказилади (плёнкали кассета орқа кўкрак деворида). Кейин умумий сурат ён проекциялар – ўнг ва чапда ўтказилади.

Ўнг томонлама ён суратда плёнкали кассетага кўкрак қафасининг ўнг ён сатҳи тегиб туради, чапда- чап томони. Ён проекциядаги рентгенограммалар ўпканинг бўлак ва сегментларидаги патологик жараённинг жойлашишини, бўлақлараро тирқишлардаги, ўпка ва юрак сояси ортидаги ўзгаришларни аниқлаш учун зарурдир. Икки томонлама ўпка патологияларини яхшироқ аниқлашда ўнг ва чап ўпканинг алоҳида тасвирини олишда суратларни қийшиқ проекция (сатҳ) да олиш яхшироқдир.

Рентген сурати одатда нафас олган ҳолатда олинади. Ўпканинг коллабирланган қирғоқларини ва пневмотораксдаги плевра тирқишларини, шунингдек ўпка ва плевра

патологиясидлаги кўкс оралиги аъзолари силжишидаги рентген суратларни яхши чиқиши нафас чиқарган шароитда ўтказилади.

Рентгеннинг ёритилганлигини ошириш рентген нурларининг қаттиқлигини ёки экспозициясини ўзгартириш орқали амалга ошириш мумкин. Бундай суратлар қаттиқ ва суперэкспонирли деб аталади. Булар экссудатив плевритли беморлар ва ўпкада бажарилган хирургик операциядан кейинги оммавий плеврал бойламли қўйилмаларда, трахея ва бронх деворларини яхши аниқлашда ўйказилади.

Суперэкспонирли ва қаттиқ суратда одатий суратда кўринмайдиган интенсив қорайиш соҳасидаги ҳар хил тузилмалар (структура) ларни кўриш мумкин. Аммо кичик интенсивлик даги соялар бундай суратларда кўринмайди.

Тўғри ва ён кўринишдаги умумий рентгенограмма заруратга кўра тор тўплам нурлантиришли нишонли суратлар билан тўлдирилади. Бунинг учун беморга шундай ҳолат берилдики, бунда рентген тасвири назорати остида текширилувчи шпка майдониға суяк ва бошқа ҳосилалар халақит бермайди.

Шунга эътибор бериш керакки, баъзи касалликларнинг рентгенологик белгилари шунчалик рельефли бўладики, ташхис қ ў й и ш учун рентгенограммаға бир марта қараш кифоядир.

Рентгеноскопия рентген тасвири ва рентген телевиденияли электрон оптик кучайишни ишлатилиши билан қўлланилади. Бу усулда рентгенографиядан кейин аниқ кўрсатмалар бўйича қўлланилади. Фистулография, ангиография, рентгенобронхологик текширувлар, ташхисловсчи пункция ва назорат остидаги нишонли суратлар шундайусул бўлиб ҳисобланади. Рентгеноскопия плевра бўшлиғидаги бемалол ҳаракатланувчи суюқликни, плевра синусларини ҳолатини ва диафрагма ҳолатини кўришни аниқлаш учун зарурдир. Кўп ҳолларда кўкрак ичи хирургик операцияларидан кейинги 1-чи кунларида рентгеноскопик назорат рентгенографияға қараганда яхшироқдир. Шундай қилиб рентгеноскопиядан кўкрак ичи босими ошганда ёки паст бўлганда ўтказиладиган синамалар ва диафрагма ҳаракатини баҳолашда ишлатилади (Валсальва-Мюллер синамаси, Голькнехт-Якобсон синамаси). Бу синамалар натижасининг документацияси рентгенкино сурат ва видео лавҳа орқали амалга оширилиши мумкин.

**Компьютер томография (КТ)да** - рентгенологик текшириш усули бўлиб, уни бутун дунё тан олган ва ҳамма клиник тиббиётларда қўлланилади. КТ одам танисини кўндаланг қаватларини суратларини олишни таъминлайди (аксиал проекция). Рентген трубкаси бемор танасининг бўйлама ўқи атрофида айланади.

Ингичка нур текшириляётган қават орқали турли бурчаклардан ўтади ва най бимлан бирға ҳаракатланаётган кўп сонли сцинтилляцион детектори орқали тутилади. Рентген нурлари ўтаётган тўқималарнинг зичлиги ҳар хил бўлганлиги учун уни тутами турли хил и нтенсив л ик да бўлади.

У детекторлар орқали юқори аниқлик да қайд қилиниб, компьютерда қайта ишланади ва телевизион экранда кўндаланг кесимининг кўринишиға айланади. Шундай қилиб КТ сурат эмас, балки компьютер томонидан турли зичликдаги тўқималарни рентген ютиш хусусиятини математик анализи ҳисобланади (ҳисобланилган томография).

Оддий сканирловчи технологияли КТ лар бемор битлан бирға столни қадамли ҳаракатини келтиради ва ҳар айланиш циклидан кейин рентген найи тўхтайди. Улар 2-10 мм гача бўлган қалинликдаги кўндаланг кесимдаги тўқималарни текшира олади. Бир қаватни сканирлаш бир неча секунд давом этади.

Контрастликни кучайтириш вена ичига рентген контраст модда юборилганда олинади. Аксиал (кўндаланг) тасвирларни компьютер ёрдамида тўғри, ён ва қийшиқ томограммаларға қайта тикласа бўлади. Тасвирнинг ёркинлиги ва контрастлигини ҳар хил қилиб ўзгартириш мумкин.

Нафас аъзолари КТ да 6-12 стандарт кесимлар бажарилади. Барча натижалар телеэкранда тасвири билан параллел равишда компьютер хотирасида сақланади ва сурат сифатида полороид фотоқоғозда ёки рентген плёнкасида қайта тикланиши мумкин.

КТ ни яққол имконияти бўлиб текшириляётган тўқима ва муҳитларини зичлигини Хаунсфильд шкаласида, шартли бирликларда миқдорий баҳолаш ҳисобланади. Ушбу шкала



бўйича сувнинг зичлиги -0, ҳавоники -1000 бирлик, ўпканики +600 бирлик, суякники +1000 бирлик ҳисобланади.

Сўнгги йилларда визуализацияни мукамаллашган, тан олинган усуллари бўлиб ўпкани текширишда спиралли ёки мультипланар КТ ҳисобланади. Спирал КТ нинг технологиясига рентген найининг беморнинг бўйлама ҳаракати бўлиб турган ҳолда доимий айланишидир. Бу ҳолатда текширилаётган соҳадаги кесимларни бутун ҳажмий тасвирлари олинади. Рентген найининг тўлиқ айланиши давомида спиралнинг қадамига боғлиқ ҳолатида турли миқдордаги кесимлар қилиниши мумкин.

Юқорида келтирилган сканирловчи усулларнинг афзалликлари бўлиб вақтнинг анча қисқариши (10-20 с) ҳамда бир марта нафас тутилганда текшириш имкониятидир. Аниқлаштириш хусусияти ошади, ҳаракатланувчи аъзолар тасвирлари сифати яхшиланади, болалар ва оғир касалларни текшириш учун қулай шароитлар яратилади. Спиралсимон КТ реконструкция ва юқори сифатли ҳажмли тасвирлар олишга йўл очиб берди.

Бронхоскопик (компьютерли бронхоскопия), бронхографик (компьютерли бронхография), вена ичи контрастлаштириш- ангиография (компьютерли ангиография) ўхшаш суратларни олиш имкониятини берди. Нурланиш хавфи камаяди, сабаби қайтадан кесимларни диагностик саволларни аниқлаштириш учун олиш эҳтиёжи камаяди.

Мультипланар томографияда аниқлаштириш детекторларини сони кўпайтирилганлиги ҳисобига сканирлаш вақтит камаяди, артефакт миқдори камаяди ва тасвирни қайта ишлаш имкониятлари кенгайди.

Умуман олганда такомиллаштирилган радиацион усуллар турли хилдаги кўкрак ичи патологиясини визуализациясида ҳажмли тасвирлар олиш имконини беради ва патологик жараёнларнинг тарқалганлиги, локализациясини борлигини динамикада ўрганиш имкониятини беради. КТ бундан ташқари, трансторакал биопсияда ва мураккаб плеврал пункцияларда юқори аниқликни таъминлайди. КТ ёрдамида махсус ишланган виртуал бронхоскопик манзарани кўриш мумкин.

### **Магнит резонансли томография (МРТ).**

МРТ нинг кўпгина ютуқлари бош ва орқа мия, суяк ва бўғим, кўкрак бўшлиғининг йирик томирларини, юракни ва бошқа ички аъзоларни текшириш имконини беради.

Бу усулнинг энг асосий ютуқларидан бири бемор ва тиббиёт ходими учун нурланишнинг йўқлигидир. Бемор томограф столига ётқизилади. Тананинг текширилувчи қисми кучли магнит майдонига жойлаштирилади. У йўналиши бўйича протонларни айлантириш орқали ташқи магнит майдонига параллел равишда тўқимада магнит майдон ҳосил қилинади.

Радиоузаткичли ғалтакдан импульслар таъсирида магнит майдонига перпендикуляр йўналувчи суммар магнитли вектор ўз йўналишини ўзгартиради ва янги ўқи атрофида айлана бошлайди. Бунинг натижаси ғалтакнинг қабул қилувчи қисмида электр тоқининг индукцияси – магнит резонанс сигналини- белгисининг пайдо бўлишидир.

У махсус анализатор орқали қайта ҳосил бўлади ва оқ-қора мониторли экранга узатилади. МРТнинг тасвири асосан протонлар зичлигига ва текширувчмининг топшириғига, релаксация деб аталувчи вақтга қараб аниқланади. Бунда  $T_1$  остидаги релаксация вақт деб тқушунилади ва бу вақт ичида ташқи магнит майдонига мос келувчи 1-чи бошланғич мўлжалли протонларни тикланиши кузатилади.

Релаксация  $T_2$  бу частотали импульс яратиб берган майдон ҳаракатининг заифлашув вақтидир. Радиочастотали импульслар орасидаги вақтини ўлчаш ҳар хил контрастли тасвирни олиш ва ҳар хил тўқималарни таққослаш имконини беради. Яна ҳар-хил текисликдаги тасвирларни олиш ва уч маротабали реконструкцияларни бажариш мумкин.

МРТ даги тасвирни интерпретацияси (ёритилиши) кўп врачлар учун одатий бўлиб қолган рентген суратнинг ёритиолишига қараганда қийиқроқдир. Масалан, ҳаво, суяк, фиброз тўқима узок  $T_1$  вақтини талаб қилади, қисқа  $T_2$  эса тасвирда қора кўринишда намоён бўлади.

МРТ кардиостимулятор ёки бошқа металл имплантатлари бор беморларда қарши кўрсатма ҳисобланади. Текшириш кераклигича узок давом этиши мумкин, шунинг учун

болалар ва оғир касалларда бажариш қийинроқдир. Ангиопульмонография ўпка артериялари ва унинг шохларини контрастлаш ва рентген текширишдан иборат. Ангиография 2 та асосий усули умумий ва селективга бўлинади.

Умумий ангиопульмонографияда контраст эритмани катетр орқали қўл венасидан юқори ковак венасига ёки юракнинг ўнг бўлмалари бўшлиқларига юборилади. Рентген тасвирларни махсус флюорографик аппаратда стереавий олинади. Ушбу усул кўп миқдорда контраст модда сарфи билан бўлади (50-60) ва у кўпинча айниқса патологик ўзгарган ўпка томирларини аниқ тасвирини бермайди. Томирлар ампутацияси ҳар доим ҳам аниқ маълумот бермайди.

Селектив ангиопульмонография техникавий мураккаброқ, лекин кўп иш латилади. Уни ўпка артериясининг керакли тармоғи катетеризация қилинганидан сўнг амалга оширилади. сериявий суратлар 10-12 мл контраст эритма юборилганидан сўнг олинади. Одатда селектив ангиопульмонографияни кичик қон айланиш доирасидаги босимини қайд қилиш қондаги газларни текшириш билан бирга олиб борилади.

Ангиопульмонографияга кўрсатмалар чегараланган. Уни ўпка артериясининг тромбози ёки эмболияси ҳамда узоқ муддат коллабирланган ўпкани ёйилишга бўлган хусусиятини аниқлаш учун, томирлар ҳолатига қараб пневмофиброз даражасини аниқлашда ишлатилади.

Техникавий имкониятлар умумий ангиопульмонографияни рақамли (цифровой) ва риоптатда венага кўп бўлмаган контраст эритма юбориб бажариш имкониятини беради. Бундай ҳолларда видеосигнални компьютер билан қайта ишланиши юқори сифатли суратлар олиш имкониятини беради.

**Бронхиал артериография** - бронхиал артерияларни катетеризациялаш, контрастлаш ва рентген текширувлардан иборатдир. Текширувни маҳаллий анестезия ёрдамида рентгентелевидение кузатуви остида олиб борилади. Махсус мандренли игна Билан чов бурмасидан пастда жойлашган сон артерияси тешилади.

Мандренни металллик ўтказма билан алмаштирилиб у орқали артерия бўшлиғига букилган учли рентген контраст катетри киритилади. Кейин ўтказма олинади, катетр бўлса аортагача олиб борилади. Катетрни учи билан бронхиал артериялари тешиклари тартиб билан қидирилиб катетр киритилади ва у орқали контраст модда типак, урографин, уротраст ёки унинг аналоглари. 35 мл/с тезлик да 5-12 мл миқдорда юборилади, сериявий рентгенография ўтказилади.

Бронхиал артериографияга асосий кўрсатма бўлиб ўпкadan номаълум этиологияли ва локализацияли қон кетиш ҳисобланади. Бунақа ҳолатларда артериограммаларда бронхиал артерияларнинг кенгайганлиги, патологик буралмаларнинг бўлиши, контраст модданинг уларнинг чегарасидан чиқиши (экстравазация), ўчоқли ва диффуз гиперваскуляризация, бронхиал артериялар аневризмалари, уларни тромбозлари, артерио-артериал анастомозлар орқали ўпка артериясининг периферик тармоқларини ретроград тўлиши аниқланади.

Текширишга қарши кўрсатмалар: яққол атеросклероз, беморнинг семизлиги, ўпка-юрак етишмовчилиги. Бронхиал артериографиянинг асорати бўлиб сон артериялари пункцияси соҳасида гематома бўлиши мумкин.

Жуда кам ҳоллардаги оғир асорати бўлиб орқа мия томирларининг зарарланишини, оёқларнинг ва чаноқ аъзоларининг функцияси билан бирга келишидир. Асоратларини профилактикаси услубий ва техник принципларига ва текшириш қисмларига аниқ эътибор қилинганда бўлади.

### **Бронхография**

Бронхларни контраст рентгенологик текшируви бўлиб, маҳаллий анестезия орқали позицион (йўналтирилмаган) ёки селектив (йўналтирилган) бронхография кўринишида бўлади. Позицион бронхографияда катетри трахеяга бурун орқали киритилади, контраст модда юборилаётган вақтда бемор танасига оптимал ҳолат берилади. Селектив бронхография текширилаётган бронхнинг катетеризациясига асосланган. Уни амалга ошириш учун турли хил конструкциядаги катетр ва техник услублардан фойдаланилади.

Олдин бронхография кенг қўлланилган. Ҳозирга вақтда КТни кенг ишлатилиши туфайли Ушбу усул ў зининг олдинги аҳамиятини йўқотган.

### **Плеврография**

Плевра эмпиемаси билан касалланганларда йиринг бўшлиғи чегараларини аниқлаш ва контрастлаш имконини беради. Дастлаб плеврал пункция қилинади, плеврал суюқлик аспирация қилинади, кейинчалик рентгенотелевидение назорати остида плевра бўшлиғига 40-50 мл илиқ контраст эритма юборилади (пропилюдон, урографин).

Рентгенограммани бемор ҳолати ўзгартирилиб турли хил проекцияда қилинади. Текширув тугагандан сўнг контраст моддани плевра суюқлиги билан бирга сўриб олинади. Плеврография орқали олинаниган маълумотларни кўп ҳолларда КТ орқали олиш ҳам мумкин.

### **Фистулография.**

Турли хил торакал ва торако-бронхиал окмалар бор касалларда ишлатилади. фистулографиядан олдин окма йўлини аниқлаш мақсадида зондлаш мақсадга мувофиқ. Контраст модда шприц орқали катетрдан окма йўлига рентгенотелевидение назоратида юборилади. Ёғли ёки сувда рийдиган контраст моддалар ишлатилади. Кейинчалик беморнинг ҳолати ўзгартирилиб турли проекциядаги рентгенография ёки КТ қилинади.

Текширувлар жараёни давомида суратларни анализдан сўнг окманинг анатомик хусусиятлари, унинг плевра бўшлиғи ёки бронхиал дарахти билан туташган-туташмаганлиги аниқланади. Контраст моддани бронх дарахтига кириб кетиш ҳолатида ретроград фистулобронхография ҳосил бўлади.

Текширув тугагандан сўнг катетр орқали препарат сўриб олинади, бемордан эса яхшигина йўталиш талаб қилинади.

### **Ультратовуш текшируви**

Хусусан ультратовушли сканирлаш хавфсизлиги, кўп маротаба ўтказиш мумкинлиги, юқори аниқлик хусусияти билан ажралиб туради.

Фтизиатрик амалиётда ультратовуш усуллари периферик лимфа тугунларини (бўйин, қўлтиқ ости, чов) ўлчамларини аниқ назорат қилиш учун керак. Ультратовуш ёрдамида плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқласа бўлади. У борлигида париетал плевра ва ўпка орасидаги гипоэхоген зона пайдо бўлади.

Ультратовушли назорт плевра бўшлиғини пункция қилишда нуқта танлаш имкониятини беради. Пневмоэктомиядан кейин плевра бўшлиғидаги суюқлик сатҳини динамик кузатиш кўпинча рентгенологик текширув орқали бўлади.

Кўпинча эркалар, аёллар жинсий аъзолари силига шубҳа бўлганда ультратовушли диагностика кўпинча ҳал қилувчи ролни ўйнайди. У шунингдек фтизиоурологик ва фтизиогинекологик даволанаётган беморларда дигнамик жараёнларни назорт қилиш учун зарурдир.

### **Радионуклидли (радиоизотопли) усуллар.**

Ўпкадаги регионар вентиляцияни баҳолашда етакчи ўринни эгаллайди. Улар радиофармацевтик препаратларни, хусусан нишонланган гамма нурланувчи нуклидларни ингаляцион ёки кўпинча вена ичига жўнатилишига асосланган. Уларга ксенон-ҳаволи аралашма ( $^{133}\text{Xe}$ ), альбумин макроагрегати ( $^{133\text{m}}\text{In}$  ёки  $^{99\text{m}}\text{Tc}$ ), индий цитрат ( $^{133\text{m}}\text{In}$ ), альбумин микросфералари ( $^{99\text{m}}\text{Tc}$  ёки  $^{133\text{m}}\text{In}$ ) ва ҳ.к. киради. киритилган препаратни тақсимланишининг регистрацияси компьютерли стинтиляцион гамма камера ёрдамида амалга оширилади.

Бунда олд, орқа ва ён проекцияларда статик ҳамда динамик сцинтиграфия бажарилади. барча параметрни ўпкани майдонларини юқори, ўрта ва пастки зоналарга бўлган ҳолда фоизларда аниқланади. Бироқ математик моделлаштириш ўпкадаги қон айланиши ва вентиляциясини абсолют катталикларда ҳисоблаш имконини беради.

Ўпкани регионар функцияларни радионуклидли усуллар билан текшириш рентгеноконтраст текширувлардан олдин амалга оширилиши керак. Олинган информация

нафақат вентиляция ва қон айланиш, балки ўпкадаги жараённинг оғирлигини, локализациясини, тарқалганлигини аниқлаб беради.

Ўпкада қон айланиши ва вентиляцияни текширишларини янги йўналишларини МРТ очиб бермоқда. Ҳозирга пайтда ушбу усул ўпкани турли бўлимлаврини олдиндан гиперкутбланган гелий ингаляциясидан кейин вентиляциясини баҳолаш мақсадида қўлланилмоқда.

Позитрон- эмиссион томография- ўпка ичи ҳосилаларига қиёсий ташхис қўйишда кенг қўлланилмоқда.

ПЭТ асосида хужайра метаболизмини баҳолаш ётади. Вена ичига радиофармакологик препаратлар (флюорадоокси глюкоза) рақ хужайраларидаги глюкозани кучайган метаболизмига сезгирдир ва сканларда ёрқин доғлар ҳосил қилади. Рақ хужайралари диаметри 1 см дан кичкина бўлган лимфа тугунларида аниқланади. ПЭТ нинг и нформативлиги КТ билан биргаликда олиб борилганда , тасвирларни аралаштирилганида ортади.

### **Эндоскопия.**

Фтизиатрия амалиётида нафас аъзолари касаллаикларида кенг қўламда бронхоскопия, нисбатан камроқ торақоскопия ва медиастиноскопия қўлланилади.

Бронхоскопия ҳар доим трахеяни кўриш билан биргаликда, яъни трахеобронхоскопия ўтказилади.

Агар олдиндан рентгенотелевизионли ёки рентгенографмикли назоратга заруравт бўлса, унда бронхоскопия рентгеноэндоскопик хонада (рентгенобронхологик текширув) ўтказилади. Бронхоскопия учун шиша толали оптик эгилувчан бронхоскоп-фибробронхоскоп ишлатилади.

Махсус кўрсатмаларга кўра маълум бир эндоскопик аралашмага боғланган ҳолатда қаттиқ (металлдан ясалган )бронхоскоп ишлатилади.

Фибробронхоскоп унча ката бўлмаган диаметрга эга (5-6 мм ва ундан кам) ва яхши букилади. Унинг охири қисмини буралиш бурчагини бошқариш мумкин. Кичик диаметрга эгаллиги ва яхши бошқариш мумкинлиги учун фибробронхоскоп ёрдамида нафақат бўлакли, сегментли, асосий бронхларни балки субсегментар бронхларни ҳам кўздан кечирса бўлади. Фибробронхоскопларнинг барча моделларида бронхлар ичидаги сақланмани сўриб олиш учун ва биопсия қилиш учун каналлар мавжуд. Замонавий фибробронхоскоплар рангли тасвирни мониторга узатиш, суратга олиш ва видеолентага ёзиб олиш хусусиятига эга.

Фибробронхоскопияни одатда маҳаллий анестезия билан премедикация қилингандан сўнг беморни креслода ўтқазиб боришнинг остига ёстиқча қўйилгандан сўнг ўтказилади.

Нафас йўллариани анестезияси учун новокаин, дикаин, тримекаин, лидокаин эритмаларидан фойдаланилади. Фибробронхоскопни трахеяга пастки бурун йўлидан киритилади. Фибробронхоскопни оғиз орқали ҳам киритса бўлади, лекин бу унчалик қулай эмас ва у бурун йўллари патологияси бўлганида қўлланилади. Наркоз орқали текшириляётганда фибробронхоскоп интубацион трубка орқали ёки қаттиқ бронхоскоп тубус орқали киритилади (комбинирланган бронхоскопия).

Қаттиқ бронхоскопнинг асоси бўлиб, диаметри 12 мм гача бўлган ковак металл тубус, ёритиш мосламаси, ўпкани турли сунъий вентиляциясининг турли бурчакли кўришга эга бўлган телескоп яна лупа фотоаппарат, кинокамера уланган ҳолатда бўлиши мумкин.

Қаттиқ бронхоскоп билан бронхоскопия қилиш наркоз остида ўпкани сунъий вентиляцияси (ЎСВ) билан биргаликда беморни орқага ётган ҳолатида олиб борилади. Тубус оғиз орқали ҳиқилдоқдан, товуш ёриғи орқали трахеяга, кейинчалик бронхларга ўтказилади. Бронхларни кўздан кечириш тубус орқали киритилган оптик телескопларни қўллашниенгиллаштиради.

Кўпчилик ҳолатларда фибробронхоскопиядан фойдаланилади. Қаттиқ бронхоскопни қўллашга ўпка туберкулёзи беморларида махсус кўрсатмалар мавжуд: ўпкдан қон кетиш диагностикаси ва уни тўхтатиш, кўкрак ичи лимфа тугунлари силида бронхолитни олиш.

Бронхларни кўздан кечирганда шиллиқ қаватни ҳолати ва қон кетмаётганлиги, бронхиал сақланмаларнинг характери, бронхлар ёриғининг диаметри, эластиклиги, бронхиал

деворнинг тонуси ва ҳаракатчанлиги баҳоланади. Барча нормадан четга чиқиш фиксацияланади. Эндоскопик манзара суратга олинади. Диагностик текширувани бактериологик ва патоморфологик текширув учун материал олиш билан тугалланади.

Ўпка сили билан касалланганларда бронхоскопия манфий бактериологик натижа бўлганда туберкулёз касаллигини гистологик верификация қилиш учун материал олиш учун ҳам ишлатилиши ҳам мумкин. Бундан ташқари нафас йўллارнинг пастки қисмларидан хужайра суюқликлари лаборатор текширув учун олиш ва бронхларни лаважини амалга ошириш диагностикада муҳим аҳамиятга эга.

Ўпкани диффуз касалликлари билан касалланганларда Т лимфоцит ва унинг субпопуляцияси миқдорини аниқлаш ва цитограммани текширишда амалга оширилади. Протеолитик ва антипротеолитик лаваж суюқлигидаги активликка қараб ўпкадаги жараённинг фазаси ҳақида, липидлар ва фосфолипидлар даражасига қараб сурфактант системаси ҳолатига баҳо берилади.

Баъзан лаваж суюқлигида бошқа диагностик материаллар топиб бўлмайдиган туберкулёз таёқчалари ажратиб олиш мумкин.

Торакоскопия (плевроскопия) ҳозирги даврда видеотехникани қўллаш билан биргаликда (видеоторакоскопия) қўлланилмоқда.

Видеоторакоскопия учун турли бурчакли кўришга эга бўлган торакоскоплар, видеокамера, ёритгичлар, рангли тасвири мониторлар ва ёзиб олувчи аппаратура керак. Булардан ташқари махсус кўшимча жарроҳлик ускуналари ҳам керак, чунки кўздан кечириш ва биопсия олишдан ташқари кўпинча турли даволовчи манипуляциялар ҳам қилинади.

Плаврал бўшлиқни эркин кўздан кечириш ва манипуляциялар бажариш учун ўпканинг 1/2-1/3 ҳажмини пасайтириш керак. Шунинг учун кўпинча видеоторакоскопия олдидан сунъий пневмоторакс қилинади. Экссудативли плевритли беморларда енгиллаштирувчи пункциялар суюқликни ҳаво билан алмаштирган ҳолатда қилиниши муҳимдир. Умумий анестезия – бронхларни алоҳида интубацияланган эндотрахеал наркоз ва СЎВ ҳисобланади.

Плевра бўшлиғига кўкрак қафасини тешган ҳолатда иккита ёки учта махсус троакар киритилади, уни бир ёки икки троакар орқали (торакопорт) оптик торакоскоп киритилади ва уни бир ёки икки мониторга тасвир узатувчи видеокамера билан туташтирилади. Бошқа торакопортлар ускуналарни киритиш учун хизмат қилади.

Плеврал варақлар, ўпка, кўкс оралиғи кўздан кечирилади. Кўрсатмаларга биноан кўпинча қисқичли, пункционбиопсия амалга оширилади. Плеврал бўшлиқнинг торакоскопик манзарасини суратга олиш ва телеэкранга узатиб видеолентага ёзиб олиш мумкин.

Видеоторакоскопиянинг асоратлари бўлиб қон кетиш, тери ости эмфиземаси, биопсиядан кейин ўпкadan узок муддат ҳаво чиқиб туриши мумкин. Видеоторакоскопияга асосий қарши кўрсатмалар бўлиб: нафас етишмовчилиги ва плеврал бўшлиқнинг облитерацияси ҳисобланади. Усулнинг камчилиги бўлиб ўпканинг алоҳида вентиляцияси ва ва кўкрак қафаси бошқа структуралари ва ўпканинг пальпациясининг мумикин бўлмаслиги ҳисобланади.

Медиастеноскопия бўлиб олд кўкс оралиғини кўздан кечирувчи диагностик операция ҳисобланади. Махсус аппарат медиастеноскопдан фойдаланилади. У монитор билан уланиши мумкин (видеомедиастеноскоп). Операция наркоз остида бажарилади. Тўш суягининг бўйинтуруқ ўймаси устидан унча катта бўлмаган кесма қилиниб трахея бўйлаб тўқималар бифуркациягача ажратилади.

Сўнг кўкс оралиғига медиастиноскопнинг тубуси ёки тумшуғи киритилиб тўғридан-тўғри кўз орқали назорат қилиб ёки монитор орқали назорат қилиб паратрахеал ва бифуркацион лимфа тугунларини пункция қилиш, узиб олиш ва олиб ташлаш амалиётлари амалга оширилади. Мумкин бўлган асоратлар: қон кетиш, пневмоторакс, ҳиқилдоқ нервларининг жароҳатланиши.

Кенгайтирилган медиастиноскопия: олдинги кўкс оралиғи орқали медиастиноскоп ёрдамида кириб, махсус ускуналар ўпка илдизи соҳасига борилади, медиастинал плеврани перфорация қилиб, плеврал бўшлиққа кирилади. Бундай медиастиноплевроскопия

натижасида қилинган биопсия чуқур жойлашган лимфа тугунлари, ўпка ва плеврадан қилиш имкониятини беради.

### Нафас олиш ва қон айланиш тизимини баҳолаш

Асосан сурункали ва тарқалган ўпка туберкулёзи одатда нафас олиш фаолиятининг бузилишлари ва юрак, қон-томир тизимининг ўзгаришлари билан кузатилади. Улар интоксикация, ўпка, плевра, юронхлар шикастланиши туфайли бўлиши мумкин.

Нафас фаолиятини ва қон айланиш текшириш нозологик ташхисни тасдиқлаш учун одатда унчалик аҳамиятга эга эмас, аммо беморнинг умумий аҳволини баҳолашда, даволаш тактикасини аниқлашда ва айниқса жарроҳлик муолажалари ҳақидаги масалаларни ҳал қилишда ҳамда уларнинг натижаларини баҳолашда муҳим роль ўйнайди. текширишнинг мақсади мумкин қадар нафас олиш, юрак, қон-томир етишмовчилигини ва бу тизимларнинг қўшимча захираларини аниқлашдан иборат.

Нафас олиш ва қон айланиш тизимини бемор шикоятлари, анамнези, объектив текширувлар, артериал қон босимини ўлчаш, электрокардиография ва рентгенологик текширувлар асосида баҳолаш мумкин.

Спирография маълум вақт ичида ўпка ҳажмининг ўзгаришларини график(чизиклар) тарзида қайд қилишдан иборат. Спирография жараёнида трахеобронхиал ўтказувчанликни баҳолаш мақсадида Вотчал-Тиффно синамаси ўтказилади. У бемор максимал нафас олгандан сўнг форсирланган нафас чиқаришнинг биринчи секундида чиқариладиган нафас ҳажмини аниқлашдан иборат (нормада 70% дан кам эмас).

Умумий плетизмография барометрик принциплардан фойдаланишга асосланган. Уни одам танаси учун мўлжалланган плетизмографда - доимий ҳажмли катта герметик камерада амалга оширилади. Беморни плетизмографга жойлаштирилади ва нафас олиш вақтида кўкрак қафаси ҳажми ўзгаришлари қайд қилинади.

Плетизмография одатдаги (тинч) нафас олиш жараёнида ўпкаларнинг чўзилувчанлигини (кенгайишини), нафас йўлларининг ҳаво оқимиغا қаршилигини баҳолашга, нафас ҳаракатларини ҳисоблашга имкон беради.

Ташқи нафас фаолиятининг қўшгимча кўрсаткичларига қоннинг газ таркиби ва кислота-асосли ҳолатини аниқлаш киради. Нафас етишмовчилигида қонининг нормал газ таркиби таъминланмайди ёки нафас жараёнларининг кучайишит ҳисобига меъёрига етказилади.

### Амалий машғулот №4:

**Мавзу номи:** Силнинг клиник таснифи. Бирламчи туберкулёз. Беморлар курацияси ва касаллик тарихини тўлдириш.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 270 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Силнинг клиник таснифи.
	3. МКБ -10 бўйича туберкулёз таснифи.
	4. Бирламчи туберкулёз. Клиник турлари. Силдан заҳарланиш, бирламчи туберкулёз комплекси, кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, текшириш усулларини асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим қўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга силнинг клиник таснифи, бирламчи туберкулёз тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида

	<p>маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга силнинг клиник таснифи, бирламчи туберкулёз тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат. <b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силнинг клиник таснифибирламчи туберкулёз турлари тўғрисида маълумот бериш. Мавзуга оид видеофильм, мультмедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

**Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар**

**Талаба билиши шарт:**

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

**Талаба бажара олиши керак:**

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилин ва ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.**Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:**
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

**Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар**

1. Туберкулез таснифи турлари?
2. Замонавий тасниф фарқлари?
3. Замонавий таснифнинг асосий гуруҳларини айтинг?
4. Қандай асосий маълумотлар клиник шаклларни тавсифлайди?
5. Туберкулез билан касалланган бемор касаллик тарихи бошқа касаллик тарихидан фарқини айтинг?
6. Касаллик тарихини асосий бўлимларини санаб беринг?
7. Шаклланган клиник ташхис қандай қисмлардан иборат?
8. Туберкулезни клиник шаклларида ташхис асоси нима?
9. Клиник таснифда қандай асосий асоратлар кўрсатилган?
10. Клиник таснифга «Туберкулезни даволагандан кейин қолдиқ ўзгаришлар» бўлими нима мақсадда киритилган?
11. Беморлар консультациясини ўтказишда асосий босқичларини айтинг.
12. Беморлар билан мулоқотда асосий, муҳим босқич бўлиб нима ҳисобланади?
13. Бирламчи туберкулезни клиник шаклларидаги патогенези.
14. Бирламчи туберкулезни асосий шаклларидаги айтинг.



15. Болалар ва ўсмирларда туберкулез интоксикацияси белгиларини айтинг.
16. Бирламчи туберкулез комплекси клиникаси ва ташхисоти.
17. Кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулези клиникаси ва ташхисоти.
18. БТ туберкулин синамалари (РМанту 2ТЕ) характеристикаси.
19. БТК турли клиник босқичларида рентгенологик маълумотлар характеристикаси.
20. Кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулезининг турли шаклларида рентгенологик маълумотлар характеристикаси.
21. БТ асоратлари.
22. Ташхисни ифодалаш ва асослаш.
23. Қиёсий ташхисот.
24. БТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш.

### **ХКК 10 бўйича касалликларнинг халқаро классификацияси**

Касалликлар класификацияси бу ўз ичига қабул қилинган критерияларга асосан нозологик доналарни камраб олувчи рубрикалогик тизимси.

ХКК мақсади бўлиб тизимлаштирилган регистрацлар, таҳлиллар, интерпритациялар учун шароит яратиш ва хар хил давлатларда, турли вақтларда касалланиш хамда ўлим тўғрисида маълумотларни таққослаш. ХКК нинг касалликлар класификациясини ва турли хил хужжатлаштиришларда руйхатга олинган соғлиқ билан боғлиқ бошқа муаммолар учун қўллаш мумкин.

ХКК-10 да 3 сонли рубрикалар қисқартирилган. 3 талик сон рубрикалар даражасида туберкулёзнинг факат асосий жойлашишлари кодлаштирилади: нафас олиш аъзолари, нерв тизимси шунингдек милиар туберкулёз. Бошқа жойлашишлари 4 талик сон даражасида шифрланади, 10 таликдан сунг.

ХКК-9 бўйича нафас олиш аъзоларининг туберкулёзи тасниф асосига туберкулёз ташхисини тасдиқловчи усул куйилган (бактериологик ва гистологик). Шунга асосан 3 та белгили рубрикалар алохида ажратилган: А15 – нафас олиш аъзолар туберкулёзи бактериологик ёки гистологик йул билан тасдиқланган. А-16 нафас олиш аъзоларининг туберкулёзи бактериологик ёки гистологик йул билан тасдиқланмаган.

Солиштириш учун ХКК-9 нинг мавжуд кодлари келтирилган.

### **Нафас олиш аъзолар туберкулёзининг асосий клиник шакллари**

#### **Нафас олиш аъзолари туберкулёзи**

<b>ХКК шифрлари</b>		<b>Касалликнинг клиник шакллари</b>	
<b>ХКК IX</b>	<b>ХКК X</b>		
	<b>A16</b>	<b>A15</b>	Нафас олиш аъзолари туберкулёзи, гистологик ёки бактериологик тасдиқланган Нафас олиш аъзолар туберкулёзи, гистологик ёки бактериологик тасдиқланмаган.
<b>011</b>	<b>A16.0</b>	<b>A15.0</b>	Ўпка туберкулёзи, бактериологик йул билан тасдиқланган культуранинг усиши бор ёки йуклиги
	<b>A16.0.1</b>	<b>A15.0.1</b>	Ўчоқли
	<b>A16.0.2</b>	<b>A15.0.2</b>	Яллигланган
	<b>A16.0.3</b>	<b>A15.0.3</b>	Казеозли пневмония
	<b>A16.0.4</b>	<b>A15.0.4</b>	Туберкулема
	<b>A16.0.5</b>	<b>A15.0.5</b>	Ковакли
	<b>A16.0.6</b>	<b>A15.0.6</b>	Фиброз- ковакли

	A16.0.7	A15.0.7	Чандикли
012.2 012.3	A16.4	A15.5	Трахея ва бронхлар, хикилдок туберкулёзи
012.1	A.16.3	A15.4	Кукрак кафаси лимфа тугунлар туберкулёзи
012.0	A16.5	A15.6	Гистологик ва бактериологик тасдиқланган туберкулёз плеврити
010.0	A16.7	A15.7	Нафас олиш аъзолар бирламчи туберкулёзи
	A16.8	A15.8	Бошқа нафас олиш аъзолар туберкулёзи( бурун, огиз бушлиги)
	A16.9	A15.9	Жойлашиши аниқланмаган нафас аъзолар туберкулёзи

<b>Нерв тизим туберкулёзи</b>		
<b>ХКК IX 13</b>	<b>ХКК X A17.0 A17.1 A17.8 A17.9</b>	Касалликнинг клиник шакллари Туберкулёз менингити Менингиал туберкулема Нерв тизимсидан бошқа жойлашган туберкулёз Нерв тизимси туберкулёзи

<b>Бошқа аъзолар туберкулёзи А-18</b>		
<b>ХКК IX 0.15</b>	<b>ХКК X A18 0 A18.01 A18.02 A18.03 A18.04 A18.05 A18.06 A18.07 A18.08</b>	Касалликнинг клиник шакллари Бугим ва суяк туберкулёзи Сон- чанок бугими туберкулёзи Тизза бугими туберкулёзи Умуртка погонаси туберкулёзи Юза бугимлар туберкулёзи Елка ва тирсак бугимлар туберкулёзи Юмшок туқималар туберкулёзи Бошқа жойлашган туберкулёз Биргаликдаги шикастланиш

<b>16</b>	<b>A18.1</b>	Сийдик – танотуберкулёз аъзолар туберкулёзи
	<b>A18.1.1</b>	Сийдик пуфаги туберкулёзи
	<b>A18.1.2</b>	Буйрак туберкулёзи
	<b>A18.1.3</b>	Аёллар жинсий аъзолар туберкулёзи
	<b>A18.1.4</b>	Эркаклар жинсий аъзолар туберкулёзи
	<b>A18.1.5</b>	Бошқа жойлашган туберкулёз
	<b>A18.1.6</b>	Биргаликдаги шикастланиш

<b>17</b>	<b>A18.2</b>	Периферик лимфа тугунлари туберкулёзи
	<b>A18.2.1</b>	Жаг ости лимфа тугунлари туберкулёзи
	<b>A18.2.2</b>	Буйин лимфа тугунлари туберкулёзи
	<b>A18.2.3</b>	Култик лимфа тугунлари туберкулёзи
	<b>A18.2.4</b>	Чов лимфа тугунлари туберкулёзи
	<b>A18.2.5</b>	Бошқа жойлашган туберкулёз

	<b>A18.3</b>	Корин, ичак лимфа тугунлар туберкулёзи
--	--------------	--

<b>14</b>	<b>A18.5</b>	Куз туберкулёзи
-----------	--------------	-----------------

<b>0.17.0</b>	<b>A18.4</b>	Тери ва тери ости клечатка туберкулёзи
<b>0.17.0</b>	<b>A18.7</b>	Буйрак усти беги туберкулёзи
	<b>A18.8</b>	Калконсимон без, кизилунгач, миокард, эндокарда аникланган туберкулёз

<b>0.18</b>	<b>A 19</b>	Милиар туберкулёз Тарқоқ туберкулёз Генераллашган туберкулёз Туберкулёзли полисерозит
-------------	-------------	--

<b>135</b>	<b>Д 86, Д 86.0 Д 86.8 Д 86.9</b>	Ўпка саркоидози, тер ива бошқа жойда жойлашган лимфа тугунлар
<b>136</b>	<b>В 90</b>	Даволаниш ва операцидан кейинги колдик узгаришлар
	<b>R 76.1</b>	Туберкулин синамаси ижобий эмас
	<b>Z 03.0</b>	
	<b>Z 20/1</b>	Бемор билан контактда бўлиш ёки юктириш

### **ХКК 10 ва туберкулёз клиник таснифсини қўллаш.**

ЖССТ таклиф килган ташхисни асослаш

Ўзбекистон Республикасида бир канча коидалар асосида туберкулёзнинг клиник таснифидан фойдаланилмоқда. Бу рентгено- клиник хусусиятлари туберкулёзли процесс, унинг кечиши, бактерия ажралишининг бўлиши.

Тасниф туртта тузилмага асосланган: туберкулёзнинг клиник шакллари, туберкулёзли процесс бахоси, туберкулёз асорати, туберкулёздан даволангандан кейинги колдик узгаришлар.

**Туберкулёзнинг клиник шакллари** жойлашиши ва клиник белгилари билан бирга патогенитик ва патоморфалогик туберкулёзли процесс характери фаркланади.

#### **Нафас олиш аъзолар туберкулёзи.**

Дастлабки туберкулёз комплекси

Кукрак кафаси лимфа тугунлар туберкулёзи

Ўпканинг тарқоқ туберкулёзи

Милиар туберкулёз

Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи

Ўпканинг яллигланган туберкулёзи

Казеозли туберкулёз

Ўпка туберкулемаси

Ковакли ўпка туберкулёзи

Чандикланган- ковакли ўпка туберкулёзи

Чандикли ўпка туберкулёзи

Туберкулёз плеврити

Юкори нафас йуллари, трахея, бронхлар туберкулёзи

Нафас олиш аъзолар сили, ўпканинг биргаликдаги юксак касалликлари билан бирга

#### **Бошқа аъзо ва тизимлар туберкулёзи**

Марказий нерв тизимси ва мия пардаси туберкулёзи

Корин, ичак, чарви лимфа тугунлар туберкулёзи

Бугим ва суяк туберкулёзи

Сийдик- танотуберкулёз аъзолар туберкулёзи

Тери ва тери ости клечатка туберкулёзи

Периферик лимфа тугунлар туберкулёзи

Куз туберкулёзи

Бошқа аъзолар туберкулёзи

**Туберкулёз жараёни характеристикаси жараён жойлашишига кура,** клиник-рентгенологик белгиларига кура ва бемордан олинган диагностик материалдан туберкулёз микобактерияси бор йуклигига бериледи.

Жойлашиши ва таркалиши: ўпкада булаклар бўйича сигментар, бошқа аъзоларда жойлашишига кура.

Фаза:

а) инфилтрация, емирилиш, таркалиш

б) сурилиш, зичлашиш, чандикланиш, охакланиш

Бактерия ажралиши:

а) Туберкулёз микобактерияларининг ажралиши билан (МБТ +)

б) Туберкулёз микобактериялари ажралмасдан (МБТ -)

**Туберкулёз асоратлари:**

Кон туфлаш, ўпкadan кон кетиш, спонтан пневмоторакс, ўпка- юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, окма яралар ва бошқалар.

**Туберкулёз даволангандан кейинги қўшимча узгаришлар:**

а) Нафас аъзолари:

фиброз, фиброз ўчоқли, буллёз- дистрофик, ўпка ва лимфатик тугунлардаги кальцинатлар, плеврапневмосклероз, цирроз.

б) Бошқа аъзолар:

турли аъзоларда чандикли узгаришлар ва уларнинг окибатлари, охакланиш ва бошқалар.

### **Туберкулёзнинг асосий клиник шакллари**

**Нафас аъзолар туберкулёзи.**

Бирламчи туберкулёз комплекси ўпка тукумасида яллигланиш узгаришлари ривожланиши, регионар кукрак ичи лимфа тугунлари шикастланиши ва лимфангит билан характерланади. Бу купинча болаларда кузатилади. Клиник куриниши бирламчи комплекс фазасига, кечиш хусусиятларига, аъзоизм реактивлигига боғлиқ. Бу хам симптом билан кечиши мумкин лекин купинча туберкулёз интоксикация белгилари булади. Рентгенологик текширувда ўпкада характерли узгаришлар юзага келади.

**Кукрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи (КЛТС)** болаларда ривожланади, ўсмирлар ва катталарда бирламчи туберкулёз билан шикастланиш натижасида. Камдан-кам кукрак ичи лимфатик тугунларни эндоген реактивациясидан юзага келади. Катталарда эндоген реактивация жараёни иммунодефицит ривожланган беморларда (масалан, ОИВ-инфекция) характерли.

**Тарқоқ ўпка туберкулёзи** турли генездаги жараёнларни бирлаштиради. Туберкулёз микобактерияси гематоген, лимфоген, бронхоген йуллар билан таркалиши натижасида ривожланади, клиник- рентгенологик куриниши шунга боғлиқ равишда турлича.

Тарқоқ туберкулёз уткир, уткир ости, сурункали кечади. Уткир кечувчи тарқоқ туберкулёзга миляр туберкулёз характерли. Уткир кечувчи тарқоқ туберкулёз ўпканинг бутун юзасини эгаллаб, майда ўчоқлар пайдо булади. Уткир ости кечувчи тарқоқ туберкулёз интоксикация симптомлари билан утади.

Гематоген генезли уткир ости тарқоқ туберкулёзда бир турдаги дессеминация ўчоғи булиб, у ўпканинг кортикал ва юкори булагада, лимфоген генезлида эса гуруҳ булиб жойлашади, хамда ўпканинг кортикал олди ва пастки булаклариди лимфангит фониди ривожланади. Ўчоқлар ўпкада симметрик жойлашган, улар “штамланган” коваклар куринишида булади.

**Миляр туберкулёз** тез дессеминация жараёни билан уткир кечадиган характерда булиб, ўпка, талок, ичаклар, мия пардалари ва бошқа аъзо ва тукумаларни зарарлайди.

Туберкулёз буртмалари асосан продуктив характерда булади. Клиникаси интоксикация белгилари билан утади. Рентгенологик текширувда ўпкада икки томонлама амма жойни эгаллаган майда ўчоқли дессеминациялар аникланади.

**Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи** продуктив характердаги, куп сонли ўчоқлардан иборат булади. Бу ўпканинг бир ёки бошқа булагининг 1-2 сигментларида, чегараланган майдонли ва кичик симптомлар билан кечувчи туберкулёз ўчоқлари мавжуд. Туберкулёз ўчоқларининг катталиги 10мм булиб, клиник жихатдан белгиларсиз утади.

Рентгенологик текшириш асосий усул ҳисобланади. Фиброз ўчоқли туберкулёз билан огриган беморлар рентгенограммасида туберкулёз ўчоғи интенсив, чегаралари аниқ, атрофида тур шаклида соя куринади.

**Ўпканинг инфилтратив туберкулёзи** ўпкада яллигланиш узгаришлари борлиги билан таърифланади, асосан эксудатив характерли, казеоз некрози билан ва ўпка туқималарида деструкция бор ёки йуклиги билан.

Инфилтратив туберкулёзнинг клиник курунишлари ўпкадаги яллигланиш узгаришларининг кай даражада таркалиши ва ифодаланганлигига боғлиқ, бу нафас олиш аъзоларининг носпецифик касалликлари билан боғлиқ.

Касалликнинг бошланиши уткир ва уткир ости бўлиши мумкин.

**Казеозли пневмония** ўпка туқималарининг яллигланиш реакцияси ривожланишида казенификация устунлиги билан таърифланади, шу билан бирга казеоз-пневмоник ўчоқлари катталиги бўйича бир ва ундан ортиқ булакни эгаллайди.

Клиник сурати беморнинг огирлик холати билан, интоксикациянинг ифодаланганлиги билан таърифланади. Беморни текширишларида лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг кескин чапга туберкулёзжиши, бактерия ажралиши аниқланади. Тупланган казеоз масса тез суюклашиши оқибатида катта бушлик ёки куп сонли катта булмаган коваклар пайдо булади.

**Ўпка туберкулемаси** диаметри 1 смдан катта бўлган, узида генези хар-хил инкапсулирланган казеоз фокусларни камраб лувчи тушунча. Туберкулеманинг инфилтратив пневмоник типии, гомоген, катламли, конгломерант ва “ёлгон туберкулема” деб аталадиган коваклари тулган тури ажратилади.

**Ўпканинг кавернали туберкулёзи.** Шакланган каверна хамда унинг атрофидаги ўпка туқимасида ифодаланган фиброз узгаришларининг йуклиги билан характерланади.

Кавернали туберкулёз инфилтратив, таркалган, ўчоқли туберкулёз билан касалланган беморларда туберкулеманинг парчаланишида ривожланади; парчаланиш босқичи каверналар шаклланиши билан касаллик кеч аниқланса, дастлабки шакл белгиларини йукотади.

**Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулёзи.** Фиброз-каверна ва унинг атрофидаги ўпка туқимасида фиброз узгаришлар ривожланиши билан ифодаланилади. Бунда хар хил муддатдаги бронхоген юкиш ўчоқлари характерлидир. Одатга кура кавернани дренажловчи бронх зарарланади. Ўпканинг бошқа морфологик узгаришлари, айникса, пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктазлар ривожланади.

**Цирротик ўпка туберкулёзи.** Фиброз-кавернали, сурункали тарқоқ, ўпка инфилтратив туберкулёзи, плевра шикастланиши (ўпка-бронх шикастланиши асоратлари), курак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи инволюцияси натижасида ўпка туқимаси ва плеврада дагал бириктирувчи туқиманинг усиши билан ифодаланилади.

**Плеврит туберкулёзи (жумладан эмпиема).** Плеврит ташхиси клиник ва рентгенологик белгилар мажмуасига кура аниқланади. Плеврит хусусияти плевра бушлиги пункцияси ёки плевра биопсиясида олинган диагностик материал текшириш натижаларига кура аниқланади.

Плеврит туберкулёзида ажралмалар хусусиятига кура сероз, сероз-фибриноз, йирингли баъзан гемаррагик булади.

**Бронх, трахея ва юкори нафас йуллари туберкулёзи.** Туберкулёзнинг бу курунишлари мустикал ёки нафас аъзолари туберкулёзининг бошқа курунишлари билан биргаликдакузатилиши мумкин. Бронх ва трахея туберкулёзининг учта асосий куруниши мавжуд: инфилтратив, ярали, окмали (лимфобронхиал, бронхоплеврал окмалар).

**Ўпканинг чангли касб касаликлари билан комбинерланган нафас аъзолари туберкулёзи** (конитуберкулёз, туберкулёзикооз, астестоз ва бошқалар) Бу гуруҳга чангли касб касалликлари билан бирга келувчи ўпка туберкулёзининг барча курунишлари киради. Ташхисни шаклланишда дастлаб дастлаб «конитуберкулёз» курсатилади. Сунгра кенгайган кониоз ва туберкулёз жараёни хусусиятлари ёритилади.

### **Бошқа аъзо ва тизимлар туберкулёзи.**

**МНС ва мия пардаси туберкулёзи.** Туберкулёз менингити (бош мия пардаси туберкулёзи, орка мия пардаси туберкулёзи, туберкулёз липоменингити)

Бу жараённинг ривожланиши микобактерияларнинг гематоген таркапиши ёки казеоз ўчоқнинг субарахноедал бушликнинг ёриб утиши билан ифодаланилади. Жараён асосан бош миянинг кон-томир йулларида ва ярим шарлар эгатларида ривожланади.

**Ичак, корин парда ва корин ичи лимфа тугунлари туберкулёзи.**

**Ичак туберкулёзи.** Илеоцекл сохага таркалган ичак шиллик каватига думбокчалар тошиши билан характерланади. Инфилтратив-яралли жараён думбокчаларнинг ярага айланиши билан ифодаланади.

**Корин парда туберкулёзи.** Бунда касаллик лимфаденитнинг таркалган шакли ва корин ва чанок бушликлари аъзолари туберкулёзининг асоратлари туфайли келиб чиқади. **Корин ичи лимфа тугунлари туберкулёзи.** Инфилтратив фазасида мезентериал лимфа тугунларининг яллигланиши, казеоз-некроз фазасида эса - лимфа тугунларининг катталаниши, перифокал реакция, корин парданинг бу жараёнга тортилиши билан ифодаланилади.

**Суяклар ва бугимлар туберкулёзи.**

**Умуртка погонаси суяклари ва бугимлари туберкулёзи.** Бирламчи спондилит туберкулёз жараёнинг умуртка погонаси танасидан ташқарига таркалмаган ҳолда жароҳатланишини ифодалайди; рентгенологик томографик текширишда умуртка танасида деструкция ўчоғи аниқланади.

**Кул ва оёқлардаги суяк ва бугимлар туберкулёзи.** Дастлаб бугим атрофи остити, метафизда специфик яллигланиш ўчоғи шаклланиши, баъзан найсимон суякларнинг эпифизида бугим фаолиятининг бузилиши ва унда ажралма йигилиши билан (реактив синовиит) ифодаланилади. Оститнинг маълум метафизар жойлашишига жараённинг суякни бугим юзасидан ташқарисига таркалиш эҳтимоли булиб, атроф юмшок туқималари зарарланиши, совук абцесслар ва окмалар шаклланиши билан ифодаланилади.

**Бош ва юз суяклари ва бугимлари туберкулёзи.** Купрок пешона, тепа, ёнок ва юкориги жағ суяклари жароҳатланади. Калла суяклари туберкулёзида чегараланган ва таркалган деструкция шакллари купрок ички пластинканинг шикастланиши билан кечади.

**Туберкулёз-аллергик синовиитлар ва артериитлар.** Бугим синовиал кобигининг носпецифик аллергия зарарланиши оқибати ҳисобланади. Бугимда суюқлик пайдо бўлиши, бугим фаолиятининг бузилиши купинча мавсумий хусусиятга эга, хуруж ва ремиссия даврининг тулкинсимон кечиши характерли хусусиятга эга. Болалик ёшида улар бирламчи туберкулёз билан касалланишининг бир қуриниши бўлиши мумкин.

**Сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар туберкулёзи.**

**Буйрак туберкулёзи.** Касалликнинг бошланғич босқичи бошқа аъзолардаги фаол туберкулёз ўчоқларидан туберкулёз микобактерияларининг гематоген таркалиши билан боғлиқ. Махсус жараённинг ривожланиши махсус эволюциянинг барча босқичларини, купрок пустлоқ моддасида жойлашувчи махсус ўчоқдан буйрак ва сийдик чиқарув йулларининг тулик парчаланишига утади.

**Сийдик йуллари туберкулёзи.** Одатда туберкулёзнинг бу шакли фаол буйрак туберкулёзининг асорати ёки хамроҳ касаллиги ҳисобланади. Жараённинг хусусияти сийдик йуллари девори шикастланишининг даражаси, чуқурлиги, таркалганлиги билан ифодаланилади: бошланғич босқичдаги шиллик ва шиллик ости каватнинг ўчоқли яллигланишидан фиброз, чандикли деформация ва стриктураларга олиб келувчи чуқур некрозли яраларга олиб келгунча.

**Эркаклар жинсий аъзолари туберкулёзи.** Касаллик иккиланган патогенетик табиатга эга: гематоген дессиминерланган туберкулёзнинг хусуси қуриниши ҳамда буйрак ва сийдик йуллари туберкулёзининг асорати.

**Аёллар жинсий аъзолари туберкулёзи.** Купинча бачадон найи туберкулёзи (сальпингит) ёки бачадон ортиги туберкулёзи (сальпингоофарит) курунишида булади, баъзан эндометрий ва миометрийнинг зараланиши кузатилиб, бунда жараён цервикал канал ташки жинисий аъзоларга таркалади.

**Тери ва териси ости ёг клетчаткаси туберкулёзи.** Дастлабки шакллари «бирламчи аффект» (тери копламлари оркали юккандан пайдо бўлган), терининг умумий миляр туберкулёзи, ҳамда иккиламчи скрофулодерма (периферик лимфа тугунлари туберкулёзи) киради. Тери туберкулёзининг иккиламчи шаклларига турлича вариантлардаги мурункали ривожланувчи туберкулёз (волчанка) киради.

**Периферик лимфа тугунлари туберкулёзи.** Инфилтратив боскичда лимфа тугуни яллигланиши инфекция билан инфекцияланиб (бир ёки бир нечта), лимфа тугунларининг ифодаланмаган перифокал интоксикация белгиларисиз катталаниши билан ифодаланилади. Парчаланиш ёки юмшашсиз кузатиловчи казеоз-некроз боскичи катталашган лимфа тугунларида огрик, перифокал рекция, кескин ифодаланган интоксикация билан белгиланади.

**Куз туберкулёзи.** Куз туберкулёзининг кенг таркалган шакли булиб гематоген дессименирланган увеит булиб, у олдинги увеит (ирит, циклит, иридоциклит), периферик увеит (орка циклит) ва хориодит (хориоретинит) кабиларга булинади. Кузнинг ёндош аппаратининг туберкулёз билан зарарланиши нисъатан кам учраб, гематоген дессиминация ёки юз териси оркали, баъзан кам холларда экзоген юкиш йули оркали пайдо булади.

### **Туберкулёз жараёнининг характеристикаси.**

Туберкулёз жараёнининг кечишида асосий элементлар қуйидагилар ҳисобланади: локализация, жараённинг давомийлиги, унинг фазаси ва бактерия ажратиш.

Диагнозда қайси сегмент ва қайси булакнинг зарарланганлигига қараб унинг локализацияси ва давомийлигини аниқлаш мумкин.

Жараён фазалари:

а) инфекция, парчаланиш, таркалиш. Улар янги аниқланган беморлар ёки хуруж қилган беморларда (даво вақтида ёки ундан кейин) туберкулёз фаоллиги узғаришларини ифодалайди.

б) сурилиш, зичлашиш, чандикланиш, охакланиш, динамикада фаол туберкулёзни сунганлигини узида акс эттиради.

Бактерия ажрутувчиларига (МБТ+), бактерия ташувчиларга жараённинг фаоллигини тасдиқловчи стандарт лаборатор текшириш усуларидан бири ва клиник рентгенологик маълумотлар билан ташки муҳитга ажратилган суюклик таркибидан МБТ+ бўлган беморлар киради.

### **Қолдик узғаришлар**

Қолдик узғаришлар туберкулёзнинг эффектив химиотерапия ёки хирургик муолажа ҳамда спонтан тузилишдан кейин (клиник рентгенологик стабилизация) тасдиқланади.

### **Туберкулёз билан касалланган беморларни ташхисини шакллантириш**

Туберкулёз билан касалланган беморни ташхисини шакллантириш қуйидаги кетма кетлик асосида амалга оширилади:

Клиник шаклни тавсифлаш, жойлашиши, жараён боскичи, бактерия ажралиши (БК+ ёки БК -), асорати, ҳамроҳ касалликлари. Ташхисни шаклланишига мисоллар:

1. Ўпка юкори булаклари таркалган туберкулёзи, инфилтратия ва парчаланиш боскичи, МБТ+, ўпка-юрак етишмовчилиги I даража, Гепатит С.

2. Ўпка юкори булагли фиброз-каверноз туберкулёзи, инфилтратия фазаси, МБТ-, ўпқадан қон кетиши, аспирацион пневмония, ички аъзолар амилоидози, уч шохли нерв неврити:

### **Бирламчи туберкулёз**

Бирламчи туберкулёз одам организмга биринчи марта СМБ тушиши (силдан зарарланиш) ва организм иммун реактивлиги пастлигидан қелиб қикади. Силнинг эпидемиологик ҳолати ёмон шароитларда СМБ дан зарарланиш асосан болалар ва

усмирларда, камдан кам холатларда катт ёшдаги одамларда булади. Силдан зарарланиш одатда клиник белгиларсиз кечади, туберкулин синамаси ёрдамида аникланади. Катта ёшдаги одамларда бирламчи силнинг клиник-рентгенологик куриниши жуда кам кузатилади. Бундай холатлар асосан болалик ёки усмирликдаги бирламчи туберкулёз жараёнининг клиник тузалиши билан кечганда ва организмга кайтадан СМБ нинг ташки мухитдан тушишида кузатилиш мумкин. Бирламчи силдан зарарланиш оқибати СМБ нинг сони ва вирулентлиги, организмга тушиш муддати ва мухим даражага эга организмнинг иммун биологик холатига боғлиқ. СМБ билан зарарланган 90-95% одамларда туберкулёз ривожланмайди. Уларда силдан зарарланиш белгиларсиз кечади ва силга қарши иммунитет хосил булиши билан тугайди. Бу эса туберкулёз инфекциясига одам организмнинг табиий чидамлилиги ва эмлашдан кейинги иммунитетнинг пайдо булиши билан изоҳланади. Умумиу иммун танкисликда, БЦЖ билан эмланмаганлар ёки нотўғри эмланганларда бирламчи силдан зарарланиш касалликка олиб келиши мумкин.

### **СИЛНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ.**

Бирламчи силда жараён асосан лимфа тугунларда, ўпка тукумасида, плеврада, баъзан буйракларда, бугинларда, суякларда, корин пардасида булади. Махсус яллигланиш майдони унчалик ката булмаслиги ва текширганда аникланмаслиги ҳам мумкин. Жараён ката булганда уни клиник ва нур ташхиси ёрдамида текшириб аникланади.

Бирламчи силнинг учта асосий тури мавжуд:

- силдан захарланиш;
- кукрак ичи лимфа тугунлари сили;
- бирламчи туберкулёз комплекси.

Силдан захарланиш – энг эртанги бирламчи туберкулёз тури булиб, кам махсус узгаришлар билан кечади. У асосан иммун тизимида нисбатан кам етишмовчилик бор одамларда ривожланади. Махсус яллигланиш белгилари макро организм ва СМБ узаро таъсири натижасида лимфа тугунларида кам микдорда казиоз некрозли гранулема хосил булади. Ташхис усуллариининг етишмаслиги туфайли бу холатни клиник шароитда аниклаш кийин. Организмга МБ Кириши иммун тизимда мураккаб жараён чакиради ва у хужайра ичи иммунитетини шакллантиришга йуналтирилган. Хужайраларда иммун жараён тургунлиги бузилганда – иммунологик жавобга катнашувчилар синтез купайишига биологик фаол моддалар йигилишига ва у уз навбатида мембрана бузилиши ва хужайра метаболизми бузилишига олиб келади.

Силдан захарланишда СМБ асосан лимфа тизимида жойлашади, аста-секин лимфа тугунларига урнашади, унинг оқибатида лимфа тукумаси гиперплезияга учрайди. Шунинг учун купгина лимфа тугунлар катталашади ва юмшок эластик консистенцияга эга булади.

Периферик лимфа тугунларидаги узгаришлар микрополиаденопатия деб аталади. Унинг биринчи белгиларини силдан захарланишнинг бошлангич боскичида аникланиш мумкин. Микрополиаденопатия бирламчи силнинг барча шаклига хос.

Силдан захарланиш – бирлачи силнинг дастлабки клиник шакли булиб, локал узгаршларсиз кечади. У хар хил функционал узгаришлар, туберкулинга юкори сезувчанлик ва микрополиаденопатия билан намоён булади.

Лимфа тугунга якин жойлашган юмшок тукума, бронхлар, кон томирлар, асаб толалари, медиостенал плеврада параспецефик ва носпецефик яллигланиш юзага келади. Патологик жараён авжланади ва бошка гурух лимфа тугунларига таркалади, зарарланган майдон хажми кенгайди.

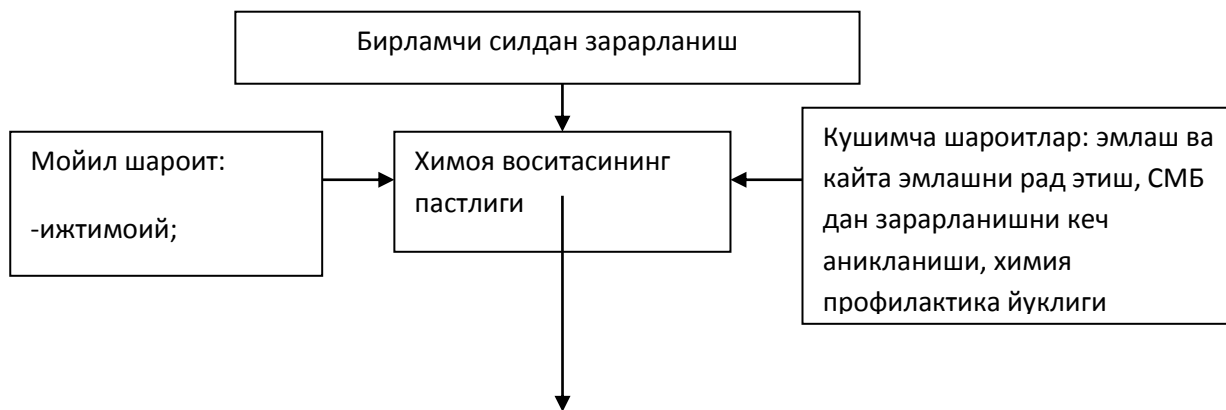
Шу йул билан бирламчи туберкулёз комплекси, яъни ўпкадаги яллигланиш, махсус лимфангит ва кукрак ичи лимфа тугунлари яллигланиши хосил булади. Бирламчи туберкулёз комплексининг шу йул билан ривожланиши патологоанатомлар томонидан хар томонлама урганилган ва узок вақтлар ягона деб хисобланган.

Бирламчи туберкулёз комплекси – локал формадаги бирламчи туберкулёз булиб, махсус яллигланишнинг 3 та компонентидан иборат: перифокал яллигланиш – бирламчи аффект, регионал лимфа тугунлар туберкулёз ива уларни юглаб турган туберкулёз лимфангити



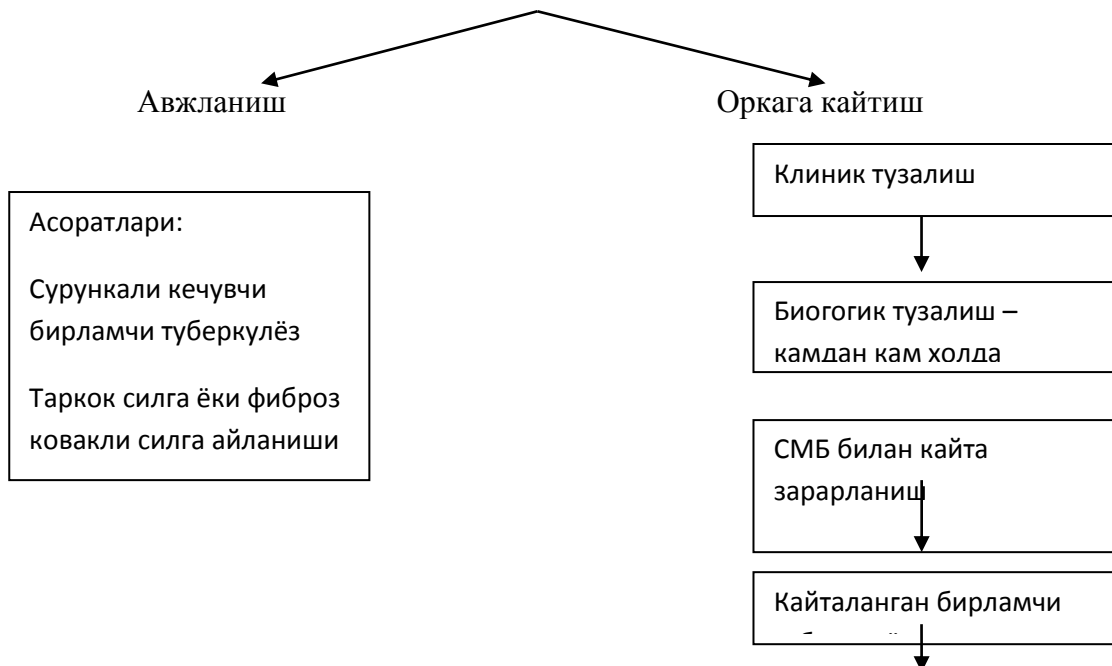
Бирламчи туберкулёз комплексида махсускучли параспецефик ва носпецефик узгаришлар кузатилади. Шундай булишига карамасдан касалликнинг ижобий кечиши оркага кайтиш жараёни аста-секин утади. Касалликнинг ижобий окибати ташхиснинг барвакт куйилиши ва уз вақтида тўғри даволанишни бошлашга боғлиқ.

### Бирламчи туберкулёз ривожланиши



### Бирламчи туберкулёз

Бирламчи туберкулёз шакллари	Силга қарши иммунитет	Бактерия популяцияси
Силдан захарланиш	↓	+
Кукрак ичи лимфа тугунлари сили	↓ ↓	++
Бирламчи туберкулёз комплекси	↓ ↓ ↓	+++



Бирламчи силда клиник белгиларни шартли равишда 3 та асосий синдромга булиш мумкин:

1. Захарланиш белгилари синдроми
2. Бронх-ўпка-плеврал синдром
3. бошка аъзолардаги узгаришлар синдроми

Захарланиш синдроми бирламчи туберкулёз билан касаллангандаги метаболик ва функционал узгаришлар мажмуаси.

Силдан захарланиш барвакт клиник белгилари МИС функционал булишидир, бу холат ёш болаларда купрок кузатилади. Болалар серзарда, тез хафа буладиган, йиглоки булиб колади, иштаха ёмонлашади, терлаш кузатилади, жисмоний ва аклий томондан мойиллик пасаяди.

Силдан захарланиш – клиник шаклида захарланиши белгилари асосий (баъзан бирдан-бир) клиник белги хисобланади. Силдан захарланишда махсус яллигланишга хос учокли белгилар аникланмайди. Организмда СМБ борлиги сабабли купрок уларда носпецефик (параспецефик) узгаришлар кузатилади.

Бу узгаришлар купрок периферик лимфа тугунларда яккол намоён булади. Пайпаслаб курганда 5-9 гурух лимфа тугунлар 5-14 мм улчамда катталашганлигини билиш мумкин, улар огриксиз, харакатчан, юмшок-эластик холатда.

Б.С.К. клиник белгилари мактабгача ёшдаги болаларда якколрок намоён булади. Кам микдордаги балгамли йутал, фебрил харорат кутарилади.

Доимий курук йутал бронхда туберкулёз жараёни борлигидан гувохлик беради. Бундай пайтда аускультацияда маълум жойда йуталганда «чийиллашга» ухшаш курук хириллаш эшитилади. Бронх холатини бронхоскоп ва КТ ёрдамида аниклаш мумкин.

Доимий захарланиш белгилари кукрак кафасида огрик, курук йутал хамда нафас танкислиги белгилари ателектаз хосил булиши билан бронхлар утказувчанлиги бузилганлигидан гумон килишга ёрдам беради. Клиник белгиларнинг намоён булиш даражаси зарарланган бронх калибрига ва ателектаз хосил булиш тезлигига боглик.

Куриб текширилганда ателектаз сохада кукрак кафаси ичига ботган ёки текисланган, жараён томон нафас олишдан оркада колиши кузатилади. Ўпка товуши ателектаз сохада тунтоклашган, нафас ва овоз дириллаши охисталашган баъзан доимий булмаган курук хириллашлар эшитилиши мумкин. Бронхиал диссиминация харорат кутарилиши, йутал пайдо булиши ёки кучайиши билан кечади. Жараён сохада курук ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Туберкулин диагностика – (2 ТБ билан Манту синамаси) бирламчи силга текширишда мухим ахамиятга эга. Туберкулин синамаси натижасининг хар йилги курсаткичига караб зарарланиш муддатини ва беморда бирламчи туберкулёз борлигини аниклаш мумкин. Бу маълумотлар бирламчи силнинг барвакт шакли вал овал узгаришларни аниклашда жуда ката ахамиятга эга.

Кукрак ичи лимфа тугунлари силива бирламчи туберкулёз комплекси аникланган беморларда туберкулинга сезгирлик гиперэргик натижа беради. Бирламчи туберкулёз казиозли пневмония ва туберкулёз менингити каби асорат билан кечганда туберкулин натижа манфий (манфий анэргия) кузатилади.

Оддий рентгенограммада бронхопульмонал ва трахиобронхиал гурух лимфа тугунларидаги яллигланиш касалликнинг барвакт боскичида ўпка илдизининг буй ива энига кенгайиши билан асосланади. Илдиз ташки чегараси буртган, ноаник, тузилиши бузилган, бронх найи аникланмайди.

Бирламчи туберкулёз комплексида рентгенологик текширув хамма компонентни куриш имконини беради. Ўпка компоненти кичик улчамда булса, уни КТ ёрдамида аниклаш мумкин. Бирламчи туберкулёз комплексининг рентгенологик куриниши шартли равишда 3 та боскичга булинади: пневманик, сурилиш ва каттиклашиш, охакланиш. Бу боскичлар клиник морфологик узгаришларга тўғри келади.

Пневманик боскич ўпка тукумасида улчами 2-3 см ва ундан катта, нотўғри шакли, чегаралари нотекис, ноаник, ногомоген куринишдаги корайиш соха билан характерланади. Корайишнинг марказий кисми бирламчи ўпка жарохати рентгенограммада купрок интенсивликка эга, атрофида перифокал яллигланиш камрок интенсивликка эга. Жараён томонда ўпка илдизи кенгайган, шакли бузилган, чегараси ноаник булади. Ўпкадаги корайиш илдиз билан богланган, баъзан бутунлай кушилиб кетган булади, бу эса ўпка илдизини аник куришга имкон бермайди. Одатда бу боскич 4-6 ой давом этади.

Сурилиш ва каттиклашиш боскичи аста-секин ўпка тукумасида ва ўпка илдизидаги перифокал яллигланиш сурилиши билан характерланади. Ўпкадаги бирламчи аффект, лимфа

тугунлар ва уларни боглаб турган лимфангит аник Курина бошлайди. Ўпка компоненти одатда чегараланган корайиш ёки урта интенсивдаги Фокс соя, лимфа тугунлар ўпка илдизидаги кенгайиш ва деформация куринишида булади. Бу холат «биполяри холат» дейилади.

Беморларда бирламчи силда хуржсимон курук йутал, учокли курук хириллашлар, ателектаз СМБ ажратиш ҳамда узок муддатли интоксикация кузатилса, фибробронхоскопия килинади. Бирламчи силда ката бронхлардаги узгаришлар эндоскопик куриниши куп киррали. Купрок бронх деворларида катарал эндобронхит ва лимфа тугунлар томонидан босилиши натижасида кон томирлар кенгайганлиги аникланади.

Дифференциал диагностика. Силдан захарланиш бошка касалликлардан диф диагностикаси мураккабок. Бу формадаги туберкулёз аксарият аникланмайди, баъзан бошка касалликлар сабабли ташхисда хатоликка йул куйилади. Силдан захарланиш асосан болаларда кузатилади. Уни билиш учун хар йили утказиладиган туберкулин синамаси ёрдамида СМБ билан бирламчи зарарланишни аниклаш хал килувчи ахамиятга эга.

Сурункали тонзиллит – болаларда куп учрайди ва купинча захарланиш белгиларининг пайдо булишига олиб келади. Силдан захарланишдан фаркли уларок бодом безларидаги носпецефик яллигланиш тулкинсимон кечади, ангинанинг клиник белгилари авжланиш ва ремиссия билан алмашилиб туради.

КИМТС ни саркоидоздаги аденопатия билан қиёсий ташхислашга тўғри келади.

Саркоидоз – этиологияси аникланмаган касаллик у купрок 25-45 ёшли аёлларда учрайди, лекин болалар ва усмирларда ҳам учраши мумкин. Силга ухшаб саркоидоз ҳам аста-секин бошланади, беморнинг умумий ахволи деярли узгармайди ёки жуда кам захарланиш белгилари, холсизлик, тез чарчаш, субфибрил харорат билан кечиши мумкин.

Йутал ва хансираш касалликнинг кейинги боскичларида кузатилади. Нафас аъзолари саркоидозда бошка аъзолардаги узгаришлар кузатилади, яъни куз, жаг ости ва кулок олди лимфа тугунлари, тери, жигар, талок, буйраклар, юрак вам айда бугинларда саркоидоз биринчи боскичида ўпка илдизлар ва кукс оралиги лимфа тугунлари катталашиши билан характерланади.

Саркоидоз булган беморларда туберкулинга сезгирлик шубхали ёки манфий натижа беради. Бу белги диф. д/тикада эътиборга олинади. Бронхоскопия ҳам анча фойдали маълумотлар беради.

Биоптатда саркоид гранулемалар топилади. Тузилиши бууйича у туберкулёз гранулемасига ухшайди, лекин ичида казеоз некроз булмайди.

Медиостенал лимфа гранулемалар (Ходжкин касаллиги) тана хароратининг кутарилиши, кескин холсизлик, озиб кетиш каби захарланиш белгилари якколлиги билан намоён булади.

Лимфа гранулематозда катталашган лимфа тугунлар атрофида перифокал яллигланиш белгилари йук, баъзан гранулематоз тукима лимфа тугунидан ўпкага интерстициал иплар каби таркалган булиши мумкин ва нихоят лимфагранулематозда кукрак ичи лимфа тугунларидан ташкари периферик лимфа тугунларида ҳам жараён кузатилиши мумкин. Лимфагранулематоз ташхиси лимфа тугунлар биопсиясига асосан куйилади. Унинг морфологик куриниши узига хос: лимфа тугуннинг хар хил хужайра элементлар ичида Беризовский-Риза-Штенберг гигант хужайралари аникланади.

Лимфолейкоз – кукрак ичи лимфа тугунлари икки томонлама катталашиши билан кечадиган хавфли усма. Касаллик аста-секин бошланиб, захарланиш белгилари кучайиб боради. Рентгенограммада лимфа тугунлар чегараси аник, атрофида яллигланиш булмайди.

Ходжкин булмаган лимфома (лимфосаркома иммунобласт лимфома) кукс оралиги лимфа тугунлари усмаси булгани учун уни силдан дифдиагностика килинади. Касаллик бошланганда клиник белгилар унчалик ривожланмайди.

Баъзи беморларда харорат кутарилиши, кечаси терлаш, оза бориш касалликнинг бошида кузатилиши мумкин. Силдан фаркли лимфомада куп гурух лимфа тугунлар анча катталашади, усма тукимаси лимфа тугунлардан атроф тукимага ва аъзоларга, шу жумладан ўпка тукимасига усиб кетади. Лимфа саркомада туберкулинга сезгирлик манфий. Ташхис лимфа тугуннинг биопсияси ва уни гистологик текширув натижасига асосланади.

Силикотуберкулез бронходенит – клиник иммунологик белгилари билан силга ухшаш. Беморларда захарланиш белгилари кузатилади, туберкулинга сезгирлик гиперэргик натижа бериши мумкин. Рентгенограммада куп гурух лимфа тугунлар бироз катталашганлиги аникланади. Силдан фаркли селикотуберкулезда лимфа тугунларда охакланиш лимфа тугун кобигида «тухум пусллоги» га ухшаб хосил булади. Сураб суриштириш касбий анамнез ташхис куйишда кийинчилик тугдирмайди. «Тухум пўстлоғи»га ухшаган охакланишни бошка турдаги кониотуберкулезда хим учратиш мумкин.

Кукрак ичи лимфа тугунлари силини дифдиагностика килганда кукрак ичи аденопатияси билан кечувчи системали касалликларни хам назарда тутиш керак. Кукрак ичи лимфа тугунлари силини марказий рак, саркоидоз I-боскичи ва лимфагранулематоз билан дифдиагностик меъзонлари куйидаги жадвалда келтирилган.

**Жадвал. Кукрак ичи лимфа тугунлар сили дифдиагностика**

Белгилар	Лимфа тугунлар сили	Саркоидоз I-боскич	лимфогранулем атоз	Ўпканинг марказий раки
1	2	3	4	5
Ёши, жинси	Купрок болалар, 25 ёшгача катталар жинсидан катъий назар	Купрок ёш ва урта ёшдаги аёллар	Купрок ёш ва урта ёшдаги, жинсидан катъий назар	Купрок эркаклар 40 ёшдан юкори, чекувчилар
Перифери к лимфа тугунлар	Полиаденопатия	Жуда куп, улчами 1,5 см гача	Жуда куп, катта улчамда, каттик – «копдаги картошка»	Метастаз окибатида лимфа тугунлар катталашади (купрок умров ости лимфа тугунлари)
Касаллик бошланиши ва кечиши	Купрок аста-секин, кам белгилар билан, уз-узидан тузалишга мойиллик	Купрок билинмасда, аста-секин, бошка аъзоларда узгаришлар билан ва уз-узида оркага кайтиш билан	Ним уткир ёки уткир, авжланиб борувчи, купрок тулкинсимон харорат ват ери кичиши билан	Аста-секин, авжланиб борувчи
Рентгенологик белгилар	Бир томонлама лимфа тугунлар катталашини устунлик килади, купрок бронхопульмона л гурух	Икки томонлама бронхопульмона л ва паратрахиал лимфа тугунлар катталашини	Икки томонлама медиостенал, купрок паратрахиал лимфа тугунлар катталашини	Ўпка илдизи ва илдиз олди сохасида чегарадланган корайиш, ўпка расми ва деформация кучайиши, бронх утказувчанлигини бузилиши, лимфа тугунлар катталашини
Бронхоскопия	Меърида. Асоратли кечганида бронх сили, окма, стеноз	Катарал эндобронхит шиллик каватнинг калинлашини	Бронх девори кавариши, катарал эндобронхит	Усманинг эндо ёки перибронхиал усиши, бронх харакатини бузилиши, бронхнинг ташкаридан

				босилиши
Балгамни бактериоскопик текшириш	Баъзан СМБ+	СМБ-	СМБ-	СМБ-
Туберкулинга сезгирлик	Гиперэргик ёки нормергик	Шубхали ва манфий	Шубхали ва манфий	Шубхали ва манфий
Биоптатник морфологик текшириш	Туберкулёз гранулемаси, гранулема элементлари	Саркоид гранулема	Нейтрофилли плазмоцит, эозинофилли Березовский-Штенберг хужайралари	Усма тукимаси ва хужайралар

Уткир зотилжам (лобар ёки сегментар) болаларда кизамик ёки кук йуталдан кейин келиб чикса клиник-рентгенологик белгилари, регионал лимфа тугунларининг яллигланишга кушилиши билан бирламчи туберкулёз комплексига ухшаб кетади. Бирламчи туберкулёз комплекси аста-секин бошланади, кам захарланиш белгилари билан кечади, ўпкада хириллаш деярли йук ёки жуда кам микдорда булади.

Рентгенограммада ўпкада корайиш урта интенсивликда, ногомоген тузилишга эга, асосан четларида ва атрофида учокли соялар аникланади. Уткир зотилжамда олдин СМБ билан зарарланган болаларда туберкулинга сезгирлик пасаяди, баъзан анергия холати кузатилади. Бирламчи туберкулёз ривожланганда аксинча туберкулинга сезгирлик ошади, купрок холларда 2 ТБ тери ичига юборилганда гиперэргик натижа кузатилади.

Жадвал. Бирламчи туберкулёз комплекси, уткир носпецефик зотилжам ва узок давом этган зотилжам дифдиагностикаси

Белгилар	Бирламчи туберкулёз комплекси	Уткир носпецефик зотилжам	Узок давом этган зотилжам
Ёши, жинси	Купрок болалар, 25 ёшгача катталар жинсидан катъий назар	Барча ёшдаги одамлар жинсидан катъий назар, купрок совук котишдан кейин	Барча ёшдаги одамлар ёшидан катъий назар
Периферик лимфа тугунлар	Полиаденопатия	Одатда узгаришсиз	Одатда узгаришсиз
Касаллик бошланиши ва кечиши	Купрок аста-секин, кам белгилар билан, уз-узидан тузалишга мойиллик	Уткир, авжланиб борувчи кучли белгилар ва захарланиш билан	Купрок аста-секин, юкори нафас йуллари уткир респиратор касалликлар билан
Рентгенологик белгилар	Чегараланган ногомоген корайиш, учокли соялар, катталашган лимфа тугунлар, аста-секин яллигланиш сохасида охакланиш	Купрок бир томонлама, ўпканинг пастки булагиди чегараланган гомоген корайиш, учокли соялар йук, илдиз сояси озгина кенгайган, тўғри даволанганда тез сурилиш	Ўпканинг пастки булагиди чегараланган гомоген корайиш, озгина пневмофиброз, илдиз деформацияси
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит,	Шиллик каватга таркалган гиперимия, шиш, бронх	Баъзан таркалган катарал эндобронхит

	асоратли кечганида бронх сили, окма, стенот	бушлигининг шишиши, йиринг	
Балгамни бактериоскопик текшириш	Баъзан СМБ+	СМБ-, носпецефик флора	СМБ-, носпецефик флора
Туберкулинга сезгирлик	Гиперэргик ёки нормергик	Шубхали ёки нормергик	Шубхали ёки нормергик

Уткир зотилжамда кенг спектрли антибиотиклар билан даволанса захарланиш белгилари ва ўпкадаги яллигланишли узгаришлар тез йукола боради. Силда носпецефик антибактериал даволаш деярли наф бермайди. Унинг урнига бирламчи силнинг перифокал яллигланиши уз-узидан сурила бошлаши мумкин, лекин махсус яллигланиш аста-секин сурилади. Бирламчи туберкулёз комплекси охири боскичида ўпка тукумасида ва лимфа тугунларда Са тузлари тупланганлигини аниқлаш мумкин.

Бронхоскопияда зотилжамда хар икала ўпка бронхларида диффуз гиперемия ва шишлар аникланади, бронх бушлигида эса шилимшик йиринг тупланади. Туберкулёз жараёнида эса бронх деворларида чегараланган узгаришлар катталашган лимфа тугунлар сохасида кузатилади.

Беморларда балгамли йутал булса балгамни СМБ, иккиламчи флора, замбуруглар, атипик хужайраларга текшириш керак. Бу текширувлар натижаси катта диагностик ахамиятга эга. Мураккаб диагностик холатларда балгамни кушимча молекуляр-биологик усул билан текширилади (СМБ пракмери учун махсус ПЦР).

Бирламчи туберкулёз комплекси, уткир ва узок давом этувчи носпецефик зотилжам дифдиагностикаси 8.2-жадвалда келтирилган.

### Амалий машғулот №5:

**Мавзу номи:** Ўпканинг диссеминацияли сили. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёз. **Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Ўпканинг диссеминацияли сили.
	3. Ўпканинг диссеминацияли сили клиник кечиши, рентген кўриниши, даволаш.
	4. Ўпкадан ташқари аъзолари сили. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотининг мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга силнинг клиник таснифи, бирламчи туберкулёз тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга диссеминацияли сили, ўпкадан ташқари аъзолар сили тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат.

	<p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Диссеминацияли ўпка сили, ўпкadan ташқари аъзолар сили тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофик баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намоиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

**Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар**

**Талаба билиши шарт:**

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

### **Талаба бажара олиши керак:**

-Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.

-ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.

-Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.**Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:**

-Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.

-Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.

-Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

-ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар**

1. ЎТТ ва ЎТАТ ривожланишининг патогенетик ва иммунологик асослари.
2. ЎТТ ва ЎТАТ клиник вариантларига изох беринг.
3. ЎТТ ва ЎТАТ жараён босқичи ва бактерия ажратишига кўра клиник белгиларини ўзига хослигини айтинг.
4. ЎТТ ва ЎТАТ лаборатор теширишлар: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, балғамни МБТга текшириш, биохимик маълумотларга изох беринг.
- 5.ЎТТ ва ЎТАТда 2ТБ билан ўтказилган Р Манту синамасини баҳоланг.
- 6.ЎТТ ва ЎТАТда Кох синамасини қўйишга кўрсатмаларни аниқланг.
7. ЎТТнинг турли клиник вариантларида қандай рентгенологик ўзгаришлар кузатилади?
8. ЎТАТнинг баъзи клиник вариантларида қандай рентгенологик ўзгаришлар кузатилади?
9. ЎТТ ва ЎТАТ қандай асоратларини биласиз?
10. Ташхисни ифодалаш ва асослаш.
11. ЎТТ турли клиник вариантларини қиёсий ташхислаш?
12. ЎТАТ турли клиник вариантларини қиёсий ташхислаш?
13. ЎТТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш.
14. ЎТТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш.

### **Ўпканинг тарқоқ туберкулёзи**



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

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

Тарқоқ туберкулёзнинг шикастланишнинг тарқалганлигига қараб асосан учта варианты ажратилади:

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

**Патогенези ва патологик анатомияси.** Тарқоқ туберкулёз, туберкулёз инфекциясининг бирламчи дарви билан мустақкам патогенетик алоқага эга. У бирламчи туберкулёзнинг асоратли кечганда, кучли яллиғланиш реакцияси ва жараённинг эрта тарқалиши натижасида ривожланиши мумкин.

Туберкулёздаги барча тарқалган шикастланишнинг ўртача 90% ни асосида гематоген йўл ётади.

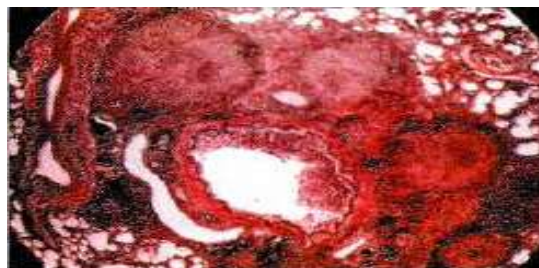
ТМБ нинг тарқалиш йўлига ва қон томир ёки лимфатик томирлар бўйлаб туберкулёз ўчоқларини жойлашишига боғлиқ ҳолда ўпканинг тарқоқ туберкулёзи *гематоген, лимфогематоген ва лимфоген* бўлиши мумкин.

*Гематоген* тарқоқ туберкулёзни ривожланиши учун албатта *бактеримия* бўлиши шарт. Уни юзага чиқиши учун тўқимадаги аткив ёки бирламчи кўзиган туберкулёз ўчоғидан, майда томирлар деворига яқин жойлашган даволаниш натижасида қолдиқ ўзгаришга учраган патологик жараёндан ТМБ қон оқимиға тушиши шарт.

Бактеримиемия – тарқоқ туберкулёзни тарқалиши учун албатта бўлиши керак, аммо ягона сабаб эмас. ТМБ га *хужайра ва тўқимани таъсирчанлигини ошиши* ҳам муҳимдир. Бактеримиеда организмнинг қўшимча носпецифик ва специфик сенсibiliзациясини бирмунча кучайтиради ва орттиради. Бундай ҳолда томирлар деворининг ўтказувчанлиги бирдан ортади. Бундай шароитда ТМБ томир атроифдаги тўқимаға қондан эркин ва етарлича ўтиши мумкин.



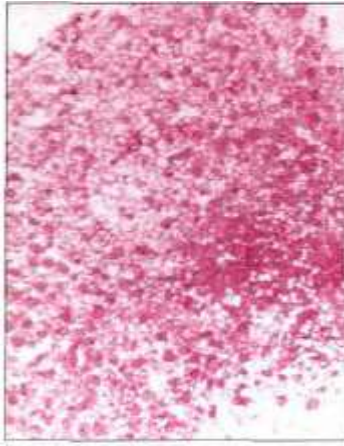
9.1 – расм. Ўпканинг томир атрофи тўқимасидаги туберкулёз гранулёмалари. атрофи Гистологик препарат. х 80. туберкулёз гранулёмалари.



9.2 – расм. Ўпканинг бронх тўқимасидаги

Гистологик препарат. х 70.

*Ўпканинг ўткир тарқоқ туберкулёзи* туберкулёзга қарши иммунитетнинг бир мунча пасайишида ва ялли бактериемияда юзага чиқади. Мисол учун, қон томир ёрилиб лимфа тугунидаги казеоз массадаги кўп миқдордаги ТМБ ни қон оқимиға тушиши. Бактериал агрессияда ўпка капиллярларининг гиперергик реакцияси натижасида капиллярлар ўтказувчанлигининг бир мунча ошишиға, капиллярлар деворидан ТМБни альвеоляр тўсиқ ва альвеола деворига ўтишиға яхши шароит яратилади.

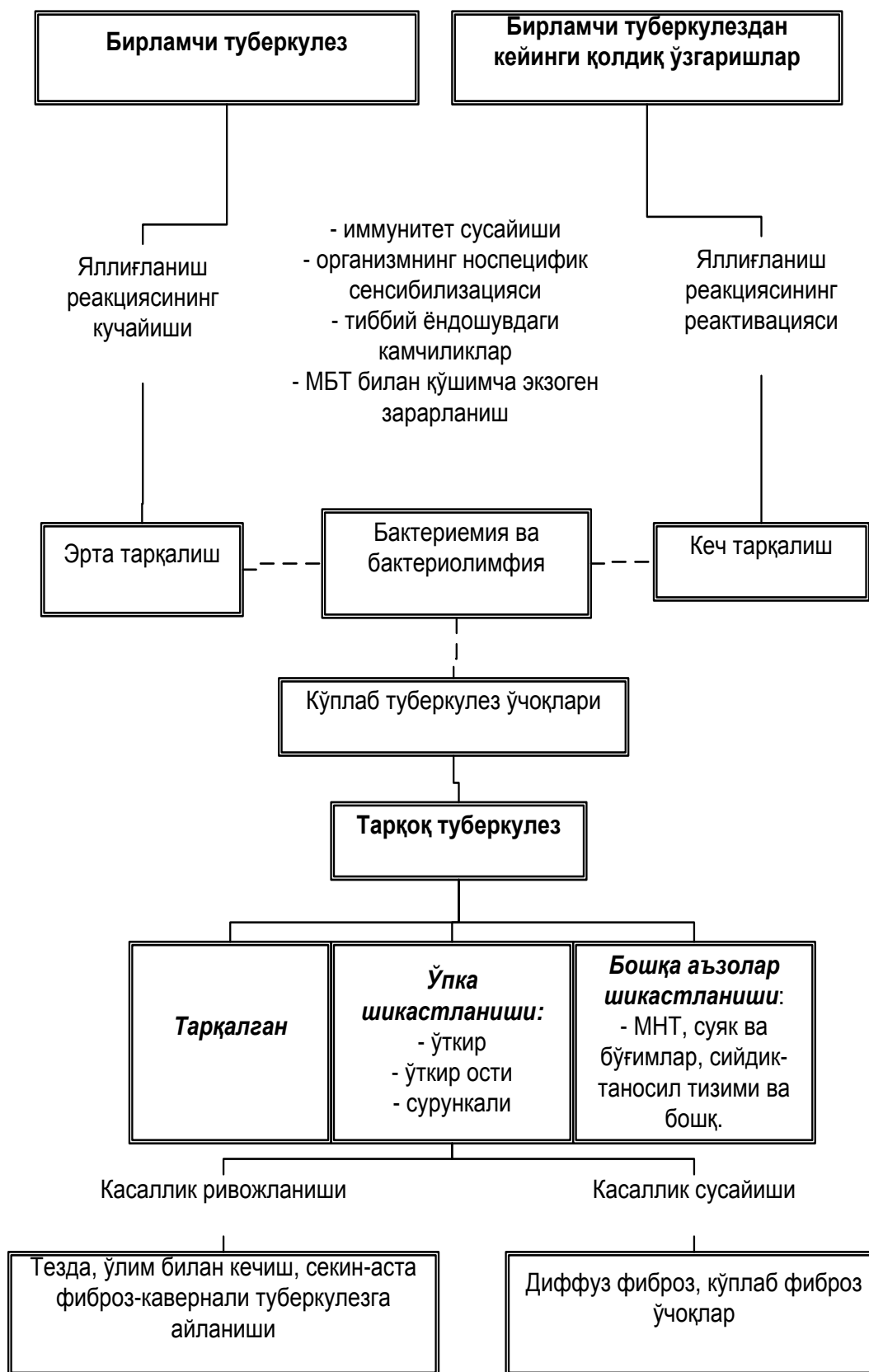


б

Ўткир тарқоқ туберкулёзнинг бундай шакли *милиар* туберкулёз деб аталади. Баъзида кейинчалик туберкулёз жараёнининг тарқалиши: кўп миқдордаги микобактерия аниқланиши билан кўп сонли казеоз ўчоқлар ва бошқа аъзоларда ҳам кузатилади (*туберкулёз сепсиси*). Милиар туберкулёз этиотроп давосиз тез ривожланади ва кўпинча асоратли кечишига олиб келади. Кўпинча туберкулёз менингити ёки йирик казеоз ўчоқлар ҳосил бўлиши билан лобуляр казеоз зотилжам, томирлар деворининг некробиози ва қонни ўпка тўқимасига шимилиши кабилар қўшилади.

Ўпканинг милиар туберкулёзи.

## Тарқоқ туберкулез патогенези



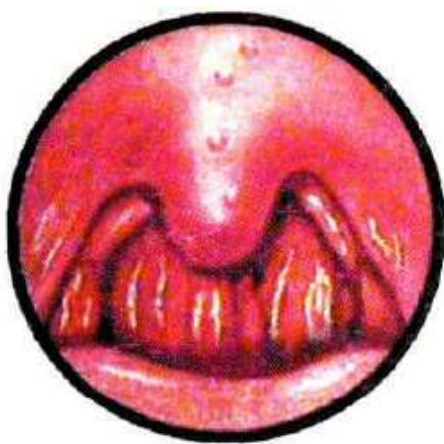
Некротик массаларни эриши натижасида кейинчалик микобактериянинг бронхоген тарқалишига олиб келадиган кўп сонли каваклар шаклланади. Ўсиб борувчи туберкулёз интоксикацияси ва нафас етишмовчилиги одатда касалликнинг биринчи 2 ойида ўлимга олиб келади.

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

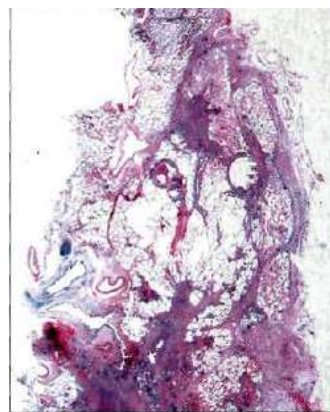
Ўпканинг ўткир ости тарқоқ туберкулёзи иммунитетнинг озгина қўпол бузилиши ва кам сонли бактериемияда ривожланади. Бундай патологик жараёнга бўлак ичи веналари ва бўлаклар аро ўпка артериясининг шохлари жалб этилади. Ўчоқлар, ўртача ва йирик ўлчамдаги (5 – 10 мм. диаметрдаги) венулалар ва артериолалар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



Ўпканинг ўткир ости тарқоқ туберкулёзи.  
Гистотопографик кесма

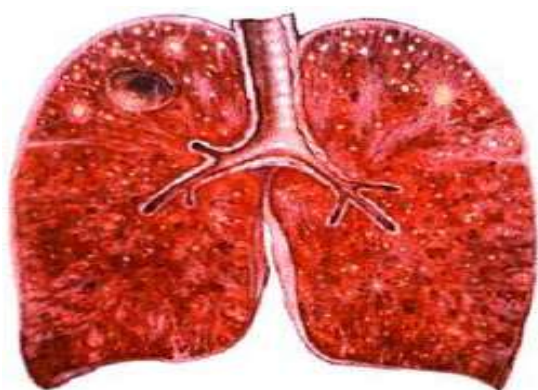


Тарқоқ туберкулёз. Юқори нафас йўллариининг шикастланиши.

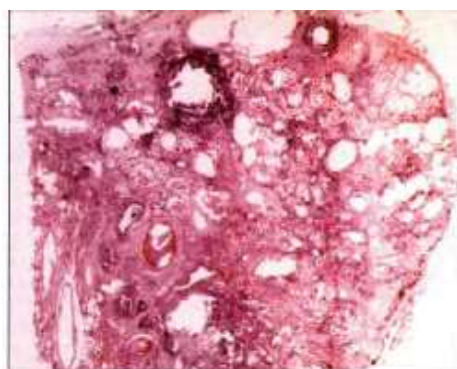


Ўпка эмфиземаси (ўпканинг ўткир ости туберкулёзи туфайли).  
Гистотопографик кесма.

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



а



б

Ўпканинг сурункали тарқоқ туберкулёзи.

а – патологоанатомик препарат расми; б – гистотопографик кесма.

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

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

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

Ўпканинг ўткир тарқоқ (милиар) туберкулёзи одатда 3 – 5 кун давомида ривожланади, клиниканинг яққол юзага чиқиши касалликнинг 7 – 10 кунларига тўғри келади. Биринчи бўлиб интоксикация симптомлари пайдо бўлади: ҳолсизлик, терлаш, иштаҳани ёмонлашуви, тана ҳароратининг ошиши, бош оғриғи, баъзида диспептик бузилишлар. Ҳарорат 38 – 39 ° С гача тез кўтарилади, гектик типдаги иситма кузатилади. Интоксикациянинг ўсиши ва функционал бузилишлар тана вазнини йўқолиши, адинамия, кучли терлаши, қарахтлик ёки вақтинча хушни йўқотиш, алаҳлаш, тахикардия ва акроцианоз ҳам кўшилади. Ўзига хос клиник симптом – ҳансираш.

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

Сурункали тарқоқ туберкулёзнинг бир мунча доимий клиник симптоми ҳансирашдир. Уни ривожланиши секин-аста ўсиб борувчи диффуз пневмофиброз, эмфиземалар билан боғлиқ. Жисмоний ёки эмоционал зўриқиш ҳансирашни кўзга ташланадиган қилиб қўяди. Туберкулёз жараёнининг зўрайишида ва интоксикация кучайганда ҳансираш яққол кучаяди.

**Диагностика.** Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг диагнози беморни комплекс текшириш натижаларига асосланади.

Ўпканинг тарқоқ туберкулёзида шикоятлар ва клиник симптомларни патогномоник аҳамияти йўқ. Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг таҳлиллари врачга клиник ҳолатда кўпгина умумий йўналиш беради ва диагностик қидрув алгоритмининг аниқлашга ёрдам беради.

*Туберкулин-диагностикасининг* (2ТБ билан Манту синамаси) натижалари касалликнинг клиник шаклларида боғлиқ. Ўткир милиар туберкулёзда кескин пасайган ҳужайравий иммунитет бўлгани учун туберкулинга манфий анергия ёки кам мусбат жавоб реакцияси ривожланади.

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

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

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

Ўчоқларда кўшилиб кетишга мойиллик бўлмайди. Янги тошмалар пайдо бўлишига қараб, рентгенограммада аниқланадиган симметрик ўзгаришлар бузулади. баъзи бир



касалларда иккала ўпкасида ҳам ингичка деворли ҳалқасимон ички ва ташқи чегаралари аниқ соялар аниқланади – муҳрланган ёки кўз ойнакли каваклар деб аталади.

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

Ўпканинг ўткир ости ва сурункали тарқоқ туберкулёзида қолдиқ ўзгаришлардан кейин рентгенограммада иккала ўпкада ҳам кўп сонли юқори интенсивликда ўчоқли соялар аниқланади. Сурункали тарқоқ туберкулёз секин-аста ривожланганда кўпинча фиброз-кавакли жараён шаклланади. Кўпол фиброз ўзгаришлар ва бронхоген тарқалган полиморф ўчоқлар фонида катта ўлчамдаги муаллақ каваклар пайдо бўлади.

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

Ўпканинг гематоген тарқоқ туберкулёз касалларини фибробронхоскопия қилганда кўпинча бронхнинг шиллиқ пардасида кўплаб туберкулёз бўртмачалари аниқланади. Баъзида эрта гематоген тарқалишда бронх туберкулёзи ёки уни давосидан кейинги қолдиқ ўзгаришлар аниқланади.

Фибробронхоскопия қилиш жоғида бронхоальвеоляр ювунди ва бронхдан қистиргич ёрдамидабиопсия олиш, ўпкadan ёки лимфа тугунидан пункцион биопсия олиш мумкин. Бронхоальвеоляр ювундидан хужайра элементлари таркибини ва лимфоцитларни санаш специфик жараёнларни бошқа белгиларини аниқлаш мумкин. Касалликнинг туберкулёз этиологиялилигини бронхиал биопсия орқали туберкулёз гранулёма элементларини аниқлаб тасдиқлаш мумкин.



Бронх йўлидаги шикастланган лимфа тугунларида тошмалар. Шиллиқ пардада туберкулёз бўртмачалари. Бронхоскопик суратни

Ўпканинг ўткир тарқоқ туберкулёзи касалларида қоннинг умумий клиник таҳлилида одатда ўртача лейкоцитоз ёки лейкоцитлар таркиби нормада, эозинофиллар ва лимфоцитлар камайган. Лейкоцитар формулани чапга силжиши билан абсолют ва нисбий нейтрофилез ва бир мунча ЭЧТ ни ошиши кузатилади. Касаллик зўрайганда лейкопения ва тромбоцитопения ривожланади. Анемик синдром одатда кузатилмайди. Умумий сийдик таҳлилида баъзида оқсил аниқланади ва диазореакция мусбат бўлади. Ўткир ости тарқоқ туберкулёзига ўртача лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, таёқча ядрога силжиш билан ва ЭЧТни ошиши хос.

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

Ўпканинг сурункали тарқоқ туберкулёзида рестриктив типдаги вентиляция етишмовчилиқдан кўпинча сурункали обструктив бронхитга олиб келадиган обструктив типдаги вентиляция етишмовчилиқ ривожланади. Бу касалларда сурункали ўпка юрак белгилари кузатилиши конундек бўлиб қолган. ЭКГда II ва III уланишларда Р тишчани баландлашгани, кенгайгани ва деформациялангани, эхокардиографияда – ўнг қоринчани деворини қалинлиги ва ҳажми ошгани аниқланади.

**Таққослама ташхис.** Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг клиник ва рентгенологик кўринишининг жуда хилма-хил бўлиши бошқа кўпгина тарқоқ шикастланишлар билан таққослама диагностика қилиш заруриятини туғдиради.

Тарқоқ туберкулёзни таққослама диагностикаси жараёнида кўпроқ аҳамиятли усул бўлиб бронхдан олинган материални бактериологик текшириш, КТ ва бронхоскопияда, трансторакал пункцияда, видеоторакоскопияда ёки мақсадли катта-, мини-торакотомияда ўпкадан олинган биоптатни морфологик текшириш ҳисобланади. Бахтга қарши, шунча қилинган текширишларга қарамасдан диагноз ойдинлашмасдан қолади. Бундай ҳолатларда жараённинг туберкулёз этиологияли эканлигини ҳал қилиш учун *exjuvantibus* даво ишлатилади.

*Ўпканинг II даражали саркоидози* ўткир ости тарқоқ туберкулёздек симптомсиз кечиши мумкин. Касаллик назоратли флюорографик ёки рентгенологик текширувда аниқланади.

Саркоидоз касалларида хансираш нисбатан кам бўлади. Саркоидозга фақатгина лимфа тугуни ва ўпка эмас, тизимли шикастланишлар – кўз, суяклар, жигар, юрак ва кулоқ олди безини шикастланиши хос. Касалларнинг ўртача  $\frac{1}{4}$  қисмида болдир терисида тугунчали эритема кузатилади. Туберкулинга реакция манфий ёки кам мусбат бўлади. Қонда гиперкальциемия ва гамма-глобулинларни сонини ошиши характерли.

Рентгенологик текширувда кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталашиши билан бирга ўпканинг ўрта ва пастки бўлимларида ўчоқларни кўпроқ тўпланиши аниқланади. Бронхоскопияда бронхларнинг шиллиқ пардасида саркоид гранулёма аниқланиши мумкин.  $Ga^{67}$  изотопи билан сканир қилганда изотопни лимфа тугунларида тўпланиши аниқланади.

*Ўпкада кўп сонли майда ёмон сифатли ўсмаларни метастазлари (карциноматоз)* кўпгина ҳолларда операция бўлган ёки онкологик касалликлар бўйича бошқа даво олган беморларда кузатилади. Аммо, баъзида бирламчи ўсмдан олдин ўпкада метастазлар аниқланади.

Карциноматоз асосан кучли куруқ йўтал ва йўқотиб бўлмайдиган хансирашдек клиник намаён бўлади. Одатда беморни аҳволи ёмонлашиб бораверади. Рентгенологик текширувда барча ўпка майдонида қуюқ майда ўчоқли тарқалиш аниқланади.

Ўчоқларнинг чегараси қўшилиб кетмаган, парчаланишларсиз аниқ ва тўғри бўлади. Туберкулёздан фарқи улар бироз йирикроқ ва мономорф бўлади. Карциноматозга эҳтимол бўлганда ошқазонни, сут безини, буйрақларни, йўғон ичакни, қалқансимон безни, простата безини, ошқазон ости безини жинсий аъзоларни бирламчи ўсмани аниқлаш учун текшириш зарур. Диагнозни тасдиқлаш зарур бўлган ҳолатларда, яхшиси очиқчасига мини-торакотомия йўли билан биоптат олиш керак.

*Силикоз* кўпроқ кониозлар – ўпканинг чангли касалликларига киради. Тарқоқ туберкулёз билан таққослама диагностикада касбий анамнезни ўрни муҳимдир. Тарқоқ туберкулёздан силикозни фарқи, силикоз учун касалликнинг узоқ муддатлили биронхит ва эмфиземалардек клиникаси билан кечиши хос.

*X гистиоцитозли* ўпканинг шикастланиши кўпинча болаларда, ўсимрларда, ёшларда кузатилади. Патологиянинг морфологик асоси гистиоцитлар, эозинофиллар, плазматик хужайралар, ҳамда диффуз интерстициал гистиоцитар яллиғланишдан иборат гранулёмалардан иборат. Ўпканинг рентгенограммасида майда ўчоқли тарқалиш ва кўп сонли бронхлар билан боғланмаган диаметри ўртача 1 см.ли ҳаволи кисталар (“уяли ўпка”) аниқланади. Баъзи бир касалларда X гистиоцитозга хос триада: қандсиз диабет, экзофтальм, емирилган остеолит аниқланади. Кўпинча бир томонлама ёки икки томонлама ҳам пневмоторакс юзага келади.

*Экзоген аллергик альвеолит* патогенези ҳар-хил аллергенларни ўпка тўқимасидаги реакцияси билан боғлиқ. Рентгенологик кўринишига майда тарқоқ ўчоқлар хос. Аммо, йирик ўчоқли тарқоқ туберкулёзга ўхшаб йирикроқ ўчоқлар шаклланиши ҳам мумкин. Аммо, кейинчалик рентгенологик ўзгаришлар тарқлаган жараённинг кечки босқига хос, ўпкада ўчоқларни йўқлиги билан туберкулёздан фарқ қиладиган диффуз фиброз кўриниш устунлигига ўтади.

### **Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёзи.**

**Буйрак туберкулёзи.** Ўпкадан ташқари туберкулёз шакллари ичида буйрак, сийдик йуллари, эркалар танотуберкулёз аъзолари туберкулёзи, скелет суяқлари зарарланишидан

кейинги 2-уринда туради. Буйраклар, сийдик йуллари, жинсий аъзолар туберкулёзини умумий туберкулёздан кейин келиб чикувчи мустакил булмаган жараен сифатида каралади.

**Патогенези.** Сийдик аъзолари туберкулёзи туберкулёз кўзгатувчисининг бирламчи еки иккиламчи гематоген таркалиши натижасида келиб чиқади. Кириш дарвозаси ва бирламчи учок куп холларда ўпкада жойлашади. Қон окими билан кўзгатувчилар буйрак пуслрк қисмига тушади ва пуслрокда майда туберкулёз учокларини хотуберкулёз қилади. Организмнинг каршилиги нормал бўлганда, кўпинча бу учоклар битиб кетади.

**Тасниф.** Буйрак туберкулёзининг бир неча таснифлари таклиф этилган. Улардан энг кулайи жараенни босқичларга булиб урганилган таснифдир:

I-босқич – буйраклар нодеструктив (инфилтратив) туберкулёзи.

II- босқич – илк деструкция – папиллит еки катта булмаган(1см) якка каверналар

III- босқич – чегараланган деструкция – буйракнинг бир сегментида ката улчамли каверна еки поликаверноз туберкулёз.

IV- босқич тотал еки сутотал деструкция (икки сегментнинг поликаверноз туберкулёзи, туберкулёзли полинефроз, буйракнинг охакланиши).

**Таъхис.** Клиник текширув бемор шикоятлари ва анамнез йигишдан бошланади. Утказилган ўпка туберкулёзи, лимфа тугунлари ва суяк туберкулёзи хамда экссудатив плеврит ва бошқалар, буйрак туберкулёзи ташхисини кувватлайди. Туберкулёз билан касалланганлар билан узок алока бор йуклиги ката ахамиятга эга.

**Сийдик-таносил системаси туберкулёзи таснифи.**

Буйрак туберкулёзи таснифи:

1. Клиник – ретгенологик шакллари: Буйрак паренхимаси туберкулёзи .

Буйрак сургичи туберкулёзи (папиллит).

Каверноз туберкулёз.

Туберкулёздан кейинги пиелонефрит.

2.Эпидемиологик характеристика БК+, БК-

3.Буйракнинг функционал холати: функция бузилмаган, камайган, йук.

4.Туберкулёз жараени кечиши характери:

Озик жараени

Буйракнинг ишдан чикиши

Тотал, сегментар, бита косача чандикланиши.

Охакланиши

Буришиши

5.Асоратлар (тошлар, усма, пиелонефрит, амилоидоз)

6.Локализацияси (бита еки иккита буйрак, ягона буйрак: юқори, ўрта, пастки сегмент; бита косача, буйракнинг тотал жарохати).

Сийдик йуллари туберкулёзи: ярали, чандикли пиелонефрит.сийдик пупаги туберкулёзи: ярали, чандикли, рефлюксли ва рефлюксиз микропуфак.

Уретра туберкулёзи: ярали, чандикли.

Простата туберкулёзи: казеоз, учокли, каверноз

Мояк ва мояк ортиги туберкулёзи.

**Сийдик таносил аъзолари туберкулёзи билан касалланган беморларни даволаш.**

**Медикомендоз даво.** Сийдик танотуберкулёз аъзоларитуберкулёзини даволаш принциплари, бошқа аъзолар туберкулёзини даволаш услубидан унчалик ката фаркланмайди. Хамма кайта аникланган беморлар туберкулёзга Карши дори воситаларини комбинацияланган холатда суткалик максимал дозаларда кабул қилиши керак булади.

**Суяк-бўғим туберкулёзи.** Умумий туберкулёзи касалликлари ичида 8-12% ни ташкил этади.

Этиология ва патогенез. Туберкулёз микобактерияларининг бирламчи учокдан гематоген таркалиши натижасида келиб чиқадиган яллигланиш суяк кумигидан бошланади. Кох бактериялари чуккан жойда туберкулёз буртикчаси ривожланади. Бирламчи остит еки туберкулёз остеомиелити ривожланади.



Суяк бўғим туберкулёзининг куп учровчи шакллари: умуртка туберкулёзи (туберкулёзли спондилоартрит), чанок сон бўғими туберкулёзи (туберкулёзли коксит), тизза бўғими туберкулёзи (туберкулёзли гонит);

#### **Клиник кечиши ва ташхислаш.**

Касаллик бошланишида беморлар тез чарчаш ва иштаха пасайишига шикоят қиладилар. Тана вазни камайиши, доимий субфибрил харорат кўзатилади. Туберкулин синамаси бўлганда бу белгилар умумий туберкулёзли интоксикация синдроми билан бирга кўзатилади. Оекларнинг туберкулёзи билан зарарланишда дастлаб оек функцияси бузилади, кейинчалик энгашиганда ва юрганда оғрик кушилади. Беморни курганда Оеклардан бирининг мушаклари атрофияси куринади.

Эрта рентгенологик белгиларга метаэпифиз қисмидаги ўзгартшлар: остеопороз, еригланиш фониди юмшок соя кўринишидаги секвестрлар – «эриетган канд симптоми» мисол булади. Жараенга бўғим кушилганда бўғим ериги аввал кенгади, кейин тораяди. Бўғим тоғайлари тишсимон кўринишда булади.

**Даволаш.** Консерватив даволаш организмга умумий таъсир этувчи ва касаллик кўзгатувчига махаллий таъсир этувчи чора-тадбирларни жамлаштиради. Умумий таъсир қилиши санатор-климактик ва антибактериал даволаш билан, махаллий- ортопедик чора-тадбирлар билан амалга оширилади.

санатор-климактик даволаш учта омилни ишлатишга қаратилган. Булар: катъий режим рационал овқатланиш, аэрогелиотерапия.

Хирургик давога кўрсатмалар:

- Абсцесслар, оқмалар, орқа мия шикастланишлари билан асоратланган ўчоқли жараён;

- Анатомик бутунлик бузилиши ҳамда умуртқалар танаси шикастланиши билан кечадиган умуртқа поғонасининг прогрессияланувчи деформацияси;

Операция турлари: радикал – тикловчи ( касаллик эрта шаклларида- абсцессотомия, некроэктомия, умуртқа танаси резекцияси), реконструктив (ўтказиб юборилган шаклларида), коррекцияловчи (умуртқа поғонасининг деформациясини пасайтириш учун суяк-пластик жаррохлиги-редрессация, шикастланган умуртқаларни олиб ташлаш), даволовчи-ёрдамчи (организмни касаллик билан курашиш учун яхши шароитларни яратиш - умуртқа поғонасининг орқа қисмини суяк пластик фиксацияси, фустулотомия).

**Туберкулёз коксити.** Туберкулёзли оститни преартритик фазасида махаллий бўғим дискомфорт билан кечади, кейинчалик шикастланган сохада, енгил, доимий бўлмаган ва интенсивлиги бўйича ўсиб борувчи оғрик билан кечади. Кам холларда оғрик синдроми сон ва тизза бўғимларига иррадиация беради.

Рентгенологик текширувда суяк деструкцияси тўхташи ҳамда остеопороз камайиши, яъни репаратив жараёнлар ривожланиши аниқланади. Улардан ташқари бўғим суякларида қолдиқли. ўчоқли ўзгаришлар бўшлиқ кўринишида бўлиб, таркиби казеоз масса ёки секвестрлардан ташкил топган бўлади.

**Туберкулёз гонити.** Периартритик босқичда патологик жараён сон эпифизида жойлашади. Асосий клиник белгилари туберкулёз интоксикацияси фониди: юрганда оёқ тортилиши, оқсоқлик кўзатилади. Шуни назарда тутиш керакки оғрик бўлмайди.

Артритик фазасида бўғимда оғрик пайдо бўлади. Ўша соха териси ялтироқ бўғим контури туберкулёзликлашиши билан ифодаланади. Текширувда тизза бўғимини баллотирланиш симптоми аниқланади.

Оёқлар мажбурий холатда тизза бўғимидан буқилган. Оқмалар пайдо бўлиб майда секвестрлар оқиши кўзатилади. Касал оёқни соғлом оёқ билан солиштирганда соннинг бўғим сохаси катталашган, сонни ўзини айланаси эса камайган бўлади. Шикастланган сон тери кавати соғлом сонниқига қараганда қалин бўлади (Александров симптоми).

Рентгенологик текширувда сон ва катта болдир суяги эпифизининг остеопарози ёки уларнинг тўлиқ бузилиши, бўғим ёриғининг торайиши аниқланади.

#### **Даволаш тамойиллари**

Консерватив даво:

- махсус антибактериал терапия; патогенетик даво (ЯҚНДВ, антигистаминлар, антиоксидантлар, витаминлар); хирургик даво; ортопедик даво; физиотерапевтик даво; сан-курорт даво.

**Оқибати.** Суяклар ва бўғимлар туберкулёзи бемор ҳаётини сақлаб қолиш нуқтаи – назаридан хавфсиз ҳисобланади. Аммо суяк -бўғим туберкулёзи беморни ногиронликка олиб келиши мумкин. Агар вақтида текширув ўтказилиб, тўлиқ ихтисослашган комплекс даволаш ўтказилса беморнинг меҳнат қобилияти сақланиб қолиши мумкин.

**Кўз туберкулёзи.** Гематоген кўз туберкулёзининг энг кўп учрайдиган жойи бу- кўз олмаси қаватлари ҳисобланади. Поликлиника ва стационар офтальмологлари кўз туберкулёзига гумон қилинган беморларни вақтида аниқлашга жавобгардир.

**Кўз туберкулёзи диагностикаси.** Туберкулёз жараёнини аниқ текшириш учун патологик кўз ўчоғини гистоморфологик ва микробиологик текширувларни қўллаш керак. Асосий, диагностик информатив мезонлари бўлиб ҳисобланади:

Кўз туберкулёзига офтальмологик картина характерлидир; туберкулинни ( 10 дан 50 ТЕ гача) қилганимизда яллиғланиш жараёнининг авж олиши, яъни ўчоқли реакциянинг бўлиши; тор таъсирли туберкулостатиклар билан тесттерапия қилинганда терапевтик эффектнинг бўлиши.

**Кўз туберкулёзини даволаш.** Беморга кўз туберкулёзи ташҳиси тўғри қўйилгандан сўнг этиотроп узоқ муддатга, интенсив, комплекс патогенетик терапия назорат остида даволанади. Шуни назарда тутиш керакки, охириги пайтда кўз туберкулёзи аниқланган беморларни асосий даволаш курси 9-12 ойгача тавсия қилинган.

Асосий химиотерапия курси тугатилгандан сўнг кўрсатмага қараб мавсумли курс тавсия этилади. Клиник кўринишининг оғирлигига кўра беморда даволашни 2 та категорияга ажратилади.

Туберкулин синамасини қўйишга қарши кўрсатма бўлса флуоресцент ангиография, кўз ёш кристаллография қўллаш мумкин.

### **Хулосалар**

- 1.Кўз туберкулёзи бор беморларни аниқлаш, диагностикаси ва даволаш сифатини ошириш учун офтальмологлар билан бирга фтизиатрлар қўшилиб даволашни олиб бориш лозим. Кўз туберкулёзи бор беморларни вақтида аниқлаш учун окулистда фтизиатрик сезгирлик бўлиши ва шу касалликнинг характерли белгиларини билиши керак.
- 2.Кўз туберкулёзига гумон қилинган беморлар поликлиника ва стационарларда офтальмологлар томонидан ҳар кўнги иш жараёнида аниқланади. Натижада хавфли “поликлиник” гуруҳ шаклланади.
- 3.Умумий даволаш статционар окулистни тактикаси беморларни текширувлар натижасига боғлиқ: кўз туберкулёзига оид характерли офтальмологик белгилар аниқланса беморни шу яқин вақт ичида туберкулёзга қарши диспансерга ташҳисни аниқлаш учун йўлланма берилади.
- 4.Кўзнинг туберкулёзи этиологияли касаллигида верификацияни туберкулёзга қарши шифохонадаги окулистлар ҳал қилади. Кўзнинг гематоген ва туберкулёз аллергик касалликларни қиёсий ташҳислаш зарур, чунки даволаш ва диспансеризация характерига кўра фарқланади.
- 5.Кўзнинг гематоген туберкулёзли беморларни фтизиоофтальмологлар томонидан даволанади.
- 6.Умумий шифохона офтальмологи кўз туберкулёзи асоратида лазеръ микрожарроҳлик амалиётини бажаради. Буни фтизиоофтальмологлар билан келишиб жарроҳликдан олдинги ва кейинги туберкулёзга қарши даволашни ривожлантиради.

Кўз туберкулёзи бор беморлар тузалганидан сўнг яшаш жойидаги умумий даволаш стационарлардаги офтальмолог назорати остида бўлади.

**Тери туберкулёзи.** СМБ нинг (Кох бактерияси) терига кириши ва натижада юзага келадиган тери шикастланишининг турли гуруҳ клиник кўринишларидир. Терига ёки оғиз шиллик қаватига кўзғатувчи кўпинча ички органлар туберкулёз ўчоғидан қон ёки лимфа орқали келади (икқиламчи туберкулёз). Тери туберкулёзи ривожланишига қуйидагилар олиб келади: гормонал дисфункция, асаб системаси ҳолати, астения, инфекция касалликлар ва б.

**Терининг люпоидли туберкулёзи** (туберкулёзли ёки оддий сўгал) кўпинча 5-15 ёш болаларда, кам ҳолларда қарияларда учрайди. Узоқ муддат ва кучли кечиши билан характерланади. Зарарланиш юз соҳасида, баъзан шиллиқ қаватлар шикастланиши билан бирга келиши мумкин. Терида нўхатдек, оғриқсиз, юмшоқ консистенцияли, оч-қизил рангдаги дўмбоқча пайдо бўлади (люпома).

**Коллигатив тери туберкулёзи (скрофулодерма)** – энг кўп учрайдиган тери туберкулёзининг шакли. Болаларда, ўсмирларда ва ёши катталарда учрайди. Тери ости клечаткасида ҳар хил катталиқдаги чуқур жойлашган, хамирсимон консистенцияли, кўкиш рангдаги бироз оғриқли тугунлар пайдо бўлади.

**Индуратив тери туберкулёзи**. Кўпинча 16-40 ёш аёлларда локализацияси симметрик болдирда. Дерма чуқур қаватида ва тери ости клечаткасида зич тугунлар хотуберкулёз бўлиб, устидаги тери секин- аста пушти-кўкиш рангга киради. Тугунлар ёрилиб, яралар хотуберкулёз қилади, секин битади, ўзидан кейин туберкулёзлик чўзилган чандиқ из қолдиради. Бу касаллик қайталанишга мойил бўлиб, кўз ва қиш мавсумларида қайталади.

**Папулонекротик тери туберкулёзи** кўпинча қизларда ва ёш аёлларда учрайди. Елка терисида, болдир, сон кам ҳолларда тана ва юз терисида хотуберкулёз бўладиган зич, ярим шарсимон, катталиги нўхатдек пушти-кўкиш рангдаги тугунлар жойлашади. Тугун марказида некроз ўчоғи бўлиб, секин қурийди ва кулранг қипиқланиш хотуберкулёз қилади. Битгандан кейин ботуберкулёзган “штампланган” чандиқ қолдиради. Касаллик кўз-қиш ойларида рецидивланишга мойил.

**Лихеноид тери туберкулёзи**. Ўпка туберкулёзи ва лимфа тугунлари зарарланган болалар ва ўсмирлар касалланади. Одатда кўкрак қафаси, орқа, қорин ва тананинг ён қисмлари терисида майда гуруҳлашган, усти енгил кўчадаган қипиқлардан ташкил топган дўмбоқчалар хотуберкулёз бўлади. Битгандан кейин пигментация, баъзан нуқтали чандиқ қолдиради.

**Анатома сўгали** (сўгалли туберкулёз, прозектор сўгали, сўгалли тери туберкулёзи). Бу инфекция билан зарарланган одамлар қайта ташқаридан инфицирланиши натижасида келиб чиқади.

**Туберкулёз ташҳисини** анамнезига, клиник ўзгаришларига, бошқа органлар зарарланиши, мусбат туберкулин синамаси, яралар ўчоқлардан СМБ аниқланишига асосланган ҳолда қўйилади. Оғир ҳолларда терини патологик текширилади, ҳайвонларда экспериментал эмлаш ўтказилади ва синаш учун даво ўтказилади.

**Даволаш** туберкулёзга қарши терапия умумий принципларга таянган ҳолда ўтказилади. Одатда комплекс даво ишлатилади. Бу стрептомицин, фтивазид, рифампицинни ўрта терапевтик дозада берилади. Битта асосий ва иккита рецидивга қарши даволаш курси ўтказилади. Асосий курс давомийлиги 6 ой, рецидивга қарши 3 ой. Курслар орасидаги интервал 4-6 ойни ташкил қилади.

**Оқибати** кўп ҳолларда яхши.

**Профилактика** туберкулёз билан бир хил.

**Чарви лимфа тугунларининг туберкулези.**

Чарвининг туберкулез билан зарарланиши (мезаденит) – қорин бўшлиғида учровчи (абдаминал) туберкулезнинг асосийси бўлиб ҳисобланади.

**Патогенез ва патологик анатомияси.** – туберкулез мезаденити болалар ва ўсмирларда бирламчи туберкулез каби ривожланиши мумкин ва иккиламчи туберкулез каби катталарда ҳам ривожланиши мумкин. Чарви лимфа тугунларининг асосий зарарланиши йўли бу - лимфоген йўлдир.

**Клиник кечиши.** туберкулез мезаденитининг клиник намоён бўлиши рангбаранглиги билан ажралиб туради. Касалликнинг клиник кечиши ўткир ва сурункали бўлиши мумкин.

Ўткир кечишида қоринда ўткир оғриқ, кўпинча киндик ва ўнг ёнбош соҳасида учрайди. Оғриқ интенсив бўлиши мумкин ва «ўткир қорин» га шубҳа уйғотади.

Туберкулез мезадентининг сурункали тури тўлқинсимон кечиш, қайталаниш ва рамиссия даври билан алмашилиб туради. Қорин соҳасидаги оғриқ одатда ингичка ичак тутқичи проециясига мос ҳолда тарқалади. Иштаҳа пасайиши, эпизодик ҳолда кўнгил айнаши, қусиш, ич келишининг бузилиши кузатилади.

**Қорин парда туберкулези** – туберкулезнинг кам учрайдиган тури бўлиб, асосан ёш аёлларда учрайди.

**Патологик анатомияси ва патогенези** - қорин парда туберкулези билан яллиғланиш гематоген –диссемиранган туберкулез ёки қорин бўшлиғи азолари туберкулези асорати ҳисобига ҳосил бўлиши мумкин. Жуда кам ҳолатларда қорин парда туберкулези мустақил ривожланиши мумкин.

**Қорин парда туберкулезининг** қуйидаги шакллари фарқланади: экссудатив, пластик ва ярали.

Экссудатив шаклида қорин бўшлиғида сероз, сероз-йирингли ёки геморрагик суюқлик бўлади. Сероз суюқлик қолдиғида лимфоцитлар учрайди. Қорин парда кенгайган, гиперемияланган, кўпгина дунглик ёки казеоз пиллакчалар билан қопланган. Оғир ҳолатларда қорин пардада яраланиш кузатилади. Қорин бўшлиғидаги суюқликдан суртма тайерланиб, микроскоп остида кўрилганда туберкулез таёқчалари аниқланди.

**Клиникаси.** Клиникасида беморнинг қорин соҳасида қисман захарланиш ҳисобига оғрик, диспептик бузилишлар, метеоризм, ичак перисталтикасини ошиши (ўткир ичак тутилиши) кузатилади. Қорин парда туберкулезининг экссудатив шаклида суюқлик ҳажми ортиши ҳисобига қорин катталашади.

Пластик шаклида қорин ўртача шишган, асимметрик, баъзан кўтарилган бўлади. Қорин пальпация ва перкуссия қилинганда қорин деворида оғрик юзага келади. Бемор ҳолатининг ўзгариши билан қорин соҳасидаги суюқлик ҳам ўз жойини ўзгартиради, бу ундуляция симптоми.

**Диагностика.** Қорин парда туберкулезида қорин бўшлиғидаги суюқликда туберкулез таёқчалари камдан кам ҳолларда топилади. Агарда иммунфермент усули орқали суюқлик текширилса, кўп ҳолларда экссудат таркибидан туберкулез таёқчаси антителалари топилади.

**Ичак туберклёзи.** Ичак туберклёзи одатда авж олиучи упка туберклёзи, қорин ички минфатик тугунлари ёки бошқа органлар натижасида келиб чиқади. Базан ичак туберклёзи тарқалган тарзда учрайди. Бунақа ҳолатларда ичак туберклёзи диагнозини кўйиш бир қанча қийинчилик туғдиради.

**Патогенез ва патологик анатомияси.** Ичак туберклёзи бирламчи туберклёзнинг лимфоген тарқалиши орқали мезинтериал лимфатик тугунларининг зарарланиши билан тушинтирилади. Упканинг деактруктив туберклёзи бор беморлар узидан чиққан балгамни ютиш орқали ичак туберклёзини келтириб чиқаради. Гемотаген ва минфа гемотаген ичак деворига МБТ тушиши иккиламчи туберклёз учун унчалик аҳдмиятли эмас.

**Клиникаси.** Касалликни эрта вақтида беморда шикоятлар булмайди. Туберклёз интоксикациясидан кейин умумий симптомлари кузатилади. Қорин соҳасида тез-тез оғриклар кейинчалик оғрикни ун ёнбош соҳага утиш билан характерланади. Кузиш даврида кунгил айниши ва қайд қилиш кузатилади.

**Ташхис.** Ошқозон ичак трактини рентгенологик ва эндоскопик текшириш керак. Туберклёз билан зарарланган ичак ва тулиш дефисти қовузлокнинг этоник кенгайиши аниқланади. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак туберклёзни аниқлашда гастродуоденоскопия (биопсия билан) қилинади.

**Амалий машғулот №6:**

**Мавзу номи:** Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган туберкулези. Ўпка туберкуломаси.

**Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Ўпканинг ўчоқли ва инфилтратив сили.
	3. Ўпканинг ўчоқли ва инфилтратив сили клиник кечиши, рентген кўриниши, даволаш.

	4.Ўпка туберкулёмаси. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга ўпканинг ўчоқли ва инфилтратив сили, ўпка туберкулёмаси тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, ўпка туберкуломаси тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат. <b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, ўпка туберкуломаси тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич	Амалий қисм бўйича билим	Ечадилар

40 дақиқа	даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Ўйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

### ***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

#### ***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

#### ***Талаба бажара олиши керак:***

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

#### **Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар**

1. Ўпканинг ўчоқли, инфилтратив сили ва ўпка туберкулёмаси ривожланишининг патогенетик ва иммунологик асослари.
2. Жойлашиши ва кечишига кўра инфилтратларнинг қандай клиник турлари фаркланади?
3. Туберкулеманинг қандай патогенетик турлари фаркланади?
4. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ клиник вариантларига изох беринг.
5. ЎЯТ ва ЎТ қайси хусусиятлари ўпка тўқимасининг емирилиши ва каверналар ҳосил бўлиши билан боғлиқ?

6. Янги хосил бўлган каверна девори қандай қаватлардан иборат?
7. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ лаборатор теширишлар: қон ва сийдикнинг умумий тахлили, балғамни МБТга текшириш, биохимик маълумотларга изох беринг.
8. ЎЎ,ЯТ ва ЎТда туберкулин синамаларини ( 2ТБ билан ўтказилган Р Манту ва Кох синамаси) баҳоланг.
9. ЎЎ,ЯТ ва ЎТда қандай рентгенологик ўзгаришлар кузатилади?
10. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ қандай асоратларини биласиз?
11. Ташхисни ифодалаш ва асослаш, қиёсий ташхислаш.
12. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш ҳамда жаррохлик даволашга зарурият.

### **Ўпканинг ўчоқли сили**

Ўпканинг ўчоқли сили – шартли клиникоморфологик тушунчалар тўпланган туберкулёзнинг клиник шаклидир. Унга туберкулёз этиологияли ҳар-хил патогенезлар, ҳар бир патологик хотуберкулезанинг диаметри 12 мм.дан ошмаган, яъни ўпка бўлакчасининг кўндаланг ўлчамидан катта бўлмаган морфологик ва клинко-рентгенологик кўринишлар таллуқлидир. Ўпканинг *янги* ва *сурункали* ўчоқли туберкулёзи фарқланади. Бундай бўлиниш даволаш тактикасини ва кузатув давомийлигини аниқлаш мақсадида қилинган.

Патогенези ва патологик анатомияси. Янги ўчоқли туберкулёз – илгари ТМБ билан инфекцияланган ва инфекцияни бирламчи даврини ўтказган одамдаги иккиламчи туберкулёзни энг эрта бошланғич шакли.

А.И. Абрикосов (1904) патологоанатомик текширганда, иккиламчи туберкулёзда биринчи морфологик ўзгариш ўпканинг юқори бўлагидаги чўққи бронхининг майда субсегментар шохчасида пайдо бўлишини такидлаган. Патологик жараёнга орқа сегментар бронхнинг охириги шохчалари ҳам қўшилиши мумкин. Баъзида пастки бўлакни чўққи бўлимини субсегментар бронхи шикастланиши мумкин.

Ўчоқли туберкулёзда яллиғланиш реакцияси сурункали кечишга айланиши мумкин. Бундай ҳолатда ўчоқдаги актив яллиғланиш белгиси репарация ходисаси билан бирга келади. Аста секинлик билан алоҳида ўчоқлар атирофида фиброз ёки гиалин капсула шаклланади – бу *Ашофф – Пул ўчоғи*. Туберкулёз ўчоғининг секин инволюцияси ва касалликнинг сурункали кечиши ўпканинг сурункали ўчоқли туберкулёздан янги туберкулёз ўчоқларига айланади.

**Клиник кўриниши.** Кўпгина янги ўчоқли туберкулёз касалларида тез чарчаш ва иш қобилиятининг пасайиши, иштаханинг пасайиши, тана вазнинг бир мунча йўқолиши содир бўлади. Таъсирчанлик, камроқ терлаш ҳам бўлиши мумкин. Куннинг иккинчи ярмида баъзида тана ҳарорати субфебрилгача кўтарилиши мумкин. бу ўзгаришлар туберкулёз интоксикациясига таллуқли.

**Диагностика.** Ўчоқли туберкулёзнинг диагнози касалликнинг яққол клиник ва лаборатор белгилари бўлмагани учун кўпинча қийинчилик туғдиради.

*Туберкулиндиагностикаси* (2ТБ билан Манту синамаси) ўчоқли туберкулёз касалларида туберкулёз жараёнини активлигини тахмин қилиб бўлмайди. Ўчоқли туберкулёзда 2 ТБ ни тери ичиқа киритганда жавоб реакцияси кўпинча кам ифодаланган, яъни нормергик бўлади.

Ўчоқли туберкулёзда (*ташқи нафас функцияси*) *ТНФ* одатда бузилмайди. Ўпка паренхимасини шикастланиши ҳисобига эмас, балки интоксикация ҳисобига баъзи беморларда нафас функцияси бузилиши мумкин. Интоксикацияда тахикардия, артериал босимни лабиллиги кузатилиши мумкин.

**Таққослама диагностика.** Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи одатда назоратли флюоро- ёки рентгенографияда аниқланади. Рентгенологик суратни баҳолашда кам симптомли клиник кечиши, шикастланишнинг юқори бўлакда жойлашиши, энди пайдо бўлган ва зич (эски) ўчоқлар, ўпка тўқимасидаги фиброзлар ҳисобга олинади. Бу белгилар ўзига хос ҳисобланади, бироқ, ўчоқли туберкулёз учун патогномоник белги эмас. Ўчоқли туберкулёзни ўпканинг периферик раки ёки яхши сифатли ўсмаси, носпецифик ўчоқли зотилжами, замбруғли шикастланишлари билан таққослаш зарур.

Ўчоқли туберкулёзни рентгенологик сурати ўпка ўсмаси – *периферик рак* ёки кўпинча, яхши сифатли хотуберкулезаларга ўхшаш бўлиши мумкин. Майда бронхлар раки ва бронхоалвеоляр рак эрта босқичида ўпканинг барча қисмида, чўққисида ҳам ўчоқли сояланишлар пайдо қилиши мумкин.

**Ўчоқли туберкулёзни ўчоқли зотилжам, периферик рак ва яхши сифатли ўсма билан таққослама диагностикаси.**

Белгилар	Ўчоқли туберкулёз	Ўчоқли зотилжам	Периферик рак	Яхши сифатли ўсма
Ёши, жинси	Катта, кўпинча эркаклар	Ёшга ва жинсга боғлиқ эмас, кўпинча совуққотишдан кейин	Кўпинча 40 ёшдан катта эркаклар - чекувчилар	Ёшга ва жинсга боғлиқ эмас
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган	Ўзгармаган	Метастазланганда катталашган	Ўзгармаган
Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Кўпинча кам симптомли, секин-аста	Ўткир, секин-аста, ривожланувчи	Кўпинча яшрин, секин-аста, ривожланувчи	Кўпинча узок муддат яшрин, секин ривожланиши мумкин
Рентгенологик белгилари	Гуруҳли ўчоқли сояланишлар (баъзида полиморф), кўпинча I, II, VI сегментларда; маҳаллий пневмофиброз бўлиши мумкин	Кам интенсивликдаги гуруҳли сояланишлар, кўпинча VII, IX, X сегментларда, ўпка расми кучайган, тўғри давода тез сўрилади	Ўчоқли соялар кўпинча III, IV, V сегментларда; метастаз берганда периферик лимфа тугунлари катталашган; маҳаллий ўпка сурати кучайган бўлиши мумкин	Ўчоқли соялар ўзгармаган фонда кўпинча III, IV, V сегментларда;
Бронхоскопия	Нормада, баъзида чандиқли ўзгаришлар	Шиллик пардада ривожланган гиперемия, бронх йўлида шиллик-йирингли ажралма	Кўпинча нормада; баъзида лимфа тугунларига метастаз берганда деворни бўртиши	Нормада
Балғамни бактериологик текшириш	Баъзида ТМБ+	Носпецифик микрофлора, ТМБ -	ТМБ -	ТМБ -
Бронхиал жисмни морфологик текшириш	Нормада	Нейтрофилларни, плазмоцитларни, эозинофилларни ошиши	Ўсма ҳужайралари	Нормада
Туберкулинга сезгирлик	Гиперергик ёки нормергик	Кам мусбат ёки манфий	Кам мусбат ёки манфий	Кам мусбат ёки манфий

Ўчоқли туберкулёз беморларида кўпинча ўзини ёмон ҳис қилишида *тиреотоксикоз* ёки *вегето-томир дистонияси* аниқланади. Бундай ҳолатларда, туберкулёздан фарқи баъзида диагностика мақсадида ҳароратни туширувчи ва туберкулёзга қарши препаратлар буюрилганда субфебрил ҳароратни монотон ва доимий туриши билан фарқланади. Таққослама диагностикада ҳал қилувчи рол бўлиб ўпканинг рентгенологик ва бронхиал жисмларни текшириш ҳисобланади.



## Ўпканинг яллиғланган сили

Силнинг бу шакли ўпка тукумасининг махсус юкори сезувчанлиги ва яллиғланиш соҳасида эксудатив тукума реакциясининг кучайши асосида ривожланади.

Яллиғланган туберкулезнинг клиник-морфологик хусусияти ўпкаларнинг таркалган жарохатланиши ва туберкулез жараёнининг тез авжланиб боришига мойиллигидир.

Яллиғланган туберкулез билан асосан катталар, купинча ёши катта булмаган касалланадилар. Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиш эхтимоли туберкулезнинг эрта шакллари аниқлашни ёмон ташкил этиш натижасида ошади.

Инфилтратларнинг куйидаги клиник-рентгенологик турлари фаркланади:

- *бронхолобуляр*;
- *булутсимон (сегментар, полисегментар, перисциссурит)*;
- *юмалок инфилтрат*;
- *лобар инфилтрат (лобит)*.

**Патогенез ва патологик анатомия.** Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиши учокли туберкулезнинг авжланиши – юмшок учоклар ёки эски туберкулез учоклари атрофида яллиғланиш соҳасининг тез ортиб бориши билан боғлиқ. Перифокал яллиғланишнинг таркалиб бориши ўпка тукумасидаги специфик жарохатланиш хажмининг кенгайиши ва жараён характерининг сифат жихатдан узгаришига олиб келади – туберкулезнинг учокли шакли яллиғланган шаклига айланади.

Туберкулез инфилтрати кенг перифокал яллиғланиш соҳасига эга булган янги ёки эски туберкулез учоклар комплексидан иборат булади.

Инфилтратлар купинча I, II ва VI сегментларда, яъни одатда туберкулез учоклари учрайдиган ўпка соҳаларда жойлашади.

Специфик яллиғланиш ўпка булакчасидан ташқари соҳаларга таркалиб, жарохатланишнинг умумий хажми орта боради. Шу йул билан *бронхолобуляр инфилтрат* шаклланади. Яллиғланиш реакциясининг якколлилиги ва кейинги динамикаси иммунологик реактивлик ва микроб популяциясининг узиш темпига караб узгариб боради.

Перифокал яллиғланиш «спленопневмония» характерига эга булади. У хужайра таркибининг камлиги ва специфик яллиғланиш белгиларининг кучсиз ривожланганлиги билан ажралиб туради. Альвеолалар асосан полинуклеарлар ва кам сонли макрофаглардан ташкил топган тукума суюклиги билан тулган булади. Туберкулез жараёни ўпканинг куп сегментларини тез орада жарохатланишига яккол мойиллик билан кечади (*булутсимон инфилтрат*).

Патологик жараёнга деярли бутун ўпка булагининг кушилиши ва бу ерда купгина парчаланиш бушлиғларини ҳосил булиши *лобит* шаклланганидан дарак беради. Инфилтратлар ривожланиш хусусиятларига караб асосан шаклланиш даврида фаркланадилар. Кейинчалик хар хил инфилтратлар орасидаги тафовут деярли йуқолиб боради.

Локализацияси ва ўпка тукумасининг жарохатланиш хажмига караб одатда икки-уч ўпка булакчаларини эгаллайдиган *бронхолобуляр инфилтрат*, битта сегмент соҳасини эгаллайдиган – *сегментар*, ҳамда *полисегментар*, ёки *булак* инфилтратлари фаркланади. Асосий ёки булаклараро плевра вараги буйлаб ривожланажиган инфилтратлар *перисциссурит* деб аталади.

**Диагностика.** Яллиғланган туберкулез ташҳиси унинг кечиш хусусиятларига караб куйилади. Одатда, беморлар касалликнинг бошланишини пайкамайдилар. Улар юкори тана хароратини яхши кутара оладилар, касалликнинг клиник белгиларини огирлигига баҳо бермасликка мойил булиб, умуман кам шикоят киладилар. Купинча беморлар касалликнинг биринчи белгиси деб аслида туберкулез жараёнининг хатарли асорати ҳисобланган кон туфлаш деб ҳисоблайдилар ва шу муносабат шифокорга мурожат киладилар.

Бронхолобуляр ва юмалок инфилтратли беморларда ажралаётган микобактериялар микдори унчалик куп эмас ва бактерия ажралиши купинча люминесцент микроскопия усули ва/ёки

экиш оркали аникланади. Булутсимон инфильтрат, айникса лобитда купгина парчаланиш сохалари пайдо булишига мойиллик булади, шунинг учун бактерия ажралиши **массив** булади.

Яллиғланган туберкулезда балгамни культурал йул билан текшириш бактериологик диагностиканинг зарурий кисми хисобланади. У аникланган микобактерияларнинг кайси турга оидлигини ойдинлаштириб колмасдан уларнинг химиопрепаратларга сезувчанлигини текшириш имконини хам беради.

*Рентгенологик текширув* инфильтратнинг клиник-рентгенологик тури ва жарохат хакида айрим маълумотларни аниклаш имконини беради.

Бронхолобуляр инфильтрат одатда ўпка майдонининг кортикал каватида, купинча I, II ёки IV сегментларда, асосан кам интенсивли, диаметри 3 см.гача булган, чегараланган сояланиш (фокусли соя) мавжудлиги билан характерланади. Инфильтрат **полигонал** шаклга эга булиб, ўпка илдизи томон чузилган ва ташки контурлари ноаник булади. Компьютер томографик текширув атрофида инфилтрат шаклланган майда бронхнинг булиниши ва **ёригини** аниклаш имконини беради.

Айрим холларда бронх ёриги зич казеоз массалар билан тулган булади. Томограммада бронхолобуляр инфильтрат купинча перифокал яллиғланиш сохаси билан уралган, зич ёки озрок зичликка эга булган бир нечта майда учокларнинг конгломерати куринишида булади.

Юмалок инфильтрат чегараланган (фокусли), юмалок шаклдаги, урта интенсивли аник куришиб турадиган, лекин чегарали ноаник сояланиш куринишида намоён булади. Олд прекцияда олинган **обзор** рентгенограммада сояланиш купинча умров остида жойлашади (Ассман-Редекер инфильтратининг классик тури). Сояланишнинг медиал кисмидан ўпка илдизи томон яллиғланган йулча тортилган булиб, унда айрим холларда дренажловчи бронхнинг **проекцияси** аникланади («теннис ракеткаси» симптоми).

Сояланишнинг ташки контури яккол чегарага эга булмаган холда атрофдаги ўпка тукумасида худди эриб кетгандек йуколиб кетади. Булутсимон инфильтрат булаклараро плевра буйлаб жойлашганда (перисциссурит) учбурчаксимон шаклга якинлашади. (Сержан учбурчаги).

Ёнбошдан олинган проекцияда сояланишнинг шакли учбурчаксимон булади.

КТ да лобит айрим холларда яхлит, деярли **бир хил (жинсли)** зичлашган ўпка булагии холида куринади. Жарохатланган булакда **деформацияга** учраган ва кисман казеоз массалар билан обтурацияланган бронхлар, хамда бир канча кичик ва урта диаметрдаги парчаланиш бушлиглари аникланади. Бундай жарохатланагн ўпка булагини айрим холларда асалари ини ёки ноннинг магзига киёсланади.

**Таккослама ташхис.** Яллиғланган туберкулезни купинча носпецифик **зотилжам** (пневмония), ўпканинг периферик раки, эозинофил инфильтратлар, пневмокониозлар, ўпка инфаркти ёки **зотилжам** билан асоратланган ателектаздан **таккослама ташхислашга** тугри келади.

Таккослама ташхислаш мобайнида яллиғланган ўпка туберкулезга хос бир катор умумий белгиларни инобатга олиш керак. У СМБ билан анча илгари зарарланиб, купинча охаклашган учоклар, петрификатлар, фиброз узгаришлар каби туберкулезнинг колдик узгаришлари мавжуд шахсларда ривожланади.

Рентген тасвирда туберкулез инфильтратининг сояси бир жинсли булмайди (**неоднородная**), атрофдаги ўпка тукумасида лимфоген ва бронхоген таркалиш учокларини, аксарият холларда периваскуляр ва перибронхиал хамда фиброз узгаришлар туфайли ўпка илдизи томон «йулча» тортилганлигини аниклаш мумкин. Туберкулез инфильтрати бактериал ва вирус этиологияли зотилжамга караганда секинрок, лекин усма ва замбуруг табиатли зотилжам жараёнига караганда тезрок ривожланиш хусусиятига эга. Яллиғланган туберкулез ташхисини тасдиклашда бактериологик текширувнинг ахамияти катта.

*Носпецифик пневмониянинг* бошланиши яллиғланган туберкулездан фаркли равишда уткир булиб, тана хароратининг тезда 39-40<sup>0</sup>С гача ошиши, бош огриши, калтираш, адинамия, курак кафаси ва бугимларда огрик каби белгилар билан кузатилади. Купинча юкори нафас йуллари зарарланади. Беморлар курук ёки шиллик характерли балгамли йуталга шикоят киладилар.

Рентгенологик текширувда купинча ўпканинг пастки булимларида туберкулезга караганда **бир жинсли (однородная)**, ноаник контурли инфилтрат сояси аникланади. Ўпка расми кучайган ва деформацияга учраган.

Ўпка булагининг интенсив ва нисбатан гомоген сояланиш билан кузатилувчи ва плевра вараги томонидан жавоб реакция билан намоён булувчи *лобар зотилжамдаги* рентгенологик манзара булутсимон ёки лобар туберкулез инфилтратига ухшаш булади.

Белги	Яллиғланган туберкулез	Носпецифик зотилжам	Марказий рак	Периферик рак.
Ёши, жинси	Катталар, асосан эркаклар.	Ёш ва жинсининг ахамияти йук.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган.	Ўзгармаган	Метаэтаз руй берганда катталашади	Метаэтаз руй берганда катталашади
Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Аста-секин, авж олиб борувчи, купинча интоксикация синдромининг устунлиги билан	Ўткир, кам холларда аста-секинлик билан, авж олиб борувчи, яккол интоксикация ва ўпка жарохатланиш симптомлари устунлиги билан, лаб ва буруннинг герпеси	Аста-секин, авж олиб борувчи, бронхит белгиларнинг устунлиги билан	Яширин ёки аста-секин авж олиб борувчи.
Рентгенологик белгилар	Купинча ўпканинг I, II, VI сегментларида жойлашган бир жинсли булмаган ( <b>неоднородная</b> ), чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, ўпка илдизи томон йулчанинг мавжудлиги, бронхоген таркалиш учоглари.	Купинча ўпканинг VIII, IX, X сегментларида жойлашган нисбатан бир жинсли (гомоген) чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, адекват терапия натижасида тез орада сурилиши кузатилади.	Ўпка илдиз ёки илдиз олди сохада чегараланган сояланиш аникланиб унинг атрофидаги ўпка суратининг локал кучайиши ёки деформацияси; бронх утказувчанлигининг бузилиши белгилари, лимфа тугунларининг катталашганлиги.	Купинча ўпканинг III, IV, V сегментларида жойлашган чегараланган сояланиш; ўпка суратининг локал кучайиши мумкин; мтатаэтаз руй берганда регионар лимфа тугунларининг катталашганлиги
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, айрим холларда чандикли узгаришлар.	Диффуз эндобронхит, бронх бушлигида шиллик-йирингли	Эндо-ёки перибронхиал усётган усма; бронх харакатчанлигининг бузилиши, бронхнинг	Меъёрида.

		секрет мавжуд.	ташкардан эзилиши.	
Балгамни бактериологик текшириш	Купинча СМБ+	Носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-
Туберкулинга сезувчанлик	Гиперергик ёки нормергик	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий
Бронх йуллари сакламасини морфологик текшириш	Айрим холларда эластик толалар, лимфоцитлар сонининг куплиги	Нейтрофиллар, плазмоцитлар, эозинофиллар сонининг ошиши	Капинча усма хужайралари	Айрим холларда усма хужайралари

Яллиғланган туберкулез ва *периферик ракни* таккослама ташхислашда чекиш давомийлиги, касбий зарарли одатлар, рецидивланувчи бронхит ва зотилжамлар, илгари туберкулезни бошдан утказганлиги ва унинг колдик узгаришлари мавжудлигига ахамият бериш керак. Периферик рак узок вақт клиник алоамтларсиз кечиши мумкин.

Хаттоки айрим холларда диаметри 5-7 см ва ундан катта булган юмалок периферик усмалар тусатдан флюорографик ёки бошка рентгенологик текширув усулида аникланади. Бундай холларда илгари рентгенологик текширувлар утказилганлиги ва аввалги суратлар мавжудлиги суриштирилади. Эски ва янги рентгенограммаларни таккослаш жараённинг динамикада узгариши хакида маълумот беради.

Усма соясидан плевра вараги ва ўпка тукумаси томон йул тортилган булади, «усма тожи». Периферик раkning клиник белгилари усма парчаланиши бошлаганидан, йирик бронхларни сикиши ва уларни ҳамда кукрак кафасини эзиши, метастаз беришидан кейингина намоён булади. Бунда периферик раkning рентгенологик куриниши марказий раkningга ухшаб кетади. Жумладан гиповентиляция белгилари – «елкан симптоми».

Ўпка чуққисида жойлашган усма плевра варагига, ковургаларнинг орка кисмларига, умурткаларга, елка нерв чигалига, симпатик узанга тезда (**купол**) усиб киради. Бунда клиник *Пенкост триадаси* кузатилади: елкадаги кучли огриклар, кул мушакларининг атрофияси, *Горнер синдроми*.

*Эозинофилли зотилжам* хар хил аллергенлар таъсирида ривожланади ва уткир, уткир ости кечиши ёки хеч кандай клиник белгиларсиз тасодифан рентгенологик текшириш вақтида аникланиши мумкин.

### Казеоз зотилжам

Казеоз зотилжам туберкулезнинг огир шиклларида бири хисобланади. У илгари соглом инсонда мустакил равишда иммунитетни бирдан пасайиб кетиши натижасида ёки туберкулезнинг бошка шакллари хатарли асорати сифатида ривожланиши мумкин.

Охирги йилларда казеоз зотилжам биринчи бор аникланган туберкулез беморлари орасида 3-5%ни ташкил килмоқда.

**Патогенез ва патологик анатомия.** Казеоз зотилжамнинг пайдо булиши СМБларининг яккол кузатилувчи иммунодефицит холатида ўпка тукумасида интенсив купайиши билан боғлиқ. Иммунодефицитнинг характерли белгиларидан булиб апоптозга юкори моиллик тугдирувчи фагоцит хужайралари ва лимфоцитларнинг метоболик тургун эмаслиги хисобланади. Бундай хужайраларнинг функционал потенциали яккол пасайган ва улар эффектив хужайралоараро муносабга кодир эмаслар.

## Казеоз зотилжамнинг патогенези.



**Клиник манзара.** Одатда казеоз зотилжам уткир бошланади. Жарохат соҳасида казеоз-некротик массалар ҳосил булаётган бошлангич даврда интоксикацион синдром устун туради. Бемор рангпар булиб жарохат соҳаси томонида ёнокларнинг кизарганлиги куриш мумкин. Тана харорати 38-39 °С гача ошади. Калтираш, холсизлик, кучли терлаш, хансираш, иштаҳанинг кескин пасайиб кетиши, диспепсик бузилишлар пайдо булади. Йутал асосан қурук булиб, айрим холларда кийин ажралувчи кам балгамли булади. Йутал нам, куп микдордаги балгамли булади. Беморларни кукракдаги огриклар безовта килади. Балгамда кон лахталари пайдо булиши мумкин. Хансираш кучаяди (1 дақиқада 40 тагача нафас), акроцианоз ривожланади. Нотугри типдаги гектик тана харорати, кахексия кузатилади.

**Диагностика.** Казеоз зотилжамнинг ташхиси беморни клиник, лаборатор ва рентгенологик текширувига асосланади. Иммунодефицит ҳолатининг мавжудлиги ва ўпкада

туберкулез этиологияли яллигланиш эхтимоли юкорилилигини тасдикловчи анамнез маълумотларига асосий эътиборни қаратиш керак.

Касалликнинг 1-хафтасида беморлар деярли балғам ажратмайди. Бронх ювиндисини *бактериологик текшируви* касаллик кузгатувчисини аниқлай олмайди, чунки жарохатланган ўпкада хали парчаланиш бушлиглари пайдо бўлмаган бўлади. Вазият касалликнинг 2-хафтасига келиб узгаради. Бу вақт ўпка туқимасида микобактериялар популяцияси кескин қупайиши натижасида қупгина парчаланиш бушлиглари пайдо бўлади.

Кукрак қафаси аъзоларини *рентгенологик текширувида* кенг тарқалган ва дағал узгаришлар аниқланади. Лобар казеоз зотилжамли беморларда тугри проекцияда олинган обзор рентгенограммада ўпка булагининг бутун ёки қуп қисмини эгаллаган сояланиш аниқланади.

**Таккослама ташхис.** Клиник амалиётда қупинча беморларни текшириш натижаларини нотугри талқин қилиш натижасида, казеоз зотилжамни кеч аниқлаш каби диагностик хатоликлар қузатилади. Масалан, туберкулинг жавобан манфий анергия ва касаллик бошида бактерия ажралишининг йуқлиги жарохатланишнинг туберкулез этиологияли эмаслиги белгиси бўлиб хизмат қилади.

### Ўпка туберкулемаси

Ўпка туберкулемаси – ўпка туқимасида диаметри 12 мм. дан катта бўлган капсула билан уралган казеоз-некротик ҳосилани шаклланиши билан қузатиладиган туберкулезнинг клиник шакли.

Туберкулема биринчи бор аниқланган ўпка туберкулези беморларининг 2-6%да учрайди. У асосан 20-35 ёшдаги катталар орасида ташхисланади. Болалар ва кекса ёшдагилар орасида туберкулема нисбатан камдан – кам ҳолда қузатилади. Беморларнинг ярмидан қупи контроль флюорографик текширув вақтида аниқланади, чунки уларнинг аксариятида яққол клиник белгилар бўлмайди.

Туберкулемлар ҳам чап ўпкада, ҳам унғ ўпкада бир хил **частотада** учрайди. Улар қупинча ташқи қисмларда ва плевра остида жойлашади. Майда (2 см.гача), урта (2-4см.) ва йирик (4-6см.) туберкулемалар фарқланиб, улар яққа ёки бир нечта бўлиши мумкин.

Клиник кечиши жигатдан туберкулемалар авж олиб боровчи, стационар ва суниб боровчиларга бўлинади.

**Патогенез ва патологик анатомия.** Туберкулема иккиламчи туберкулезнинг шакли ҳисобланади. Қупинча туберкулема яллигланган ёки учоқли туберкулездан ривожланади. Фақат айрим ҳоллардагина туберкулема бирламчи туберкулез инфекцияси босқичида бирламчи туберкулез комплекси ёки тарқок туберкулездан ҳосил бўлади.

Марказида яққол казеоз-некротик угаришлар билан намоён бўлган катта бўлмаган инфилтрат бир нечта казеоз учоқларининг қушилиши натижасида шаклланиши мумкин. Бундай инфилтрат ҳам деярли тезда инкапсуляцияга учраб туберкулемага айланади.

Туберкулеманинги капсуласи икки қаватдан иборат. Ички қават туберкулез грануляцияларидан шаклланиб, туберкулеманинги казеоз узанини ураб туради. Ташқи қават концентрик жойлашган фиброз толалардан ташқил топиб, туберкулемани ташқи, кам узгараган ўпка туқимасидан ажратиб туради. Яқинда шаклланган туберкулемада иққала қават деярли яқши намоён бўлади. Вақт утган сайин ички грануляция қават юпкалашиб боради, айрим ҳолларда эса бутунлай йуқолиб кетади.

М.М.Авербах ва Л.К.Богушлар таклиф қилган туберкулеманинги кенг тарқалган типини – *казеомаларнинг* характерли морфологик белгиси бу массив казеоз узан ва юпка (1-1,5мм), яқши шаклланаган фиброз капсуладир. Яна туберкулемаларнинг бошқа – *яллигланган-пневмоник* типини ҳам ажратилади.

Унға казеоз некроз соҳаларининг эпителиод – хужайрали думбокчалар билан алмашиб келиши ва капсуланинги қучсиз ривожланганлиги характерли ҳисобланади. Бундай туберкулемалар қупинча юмалок инфилтратнинг (Ассманн типидаги инфилтрат) аста-секин инволюцияси натижасида шаклланади.

*Стационар (белгиларсиз) кечини* перифокал инфилтрация ва туберкулемада парчаланиш белгиларининг бўлмаслиги билан характерланади. Туберкулемани ураб турувчи

тукимада зич, яккол фаоллик белгилари булмаган учоклар хамда пневмофиброз билан боглик узгаришлар куринади.

Кейинчалик *суниб борувчи* туберкулемада казеоз массалар вақт утиб сувсизланиши натижасида зичлашади ва фрагментларга булинади, туберкулема улчами аста-секин камайиб боради. Бундай суниб борувчи туберкулема тобора кальций тузлари билан шимдирилади. Унинг урнида зич фиброз учок ёки чегараланган пневмофиброз соҳаси пайдо булиши мумкин.

Туберкулеманинг узига хос варианты булиб тулиб колган каверна хисобланади. Уни *ёлгон туберкулема ёки псевдотуберкулема* деб аташади. Унинг патогенези ва морфологик моҳити чин туберкулеманикидан бошқачарок.

Псевдотуберкулеманинг утмишдоши булиб ўпканинг ковакли ёки фиброз-ковакли туберкулези хисобланаиб, бунда ковакни дренажловчи бронхнинг яллигланиш ёки чандикли узгаришлар хисобига облитерацияси кузатилади.

**Клиник манзара.** Купчилик холларда туберкулеманинг белгилари кучсиз намоён булади ва факат авж олиб бораётган туберкулемали беморларда пайдо булади. Улар холсизлик, иштахани пасайиши, озиб кетиш, айрим холларда тана хароратини  $37,5-37,8^{\circ}\text{C}$  гача ошишини таъкидлаб утишади. Нафас харакатлари билан боглик огриклар, хамда йутал (курук ёки кам микдордаги балгам билан) кузатилиши мумкин. Кам холларда кон туфлаш пайдо булиши мумкин.

**Диагностика.** Туберкулема ташхисини куйиш айрим кийинчиликларга эга. Купинча улар анамнез маълумотлари орасида илгари туберкулез билан касалланганликнинг инкор килиниши, клиник белгиларнинг кучсиз намоён булиши ва лаборатор, инструментал ва рентгенологик маълумотларни тахлилида кийинчиликлар тугилиши билан боглик.

*Туберкулиндиагностика* натижалари туберкулемали беморларда хар хил булиши мумкин. Туберкулинга жавоб реакцияси биринчи бор аникланган, авж олиб борувчи туберкулемали беморларда нисбатан кучли намоён булиши эътироф этилади. Бирок, туберкулеманинг стационар ёки суниб борувчи кечишида хам туберкулинга юкори, айрим холларда эса гиперергик сезувчанликни аниклаш мумкин. Химиотерапия мобайнида шакланган туберкулемада туберкулин реакциялари купинча кам ёки кучсиз мусбат жавоб тарикасида булади.

Балгамни *бактериологик текшируви* туберкулемали беморларда кам маълумот беради. Йутал ва балгам ажралиши кам кузатилганлиги туфайли диагностик материални олиш учун кузгатувчи ингаляция усуллари кулланилади. Бактерия ажралиши одатда кам сонли (**скудное**) булади. СМБларини аниклаш учун юкори сезувчан усуллардан – люминесцент бактериоскопия ва экиш усулларидан фойдаланишга тугри келади. СМБлари купинча парчаланиш даврига эга туберкулемали беморларда аникланади.

Кукрак кафаси аъзоларини *рентгенологик текшируви* одатда ўпкаларда туберкулемага хос узгаришларни яхши куриш имконини беради. Туберкулемадаги асосий рентгенологик синдром булиб чегараланган (фокусли) сояланиш мавжудлигидир.

Купчилик холларда туберкулема билан намоён булувчи чегараланган сояланиш плевра остида I, II ёки VI сегментларда жойлашади.

Олд проекцияда олинган обзор рентгенограммада чегараланган сояланиш одатда урта интенсивликда булади. Юмалок, тугри шаклдаги сояланиш солитар туберкулемага тугри келади. Нотугри шаклдаги ва ташки контури полициклик булган сояланиш конгломератли туберкулемага хос.

Туберкулемаси бор беморларга *фибробронхоскопия* одатда ташхисни тасдиклаш максасида ва ёки жаррохлик амалиётидан аввал бажарилади. Йирик бронхлар шиллик каватининг туберкулезга хос яллигланиши 2-3% беморларда, асосан туберкулемада парчаланиш бушлиги бор махал аникланади. Туберкулема муддатининг ошгани сари бронхларда носпецифик узгаришлар – сурункали гипертрофик ёки атрофик бронхит - устунлик килади.

**Таккослама ташхис.** Туберкулемани таккослама ташхислаш айрим холларда бироз кининчиликлар тугдиради. Туберкулеманинг клиник белгилари кучсиз намоён булса, рентгенологик тасвири куйидаги касалликлар билан умумий ухшашликларга эга булиши

мумкин – ўпканинг периферик раки, яхши сифатли усма, хавфли усманинг метастази, кам холларда – носпецифик зотилжам, тулик киста, пневмомикоз, чегараланган плеврит, бронхлар ёки ўпка кон томирлари нуксонлари.

Белги	Туберкулема	Периферик рак	Яхши сифатли усма	Носпецифик зотилжам
Ёши, жинси	Катталар, купинча 40 ёшдан ошган булган эркаклар.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.	Ёш ва жинснинг ахамияти йук	Ёш ва жинснинг ахамияти йук, купинча кучли совук котишдан сунг.
Периферик лимфа тугунлари	Меъёрида	Метагтаз руй берганда катталашади.	Меъёрида	Меъёрида
Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Одатда аста-секин, авж олиб борувчи, купинча интоксикация синдромининг устунлиги билан.	Яширин ёки аста-секин авж олиб борувчи.	Купинча узок вақт яширин кечади. Аста-секин авж олиб бориши мумкин.	Уткир, кам холларда аста-секинлик билан, авж олиб борувчи, яккол интоксикация ва ўпка жарохатланиш симптомлари устунлиги билан.
Рентгенологик белгилар	Купинча ўпканинг I, II, VI сегментларида жойлашган чегараланган, асосан ногомоген сояланиш; бронхоген учоклар, локал пневмофиброз.	Купинча ўпканинг III, IV, VI сегментларида жойлашган чегараланган, нисбатан гомоген сояланиш; перифокал нури соялар мумкин; мтатагтаз руй берганда регионар лимфа тугунларининг катталашиси.	Купинча ўпканинг III, IV, V, VI базал сегментларида жойлашган чегараланган, нисбатан гомоген ёки зич хосилаларига эга сояланиш; атрофдаги ўпка тукумаси кам узгарган ёки узгаришсиз	Купинча ўпканинг VIII, IX, X сегментларида жойлашган нисбатан гомоген чегараланган ёки таркок сояланиш аниклиниб, адекват терапия натижасида тез орада сурилиши кузатилади.
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, айрим холларда чандикли узгаришлар.	Меъёрида. Айрим холларда лимфа тугунларига метастаз руй берганда бронх деворининг буртиб чикиши	Меъёрида (периферик усмада).	Диффуз эндобронхит, бронх бушлигида шиллик-йирингли секрет.
Балгамни бактериологик текшириш	Айрим холларда СМБлари	Айрим холларда носпецифик микрофлора,	СМБ -	Носпецифик микрофлора; СМБ-



		СМБ-		
Туберкулинга сезувчанлик	Гиперергик ёки нормергик	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий
Биоптатни морфологик текшириш	Туберкулез гранулемалари.	Усма тукимаси.	Айрим холларда усма тукимаси	Носпецифик яллигланиш

*Ўпканинг тулиб колган бронхоген кистаси* белгиларсиз, тана харорати ва гемограмма меъёрида булган холда кечади. Интоксикация белгилари факатгина киста йиринглаганда пайдо булади. Купгина холларда кисталар навбатдаги флюорография текшируви вақтида аникланади. Рентгенограммада тулиб колган киста юмалок, бир жинсли, аник контурли хосила курунишида булади. Юпка деворли катта хажмли кисталарда узига хос симптом аникланади – нафас олиш ва чикаришда киста шаклининг узгариши.

*Бронх ретенцион кистаси* бронх йулининг тош (бронхолит) билан ёпилиб қолиши ёки бронхнинг чандикли стенози натижасида пайдо булади. Кистанинг таркиби бронх шиллиги хисобланади.

Рентгенологик тасвирда киста бронх дарахтининг тегишли сохасининг узига хос кенгайган шаклида намоён булади. Киста сояси одатда бир текис, парчаланиш белгилари булмади. Бирок айрим холларда охакланиш сохалари куруниб ретенцион кистани куруниши туберкулема билан ухшаб кетади. Ретенцион кистани клиник кечиши асосан белгиларсиз булади, аммо гоҳида киста атрофида яллигланиш реакцияси пайдо булиши мумкин.

*Эхинококк кистаси* рентгенологик тасвирда юмалок соя шаклида куруниб атрофдаги ўпка тукимасида узгаришлар ва ўпка илдизи томон «йулча» булмади. Киста ўпканинг периферик қисмларида жойлашган холларда унинг суюқ сакламаси ультратовуш текшириш орқали аникланади. КТ ёрдамида ўпкадаги патологик фокус зичлигининг турлилигига қараб китсни туберкулемадан фарқласа булади. Ўпка эхинококкозида кисталар куп холларда жигарда ҳам аникланади.

Ўпка туберкулемасини айрим холларда ўпка томирларининг ривожланиш нуксони - *ўпка ичи артериовеноз аневризмаси* билан такқослашга тугри келади, бунда кон ўпка артерияси тармоғларидан вена томирларига хайдалади.

### Амалий машғулот №7:

**Мавзу номи: Силни деструктив шакллари. Каверна́ли, фиброз-каверна́ли ва цирротик ўпка сили. Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Кавернозли ва фиброз кавернозли ўпка сили клиник кечиши, рентген кўруниши, даволаш.
	3. Цирротик ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўруниши, даволаш.
	4. Кавернозли ва фиброз кавернозли ўпка сили, циррозли ўпка сили клиник кечиши, рентген кўруниши, даволаш. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	<b>Таълимий:</b> Талабаларга кавернозли ва фиброз кавернозли

	<p>ўпка сили, циррозли ўпка силитўғрисида маълумот бериш.Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш.</p> <p>Талабаларга кавернозли ва фиброз кавернозли ўпка сили, циррозли ўпка сили тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b>мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Деструктив туберкулёз беморларни текшириш усуллари тўғрисида видеофильм, мультмедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич	Мавзу бўйича ечилмай қолган	Эшитадилар

40дақиқа	саволлар тахлили	Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 15 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Ўйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

### ***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

#### ***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

#### ***Талаба бажара олиши керак:***

-Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг тахлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт тахлил олиб боришни.

-ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.

-Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

-Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.

-Клиник ва биохимик тахлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.

-Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

-ХКК 10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар**

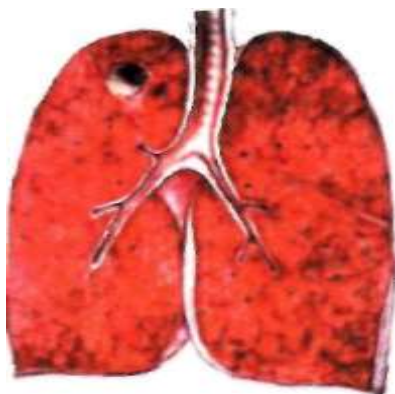
1. Ўпка кавернаси патогенези.
2. Кавернанинг морфологик тузилиши.
3. Ўпкадаги кавернанинг клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилари
4. Қасалликнинг клиникаси ва оқибати учун каверна хосил бўлишининг ахамияти.
5. Ўпканинг кавернали туберкулёзининг клиник характеристикаси.
6. Ўпканинг кавернали туберкулёзининг кечиши ва даволаш.
7. Кавернанинг битиш ва тозаланиш турлари.
8. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулёзини шаклланиш сабаблари.
9. Фиброз ўзгаришларнинг морфологик белгилари.
10. Ўпканинг кавернали туберкулёзини перкутор ва аускультатив белгилари.
11. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулёзининг клинико-рентгенологик характеристикаси.

12. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулези асоратлари.
13. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулезини даволаш.
14. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулезида қолдиқ ўзгаришлар характеристикаси.
15. Ўпканинг цирротик туберкулези патогенези ва морфологияси.
16. Ўпканинг цирротик туберкулезининг асосий клиник синдромлари.
17. Ўпканинг цирротик туберкулезининг асосий рентгенологик белгилари.
18. Ўпканинг цирротик туберкулезини кечиши ва даволаш.

### **Кавернозли ўпка сили.**

Силнинг нисбатан раво кечишида инфильтрация ва янги ўчоқлар гоҳида тез сўрилади, лекин ўпка тўқимасининг парчаланганлигини сақланиши, чегараланиши ва кавернага айланиши мумкин.

Туберкулёз кавернаси туберкулез билан шикастланган соҳадаги шаклланган бўшлиқ бўлиб, атрофдаги ўпка тўқимасидан уч қаватли девор билан чегаралангандир.



Каверналар туберкулез бўлгандан сўнг фаоллиги сақланган жараён ўзининг одатдаги хусусиятларини ўзгартиради, янги қирраларини намоен қилади. Каверна доимий инфекция ўчоғи бўлиб, туберкулез жараёнининг авжланишига олиб келади ва натижада ўпканинг фиброз-каверноз туберкулезига трансформацияси кузатилиши мумкин. Фиброз-каверноз туберкулезнинг ривожланишини ўз вақтида адекват комплекс даволаш чора-тадбирларини ўтказиш билан тўхтатиш мумкин.

#### *Ўпканинг кавернали туберкулези*

Фиброз-кавернозли туберкулезга сурункали тўлқинсимон ривожланиб боровчи кечиш хосдир. Ўпка тўқимасининг дағал фиброзли, оғир специфик шикастланиши патологик жараёнга самарали терапевтик таъсирни чегаралайди.

Фиброз-кавернозли туберкулезнинг учта асосий клиник варианты ажратилади.

1. Чегараланган ва нисбатан барқарор;
2. Ривожланиб боровчи;
3. Асоратланган;

Ўпканинг кавернозли ва фиброз-кавернозли туберкулези билан асосан катта ёшдаги шахслар касалланади. Болаларда бирламчи туберкулезда (бирламчи туберкулез комплекси ва кукрак ичи лимфа тугунлари туберкулези) – каверналар туберкулез бўлиши кам кузатилади.

Кавернозли ва фиброз-кавернозли туберкулез биринчи мартда аниқланган туберкулез беморларининг 3% ида кузатилади (кавернозли туберкулез 0,4%дан кўп эмас).

Диспансер назоратида фаол туберкулез бўйича кузатиладиган беморлар орасида каверноз туберкулез тахминан 1,0% , фиброз-кавернали туберкулез 8-10% учрайди.

Ўпка туберкулези билан оғриган беморларнинг асосий ўлим сабабчиси бўлиб фиброз-кавернали туберкулез ҳисобланади. Туберкулездан ўлган беморларнинг 80,0%и фиброз-кавернозли туберкулез билан оғриганлигини эътироф этиш мумкин.

### **Патогенез ва патологик анатомия.**

Ўпка тўқимасининг парчаланishi, сўнг каверналар шаклланиши ўпка туберкулезининг ҳар бир клиник шаклида кузатилиши мумкин. Кеч аниқланган туберкулезда ва нотўғри даволаш тактикаси олиб борилганда каверноз туберкулез ривожланишининг эҳтимоли ошади.

1. Казеоз –некротик массани ажралиб чиқиши, грануляцион қаватни фиброз трансформацияси ва каверналарда чандиқлар туберкулез бўлиб битиши. Бу каверналарнинг битишининг энг самарали варианты бўлиб ҳисобланади.
2. Каверналарни грануляцион тўқима ва лимфа билан тўлиши, уларнинг қисман сўрилиши, бириктирувчи тўқиманинг ўсиши кузатилади, натижада ўчоқ ёки фокус туберкулез бўлади.

3. Дренажловчи бронхдаги туберкулез яллиғланиши тўхтатилганда ва уни чандикли облитерациясида кавернадаги ҳаво сўрилади ва у бўшаб қолади. Натижада репаратив жараёнга ва каверна жойида ўчоқ ёки фокус шалланишига шароит туғилади.

4. Дренажловчи бронхларни меъёрида тузилиши ва функцияси сақланганда, каверналарнинг ички деворида аста секин эпителизация намоён бўла бошлайди. Аммо бронх ичидан ўсиб боровчи эпителий ҳар доим ҳам кавернани тўлиқ қоплай олмайди.

Атрофидаги ўпка тўқимаси эса фиброз ўзгаришга учрайди. Каверна девори деформацияланиб бўшлиқшакли нотўғри бўлиб қолади, вақт ўтган сари каверна деворининг ташқи фиброз қавати қалин ва узлуксиз бўлади. Каверна деворининг ички юзаси, нотекис бўлиб, бўшлиқда майда-майда казеоз массалари бўлган оз микдорда шиллик-йирингли ажралма бўлиши мумкин. Бу каби каверналар фиброз ёки эски каверна деб аталади.

Бундай шаклланиш ўпканинг каверноз туберкулезини фиброз-каверноз туберкулезига трансформациясидан далолат беради. Жараён бошида фиброз-кавернозли туберкулез нисбатан чегараланган ва яққол ривожланиш кўринишига эга бўлмайди(чегараланган ва нисбатан стабил фиброз-каверноз туберкулез).

**Диагностика.** Каверноз ва фиброз-каверноз туберкулез ташҳисини қўйиш қийин эмас. Бу касаллик билан оғриган беморларни анамнезида олдин ўтказган туберкулез клиникасини намоён бўлганлиги, ренген текширувида кавернани кўриш мумкин. Туберкулин диагностика натижаси беморларда нормоэргик бўлади. Фиброз-кавернозли туберкулезни асоратланган формасида туберкулинга сезгирлик пасаяди.

Балғамни бактериологик текшируви каверноз туберкулез бактериоскопияда кўп ҳолатларда манфий натижа беради. Чунки бактерия ажралиши кўп эмас. Агар каверноз туберкулез билан оғриган беморлар химиотерапия олган бўлса СМБ ни аниқлаш қийинчилик туғдиради. Қайта-қайта балғам текширувини олиб бориш керак. Оғир бўлган ҳолатларда ПЦР дан фойдаланиш зарур.

1. чегараланган фиброз каверноз туберкулезда.

2. оператив муолажанинг самараси фиброз ва каверноз туберкулезнинг тарқалган ва асоратланган кўринишида қарши кўрсатмалар туфайли кам.

3. казеоз пневмония билан асоратланган фиброз-ковакли туберкулезда, манфий анергия ҳолати кузатилади.

Тарқалиш ўчоқлари, йирик, нотўғри проекцияли шаклда контурлари аниқ бўлмаган қўшилувчан характерга эга бўлади. Каверна диагностикасида ва унинг атрофидаги ўпка тўқимасидаги ўзгаришлар ҳақида энг кўп маълумот берадиган усул КТ ҳисобланади. У кавернани топографияси ҳақида, унинг шакли, ўлчами, ҳолати, деворининг қалинлиги ва бронхоген ўчоқларнинг эски ёки янгилиги ҳақида маълумот беради.

Ўпкада битта ёки бир неча халқасимон соялар, ўпканинг жароҳатланган сохаларида фиброзни камайгани, полиморф бронхоген ўчоқли сояларни кўриш мумкин. Халқасимон соялар диаметри ўпкани фиброз-каверноз туберкулезидан турли ўлчамга эга бўлиб, диаметри 6 см гача етиб, юмалоқ шаклли бўлиши мумкин, баъзан эса нотекис ёки полициклк кўринишига эга бўлади. (Бир неча кавернанинг қўшилиши натижасида).

Кавернали туберкулезда фибробронхоскопияда бронхлардаги яллиғланишли ўзгаришлар камдан-кам аниқланади.

Фиброз-кавернали туберкулезда бронхларнинг специфик шикастланиши 10-15% беморларда аниқланади.

Одатда кавернадан инфекция тўғридан-тўғри дренажловчи бронхдан тарқалиши натижасида шу бронх шикастланади. Кўпинча носпецифик йиринли эндобронхит кузатилади. Бронх деворлари ривожланаётган фиброз натижасида сезирарли деформацияга учрайди.

### **Қиёсий ташҳислаш.**

Кавернали ва фиброз-кавернали туберкулезни ташҳислаш жараёнида анамнез маълумотларини пухта таҳлил қилиш зарур. Чунки ўпка туберкулезининг бу шакли секин аста ривожланади. Кўпинча ўпка туберкулези кеч аниқланганда ва касалликнинг эрта

даврида самарали даволанмаганлиги сабабли кавернали ва фиброз-кавернали ўпка туберкулези шакилланиши мумкин.

Ҳаволи солитар киста ёки булла-тўлиқ клиник соғлом одамлар ўпкасида, назорат қилиш учун ўтказиладиган рентгенологик текширувда топилади. Ҳаволи кистанинг девори одатда ингичка ва текис бўлади. Атрофидаги ўпка тўқимаси ўзгармаган, ўчоқлар бўлмайди ва ўпка илдизига 'йўлакча' бўлмайди. Кисталар кўпроқ ўнг ўпканинг юқори бўлагида топилади. Чап ўпкада кисталар кўпроқ бўлади. Улар ўпканинг юқори ва пастки бўлақларида аниқланади.

**Буллэз эмфизема.** Рентгенограммада ингичка, девори юмолоқ, халқасимон соя бўлиб кўринади ва аниқ контурли бўлади. Халқасимон соялар нафас олганда ўзгармайди ва асосан субплеврал жойлашади. Уларнинг бўшлиғи КТ да аниқ кўринади. Авж олаётган кавернали туберкулезни йиринглаётган ўпка кистасидан ажратиш қийин. Иккала ҳолатда ҳам балғамли йўтал ва интоксикация белгилари бўлиши мумкин.

Рентгенологик текширувда халқасимон сояда горизантал суюқлик сатхи пайдо бўлиши мумин. Бронхиал секретни бактериологик текширилганда носпецифик йирингли микрофлора аниқланади. Балғамда эластик толалар бўлмайди. Йиринглаган кистада кенг таъсир доирали антибиотиклар билан даволаш одатда тез клиник самара беради.

Кавернали туберкулез ваўпка абсцесини қиёслашда анамнез маълумотлари катта аҳамиятга эга. Касалликни кучли интоксикация белгилари билан ўткир бошланиши, бир неча марта кўп миқдордаги ёқимсиз хидли, йирингли балғам ажралиши ўпка абсцесининг типик белгилари ҳисобланади.

Диагностик материалда туберкулез гранулёмалари ёки МБТ ни аниқланиши, касалликни туберкулез этиологияли эканлигини аниқлаштиради.

Кверноз, фиброз-кавернали туберкулез, абсцес, ўпка ракиннинг бўшлиқли шаклининг асосий таққослаш белгилари жадвалда келтирилган.

**Квернали, фиброз-кавернали ўпка туберкулези ва ўпканинг абсцесси ва парчаланаетган ўпка ракиннинг асосий таққослаш белгилари.**

Белгилар	Кавернали туберкулез	Фиброз-кавернали туберкулез	Ўпка абсцеси	Парчаланаетган рак
Ёш. Жинс	Кўпроқ катталар, эркаклар	Кўпроқ катталар, эркаклар	Кўпроқ катталар, эркаклар, социал ёмон таъминлангар	Кўпинча 40 ёшдан катта эркаклар, чекувчилар
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган	Катталашмаган	Ўзгармаган	Метастазлашган, катталашган
Касалликни бошланиши ва кечиши	Кўпинча секин, аниқ белгиларсиз, кучайиб борувчи	Кўпинча секин кучайувчи, тўлқинсимон	Ўткир, интоксикация ва ўпка шикастланиши нинг белгилари билан	Аста-секин авж олиб борувчи, ўпка шикастланиши нинг аниқ белгилари ва интоксикация
Рентгенологик белгилар	I, II, ёки VI сегментларда ингичка деворли халқасимон соя, бронхоген ўчоқлар, катта бўлмаган	Кўпина I, II, VI, сегментларда калин деворли халқасимон соя. Дағал	Кўпинча III, VI ва X сегментларда кенг нотекис деворли халқасимон соя, кўпинча	Кўпинча III, IV, V сегментларда ғадир-будир деворли халқасимон соя, перифакал нурсимон соялар,

	махаллий пневмофиброз	перифакал пневмофиброз. Полиморф бронхоген ўчоқлар.	горизантал суюқлик сатхи, қон томир сурати кучайган.	илдизга йўл, метастазлашган регионар лимфа тугунларининг катталашиси
Бронхоскопия	Меър. Баъзан бироз фиброз ўзгаришлар	Чегараланган катарал ёки йирингли эндобронхит, баъзан чандикли ўзгаришлар	Диффуз эндобронхит, бронх бўшлиғида йирингли секрет.	Бронхлар деформацияси баъзан лимфа тугунларига метастази окибатида бронх деворини эзилиши
Балғамни бактериологик ва микроскопик текшириш	Баъзан СМБ да эластик толалар	СМБ да Эрлих триадаси, баъзан носпецифик микрофлора	СМБ йук, носпецифик микрофлора, эластик толалар, эритроцитлар.	Эритроцитлар, баъзан носпецифик микрофлора, СМБ
Туберкулинга сезгирлик	Нормергик	Нормергик ёки кучсиз мусбат	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий

Унинг девори қалин, атроф тўқимасига туберкулезикотик ўчоқлар ва бронхоген туберкулез диссеминациялари топилади. Четларида Са тузлари йиғилган бронхопулмонал лимфа тугунлари яхши кўринади (тухум пўстлоғи симптоми). Туберкулезикотуберкулезли беморларни бронхоскопия қилганда носпецифик эндобронхит белгилари ва чандикли ўзгаришлар билан бирга, кўпгина характерли пигментли доғлар ҳам топилади.

### Ўпканинг цирротик туберкулези

Ўпканинг цирротик туберкулези ўпкада узок вақт давом этган жараённинг охири босқичларида ривожланади. Цирротик туберкулезнинг узига хос хусусиятларидан бири шундаки унда туберкулезга хос яллигланиш белгиларига нисбатан ўпка ва плеврада фиброз узгаришлар устунлик қилади. Специфик узгаришларга оид инкапсуляцияланган туберкулез ўчоқлари колдик каверналар булади.

Кукрак кафаси лимфа тугунлари куп холларда таркибида кальцинат тутади. Цирротик туберкулезга фиброз жараёнларининг аста-секин тарқалиб бориши ва ўпка-юрак етишмовилиги кучайиб бориши хос. Айрим холларда специфик жараённинг уқтин-уқтин хуружи кузатилиши мумкин. Купинча туберкулез жараёнига носпецифик яллигланиш ҳам кушилиб келади.

**Патогенези ва патологик анатомияси.** Цирротик туберкулез туберкулез яллигланишининг тулик инволюцияга учрамаслиги натижасида ўпка ва плеврада бириктирувчи туқиманинг хаддан зиёд ушиб кетиши натижасида шаклланади.

Фиброз масса ичида инкапсуляцияланган туберкулез учоги билан колдик бушлиқлар, одатда санацияланган каверналар булади. Ўпканинг ЦС туберкулездан кийинги экссудатив плеврит еки пневмоплевритдан сунг ҳам ривожланади. Бунда висцерал плеврадаги казеоз ўчоқдан туберкулез жараёни ўпка туқимасига тарқалади.

**Клиник манзараси.** Чегараланган ўпканинг юкори булагининг шикастланиши билан кечувчи ЦС кам холларда ривожланган симптоматика билан кечади. Беморларда бироз хансираш ва даврий равишда курук йутал булади. Иккиламчи носпецифик яллигланишининг кушилиши броихларнинг дренаж функцияси хисобига ёркин клиника юзага чикмаслиги мумкин.

**Диагностика.** Цирротик туберкулез ташхисини куйиш учун анамнестик маълумотларига туберкулез билан касалланган куп булганлигига, пневмофиброз ва ўпкадаги туберкулезга оид узгаришларнинг клиник рентгенологик ва функционал белгилар асосида қойилади.

ЦС билан огриган катта ёшли беморларда туберкулин хеч кандай мухим диагностик натижа бермайди.

Рентгенологик текширувда хар хил узгаришлар топилади. Узгаришлар купича ўпканинг юкорги ва урта кисмларда топилади. ўпкада туберкулезга хос узгариш кетаётганини билдирадиган белгиларга ахамият бериш керак.

Инфильтратив ёки чегараланган феъроз – каверноз туберкулез инфлюцияси натижасида ривожланган бир томонлама цирротик туберкулезда ренгонограммада аник чегараланмаган урта айрим жойларда юкори интенсивликга эга булган сояналишлар аникланади.

Фиброз узгаришлар ривожланган саин ўпкада кон айланиши хам бузулади кон айланишини кучли бузулиш даражаси ўпка юраги килинкасига мос келади ўпкадаги патологик жараён хуруж килганда бактерия ажралиши цирротик туберкулез ташхисини аник куйишга ёрдам беради.

Киёсий ташхислаш типик анмнистик иалуиотлар ўпкадаги цирротик узгаришлар туберкулез этиологияли эканлигини аниклашга ёрдам беради айрим холларда ЦС носпецифек пневмония билан асоратланади. Бундай холларда пневмофеброз сохасидаги казиёз ўчоқнинг реактивация булганлигини аниклаш керак бундай холда балгамда туберкулез микобактерияларининг топилиши аник малумот беради. Цирротик узгарган ўпкада яллигланиш сабабини фарклаш учун кенг спектрли антибиотикларни ва туберкулезга карши кимё препаратларини куллаш хам мухим.

Икки тамонлама цирротик туберкулез рентгиналогик жихатдан нафас оргинлари саркоидози III боскичга ухшаш булади анамнистик малумотлар билан бирга рентгенограммада патологик ўчоқни локализацияси туберкулинга сезгирлик хусусиятлари хам ахамиятга эга.

Саркоидозда диффуз феброз узгаришлар асосан ўпкани пастки ва урта булаклариди жойлашади, айрим холларда курак кафаси лемфа тугунлари катталашган булади туберкулинга сезгирлик кучсиз нисбат ёки манфий булади саркоидоз диагнози бронх шиллик кавати ва лемфа тугунлари гистологик текширувда саркоид грануломалар топилса аник ташхис куйилади.

### Амалий машғулот №8:

**Мавзу номи: Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Туберкулёз плеврити клиник кечиши, ташхис, даволаш усуллари.
	3. Туберкулёз менингити клиник кечиши, ташхис, даволаш усуллари.
	4.Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усулларини асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингититўғрисида маълумот бериш.Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингититўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш,



	<p>туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингитибирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингититўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 40 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 15 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

**Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар**

### **Талаба билиши шарт:**

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омиллари ва ўчоқ даражасини.

### **Талаба бажара олиши керак:**

- Хавфли омиллари ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилин ва ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.**Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:**
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопротектикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

## **Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар**

1. Туберкулез плеврити патогенези ва таснифи.
2. Фиброз (қуруқ) ва экссудатив туберкулез плевритлари.
3. Идиопатик плеврити.
4. Туберкулез плевритларининг клиник симптоматикаси.
5. Туберкулез плевритларининг рентгенологик ва цитологик аниқлаш.
6. Плевра бўшлиғи пункциясига кўрсатмалар.
7. Туберкулез менингит патогенези.
8. Туберкулез менингитининг неврологик белгилари.
9. Туберкулез менингитининг клиник белгилари.
10. Туберкулез менингитининг аниқлаш ва қиёсий ташхислаш усуллари.
11. Орқа мия пункциясига кўрсатмалар.
12. Туберкулез плеврити ва туберкулез менингити беморларини даволаш усуллари ва кузатиш.

### **Плевритлар.**

Плеврит - плевра варақлари яллиғланиши касаллиги бўлиб, юзасида фибрин ҳосил бўлиши билан (қуруқ, фибринозли плеврит) ёки плевра бўшлиғида турли характердаги экссудат тўпланиши (экссудатив плеврит) билан кечади.

Плевра ўпка париенхимаси, кўкс оралиғи, диафрагма ва кўкрак қафаси ички юзасини қоплаб туради. Париетал ва висцерал плевра бир қаватли ясси мезотелиал хужайралар билан

қопланган.

**Этиологияси.** Этиологиясига боғлиқ ҳолда плевритлар иккита катта гуруҳга ажратилган: инфекцион ва ноинфекцион (асептик). Инфекцион плевритларда яллиғланиш жараёни инфекцион омил келтириб чиқарса, ноинфекцион плевритларда патоген микроорганизмлар иштирок этмайди.

Инфекцион плевритларни қуйидаги қўзғатувчилар чакиради:

- бактериялар (пневмококк, стрептококк, стафилококк, гемофил таёқча, клбсиелла, кўк йиринг таёқчаси, қорин тифи таёқчаси, бруцелла ва б.);
- туберкулёз микобактерияси;
- риккетсиялар;
- содда жониворлар (амёба);
- паразитлар (эхинококк ва б.);
- вируслар;

### Плевритлар таснифи

<b>Этиология</b>	1.Инфекцион 2.Ноинфекцион	Плевритнинг кечиши	1. Ўткир 2. Ўткир ости 3. Сурункали
<b>Патологик жараён характери</b>	1. Курук (фибриноз) 2. Экссудатив		
<b>Экссудатив плевритда суюқлик характери</b>	1. Сероз 2. Сероз-фибриноз 3. Йирингли 4. Чириган 5. Геморрагик 6. Эозинофилли 7. Холестеринли 8. Хилёз 9. Аралаш	Плевритнинг локализацияси	1. Диффуз 2. Халтали (чегараланган) 2.1 Апикал 2.2 Паракостал 2.3 Костодиафрагмал 2.4 Базал 2.5 Парамедиастинал 2.6 Интерлобар

Кейинчалик таснифда патологик жараённинг характери, клиник кўринишлари, лаборатор маълумотлари, инструментал текширишлар, кечиши, дифференциал диагнозлари кўриб чиқилади.

**Туберкулёз плеврити.** Плеврит ташхиси клиник ва рентгенологик белгиларга кўра қўйилади. Плеврит характери- диагностик материал текшируви, плевра бўшлиғи пункцияси ёки плеврани биопсияси натижаларига кўра қўйилади.

Локализациясига кўра эса қуйидаги турлари фарқланади:

- 1. Қовурға- диафрагмал;**
- 2. Диафрагмал;**
- 3. Қовурға;**
- 4. Бўлаклараро;**
- 5. Парамедиастинал;**
- 6. Апикал;**

Кўпинча ажралма плевра бўшлиғида эркин жойлашган бўлиши мумкин. Баъзан эса халтали шаклида чегараланган бўлади.

**Курук (фибриноз) плеврит-** плеврани чегараланган яллиғланиш соҳасига фибринларни чўкиши билан намоён бўлади. Асосий клиник белгилари кўкракда оғриқ, курук йўтал, умумий ҳолатни бузилиши ва субфебрил тана ҳарорати билан характерланади. Оғриқ локализацияси шикастланган соҳага боғлиқ. Чуқур нафас олганда, йўталганда, қовурғалар оралиғи босилганда оғриқ кучаяди.

**Экссудатив (сероз) плеврит.** Туберкулёз этиологияли плевритлар ичида кенг тарқалгани сероз плевритдир. Касаллик аста - секин умумий ҳолсизлик, чарчаш, кўкракда даврий оғриқлар, субфебрил тана ҳарорати, баъзида йўтал билан бошланади. Кейинчалик тана

харорати ошиб боради, хансираш пайдо бўлади. Экссудат миқдори ортиб бориши ўпка коллапси ва кўкс оралиғи босими ошишига олиб келади.

Нисбатан кам ҳолларда плеврит тўлиқ соғлом ҳолатда қалтираш, юқори иситма, кўкракда оғриқ, қуруқ йўтал билан бошланади.

Туберкулёз этиологияли ўткир сероз плеврит кечиши 3 та фазага бўлинади:

**1) экссудация босқичи;**

**2) жараёни стабиллашиши;**

**3) ажралмани сўрилиши;**

Стабиллашиш ва экссудатни сўрилиш фазасида касаллик белгилари пасаяди, тана ҳарорати пасаяди, оғриқ ва хансирашлар камаёди. Объектив патологик симптомлар секин- аста йўқолиб боради, фақат плевра ишқаланиш шовқини сақланиши мумкин.

**Йирингли туберкулёз плеврити (пиоторакс, плевра эмпиемаси).** Йирингли плеврит плевра оралиғи ёриқларида йирингли экссудат йиғилиши билан характерланади. Туберкулёздан фарқ қилиб, туберкулёз билан оғриган беморларда йирингли плеврит сабаби турли йирингли ва инфекцион касалликларда йирингли инфекцияни лимфогематоген йўл билан тарқалиши мумкин. Туберкулёз бўлмаган эмпиема бу ҳолатда то даволангунча ўзини характерини йўқотмаслиги мумкин ёки туберкулёз жараёни хуружи натижасида аралаш шаклга тез ўтиб кетиши мумкин.

**Йирингли экссудат ҳосил бўлиши билан боровчи плеврани туберкулёзли яллиғланиши** кўпинча плевра бўшлиғига кавернани ёрилиши ёки сероз ва геморрагик плевритни оғир прогрессланишидан ривожланади.

Туберкулёз эмпиемаси сурункали тарзда кечиши мумкин. Бу ҳолатда бемор аҳволи оғирлашади, тана ҳарорати ошади, қалтирашлар кузатилади, ички терлашлар, хансираш, озиш кучаяди.

**Объектив текширувлар.** Қуруқ плевритга хос қатор белгилар аниқланади. Бемор шикастланган соҳасини асрайди ва соғ томони билан ётади. Айрим беморлар касал томони билан ётишида енгиллик сезади ва оғриқ камаёди, бу кўкрак қафасини иммобилизация бўлиши ва париетал плеврани таъсирланишини камайиши билан боғлиқдир.

**Апикал плеврит.** Ўпка учи плевритида яллиғланиш жараёни ўпка чўққисини қоплаган плеврал варағида жойлашади. Апикал плеврит ўпка туберкулёзи учун характерли бўлиб, уни клиник ўзига хослиги куйидагилардан иборат:

**Парамедиастинал плеврит.** Парамедиастинал плевритда яллиғланиш ўчоғи перикард олдинги ён соҳасида жойлашган бўлади. Бу ҳолатда оғриқ юрак соҳасида жойлашган бўлиб, перикардиал соҳа пальпациясида кучаяди ва плевроперикардиал ишқаланиш шовқини эшитилади.

**Деворий (қовурға) плеврит.** Деворий плеврит фибриноз плевритнинг анча кенг тарқалган шаклидир. Қуруқ плевритни бу вариантида асосий белги кўкрак қафасида оғриқ (фибриноз чўкма проекциясида), нафас чиқариш ва йўталганда оғриқни кучайиши ва типик плевра ишқаланиши шовқини эшитилишидир.

**Лаборатор маълумотлар.**

1. Умумий қон таҳлили- ЭЧТ ошган бўлиши мумкин, лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши.

2. Умумий сийдик таҳлили- Патологик ўзгаришларсиз.

3. Қоннинг биокимёвий таҳлили- серомукоид, фибрин, сиал кислотаси, алфа- 2 глобулинлар миқдори ошиши мумкин.

**Инструментал текширувлар.**

Ўпкани рентгенологик текшируви. Фибриноз плевритда шикастланган соҳа диафрагмал гумбази билан кўтариллиши, чуқур нафасда оқада қолиш, ўпка пастки қисми ҳаракатчанлиги чегараланганлиги ва ўпка майдонини бироз хиралашиши кузатилади. Кўринарли йирик фибрин чўкмалари бўлган ҳолларда ўпканинг ташқи қиррасида ноаниқ, ажралмаган соялар аниқланиши мумкин (айрим ҳолларда учровчи белги).

**УЗИ.** Ультратовуш ёрдамида париетал ёки висцерал плеврадаги фибрин чўкмалари интенсивлиги аниқланади. Уларнинг экзогенлиги ошган, нотекис, тўлқинсимон контурда, бир

қисми структура кўринишида бўлади.

**Кечиши.** Қуруқ плеврит кечиши ижобийдир. Касаллик 1 - 3 ҳафта атрофида давом этиб соғайиш билан яқунланади. Узоқ вақт давомида рецидивланиб кечиши туберкулёз этиологияли плевритга хос белгидир.

### Фибриноз плеврит ва қовурғалараро невралгия дифференциал диагностикаси

Белгилар	Қуруқ плеврит	Қовурғалараро невралгия
Кўкрак қафаси оғриқ ривожланиши шароит-лари	Оғриқ нафас ва йўтал билан боғлиқ	Оғриқ ҳаракат билан боғлиқ, тана букилиши, ҳаддан ортиқ физик юкламалар пайтида ривожланади
Оғриқни танани букиш билан боғлиқлиги	Оғриқ танани соғ томонига букилганда кучаяди (яллиғланган плевра чўзилиши ҳисобига)	Оғриқ танани касал томонга букилганда кучаяди
Қовурғалараро пальпация	Плевра ишқаланиш шов-кини кам ривожланган оғриқ	Ўткир интенсив оғриқ, асосан кўкрак қафаси юзасига яқин жойлашган қовурғалараро нерв толалари соҳасида; Умуртқа поғонаси, ўрта кўлтиқ ости чизиғи ва тўш соҳасида ҳам оғриқ
Плевра ишқаланиш шовқини	Плеврал варақларда фибрин чўкмалари ривожланган соҳада эшитилади	Эшитилмайди
ЭЧТ ошиши	Кўпинча учрайди	Характерли эмас
Тана ҳарорати ошиши	Кўпинча учрайди	Характерли эмас

### Экссудатив плеврит

**Клиник кўриниши.** Экссудатив плеврит-плевра варақлари ва унинг ёнида жойлашган аъзолар яллиғланиши натижасида плевра бўшлиғига суюқлик йиғилишидир. Суюқлик характерида кўра экссудатив плевритлар сероз-фибриноз, йирингли, геморрагик, эозинофилли, холестеринли, хилёз, чириган бўлади. Бундай плевритларнинг сабаби кўпинча туберкулёз, шунингдек пневмония (пара- ёки метапневмоник экссудатив плеврит) бўлади.

Бу ҳолдаги экссудатив плеврит ўткир бошланади: тана ҳарорати 39-40 даражагача кўтарилади(баъзан қалтираш билан), ён томонда ўткир санчувчи оғриқлар (нафас олишда кучаяди), ҳансирашлар (плевра бўшлиғига экссудатнинг тез йиғилиши ҳисобига), интоксикацияни кучайган симптомлари-бош оғриғи, кўп терлаш, анорексия бўлади. Экссудатив плеврит билан оғриган беморларни кўздан кечирганда қуйидаги белгилар аниқланади:

- Мажбурий ҳолат-бемор касал томони билан ётган ҳолатда бўлади. Шу ҳолатда кўкс оралиғини соғ томонга силжиши чегараланган бўлиб, соғ томондаги ўпкани нафас олиш актида фаол қатнашуви кузатилади. Жуда кўп плевра бўшлиғида ажралмалар бўлган ҳолатда беморлар ярим ётоқ ҳолатини эгаллайди;
- Цианоз ва бўйин веналарининг бўртиши (плевра бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик бўлганида бўйин веналари орқали қон оқими қийинлашади);
- Ҳансираш (нафас тезлашган ва юзаки);
- Зарарланган томонда кўкрак қафаси ҳажми ортган, қовурғалараро оралик бўртган;
- Шикастланган томонда кўкрак қафасининг экскурсияси чегараланган;
- Соғлом томонга нисбатан зарарланган томон териси оқарган ва қисман семирган бўлади (Винтрих симптоми);

Бу учбурчак гипотенузаси Соколов-Эллис-Дамуазо чизиғида жойлашади. Битта катети умуртқа поғонасида, иккинчиси соғлом ўпканинг пастки чегарасига тўғри келади. Бу учбурчак соҳасида перкутор товушнинг бўғиқлашиши кўкрак аортасининг соғлом томонга

силжишидан юзага келади. Касал томондаги Горлянд тўғри бурчакли учбурчаги соҳаси устида аниқ ўпка товуши аниқланади.

Бу учбурчак гипотенузаси Соколов-Эллис-Дамуазо чизигининг умуртка поғонаси қисмидан ташкил топади. Битта катети умуртка поғонасига, иккинчи катети Соколов-Эллис-Дамуазо чизигининг тепасига бирикади. Тимпаник товуш соҳаси Шкода зонаси дейилади. У экссудатнинг юқори чегарасидан 4-5 см юқорида жойлашади. Бу зона биров босилганда алвеола ичидаги ҳаво чиқиб девори бўшаши. Эластиклиги камайди ва перкуссия қилганда алвеола ичига қайтадан ҳаво кириб тимпаник товуш эшитилади.

Чап томонлама экссудатив плевритда Траубе бўшлиғи йўқолади (кўкрак кафаси чап томони пастки бўлимидаги тимпаник соҳа, ошқозон тубидаги ҳавога асосланган бўшлиқ), юракнинг соғлом томонга силжиши кузатилади. Ўнг томонлама экссудатив плевритда кўкс оралиғи чапга силжийди.

### **Лаборатор маълумотлар.**

#### *1. Умумий қон таҳлили*

Лейкоцитар формула чапга силжиши билан борувчи нейтрофилл лейкоцитоз, лейкоцитлар токсин донаторлиги ва ЭЧТ ошиши. Кўчилик беморларда нормохром ёки гипохром типда ривожланган анемия бўлиши мумкин.

#### *2. Умумий сийдик таҳлили.*

Кўпчилик беморларда касаллик авж олиш даврида қисман протеинурия (1 дан кам). Якка янги эритроцитлар, буйрак эпителийси хужайралари аниқланади.

#### *3. Қоннинг биокимёвий таҳлили.*

Кўпинча ривожланган диспротеинемия (альбуминлар миқдори пасайиши, альфа 1 ва альфа 2 глобулинлар миқдори ортиши) ва "биокимёвий яллиғланиш синдроми" (сиал кислота, серомукоид, фибрин, гаптоглобулин, С реактив оқсиллар ошади) аниқланади. Кўпчилик ҳолларда қисман гипербилирубинемия, аланин ва аспаргин аминотрансфераза ва лактатдегидрогеназа миқдори ошади.

**Ўпкани рентгенологик текшириш.** Плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқлашда ўпкани рентгенологик текшируви асосий ўринни эгаллайди. Фақат рентгенологик усулда суюқликборлигини аниқлаш учун плеврада суюқлик миқдори 300-400 мл дан кам бўлмаслиги керак.

Кўпинча плевра бўшлиғида суюқлик қийшиқ юқорига кўтарилувчи, интенсив, гомоген соя, ичкарига қараб пасайган чегара ва кўкс оралиғини соғ томонга силжиши кўринади. Кўп суюқлик бўлган ҳолларда соя ўпка майдонини анча қисмини эгаллайди(2/3 ва бутун ўпкани).

**УЗИ.** УЗИ орқали плевра бўшлиғидаги суюқликни аниқлаш анча осон. Текшириш фақат бемор ётган ҳолатда эмас, балки ўтирган, тик турган ҳолатда ҳам ўтказилади. Кўкрак кафасини бўйлама текисликда сканирлаш, қўлтиқ ости, паравертебрал, тўш атрофи чизикларида олиб борилади.

Плеврада суюқлик тўпланган жойда, қовурғалараро ораликка қўйилган датчик узунасига нурни тарқатиб, керакли жой кўндаланг тасвири сканирланади. В.И.Репик (1997) текширишни бемор тик турган ҳолатда, кўкрак кафасини базал қисмидан бошлашни тавсия қилган. Тик турган ҳолда суюқликни оғирлик кучи ҳисобига диафрагма орқа ён бўлими ва ўпка орасидаги бўшлиқ очилади.

**Плеврал суюқликни текшириш.** Плеврал пункция аҳамиятга эга усул бўлиб, у фақат суюқлик борлигини билдирибгина қолмасдан, балки дифференциал диагностикада ҳам муҳим ўрин тутади. Экссудатив плеврит билан оғирган беморларда плеврал пункция ўтказиш муҳим муолажа ҳисобланади. Олинган суюқликни физик, кимёвий хоссалари ўрганилади ва цитологик, биокимёвий, бактериологик текширишлар ва дифференциал диагностика ўтказилади.

**Торакоскопия.** Бу усул ўпка ва париетал плеврадан суюқлик эвакуация бўлганидан сўнг ўтказилади. Усулнинг диагностик аҳамиятли томони плеврада яллиғланиш жараёни бор ёки йўқлигини аниқлаш, кейин эса уларни шикастланиши специфик ёки носпецифик характерда эканлигини билишдан иборат.

### **Кечиши.**

Экссудатив плевритнинг кечиши уч фазага бўлинади:

- Экссудация;
- Турғунлашиш (стабилизация);
- Резорбция;

**Туберкулёз плеврити.** Экссудатив плевритда энг асосий сабаб туберкулёз ҳисобланади. Кўпинча туберкулёз плеврити ўпка туберкулёзининг қайсидир туридан (тарқалган, ўчоқли, инфилтратив), бронхоаденит ёки бирламчи туберкулёз комплексидан ривожланади. Туберкулёз плевритининг учта асосий варианты бор:

1. Аллергик
2. Перифокал
3. Плевра туберкулёзи

**Аллергик плеврит** гиперергик характерлидир. Улар учун қуйидаги клиник белгилар хос:

- Кўкрак қафасида оғриқни ўткир бошланиши; тана ҳароратини юқори бўлиши, экссудатни тез тўпланиши, ривожланган экссудат;
- Тез мусбат динамика (экссудат бир ой давомида сўрилади);
- Туберкулинга сезгирлик юқори бўлганлиги учун туберкулин синамаси мусбат бўлади;
- Периферик қонда эозинофилия ва ЭЧТни сезиларли ошиши;
- Экссудат серозли бўлиб (бошланғич даврида сероз - геморрагик бўлади), кўп миқдорда лимфоцитлар ва эозинофиллар тутади;

**Перифокал плеврит** - ўпка туберкулёзи (ўчоқли, инфилтратив, каверноз) ҳисобига плевра варақлари яллиғланишидир. Ўпка туберкулёзи ўчоғи субплеврал соҳада жойлашган бўлса, перифокал плеврит ривожланиши тез бўлади. Перифокал плеврит хусусиятлари қуйидагилар:

- экссудатив плевритни кўпинча рецидивланиши ва узоқ давом этиши;
- резорбция фазасида кўп миқдорда плеврал чандиқлар ривожланиши;
- сероз характердаги экссудат кўп миқдорда лимфоцитлар ва юқори титрда лизоцим тутади;
- экссудатда микобактерия аниқланмайди;
- плеврал пункция ва экссудат эвакуациясидан сўнг рентгенологик текшириш ўтказилса ўпкани туберкулёз билан яллиғланиши қайсидир бири (ўчоқли, инфилтратив, каверноз) тури аниқланади;
- туберкулин синамага юқори сезгирлик;

#### **Текшириш дастури:**

- 1) Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;
- 2) Қоннинг биокимёвий таҳлили: умумий оқсил миқдори, оқсил фракцияси, билирубин, аминотрансферазалар, холестерин, глюкоза, лактатдегидрогеназа, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, сиал кислотаси, ЛЕхужайралари, ревматоид омил аниқланади;
- 3) Ўпкани рентгенография ва компьютер томография қилиш;
- 4) Юракни УЗД қилиш;
- 5) ЭКГ;
- 6) Плеврал пункция ва плеврал суюқликни текшириш: физик, клиник хусусиятларини баҳолаш (оқсил, ЛДГ, лизоцим, глюкозани аниқлаш), цитологик ва бактериологик текшириш.
- 7) Фтизиатр консултацияси;

#### **Плевритларни даволаш.**

Плевритларни даволашда қуйидаги муолажалар бажарилади:

#### **Этиологик даволаш:**

Асосий касалликни даволаш, плевритларни симптоматикасини сусайтириши мумкин. Плевритларни этиологик шакллари:

- а) Инфекцион этиологияли плевритлар. Бу плевритлар бактериал қўзғатувчилар (пневмококк, стафилококк, стрептококк, Грамм - флора ва бошқалар), вируслар, риккетсиялар, микоплазма, замбуруғлар, содда жониворлар (амёбияз), паразитлар (эхинококкоз), туберкулёз, сифилис, қорин тифи қўзғатувчилари чақиради. Плевритга энг кўп сабаб бўлувчи касалликлар турли хил қўзғатувчили пневмониялар ва туберкулёздир.

б) Ноинфекцион этиологияли плевритлар. Уларни куйилагилар чақиради:

- Ўсмалар;
- Бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари;
- Травмалар ва операцион муолажалар;
- Ўпка артерияси тромбозми ва ўпка инфаркти;

Бошқа сабаблар (панкреатит, СБЕ ва бошқалар);

**Экссудатни эвакуацияси.** Экссудатни плеврал пункция орқали эвакуация қилишда иккита мақсад бор: биринчидан эмпиема ривожланишининг олдини олиш, иккинчидан эзилиб қолган ҳаётим муҳим аъзолар фаолиятини тиклаш.

Катта экссудатларда, ҳансираш, юракнинг бўғиқлик чегарасини ўнгдан иккинчи қовурғача силжишини даволашда ҳам плеврал пункция қилинади. Бир вақтда суюқликни 1,5 литрдан кўп бўлмаган миқдорда олиш керак.

**Организм умумий реактивлигини ошириш ва иммуномодуляцияловчи терапия.** Иммуномодуляцияловчи терапия умумий ва маҳаллий иммунитет ишини нормаллаштиради. Бу терапияни дастлабки иммун статус, фагоцитоз, маҳаллий бронхопультмонал ҳимоя ҳолатини ўргангандан кейин бошлаш мақсадга мувофиқдир.

Декарис (левамитол) - Т супрессор ва Т хелперлар функциясини, табиий киллерлар фаоллиги ва фагоцитозни кучайтиради. 100 - 150 мг кунига, 2 - 3 кун давомида буюрилади, 4 кун танаффус қилинади. Даволаш курси 8 - 12 цикл. Левомитол билан даволашда лейкопения ва агранулоцитоз ривожланиши мумкин.

Т - активин - тимус препарати бўлиб, Т - лимфоцитлар функциясини, фагоцитоз, интерферон продукцияси, Т - киллерлар функциясини стимуллади. 100 мкг дан кунига 1 маҳал тери остига, 3 - 4 кун давомида буюрилади.

Тимолин - тимус препарати бўлиб, таркиби Т - активиндан иборат. 10 - 20 мг вена ичига, 5 - 7 кун давомида юборилади.

### **Туберкулез менингити**

Туберкулез менингити – миянинг юмшоқ пардасининг яллиғланиши силнинг иккиламчи асоратларидан бўлиб хисобланади кўпинча (90-95%) туберкулёз менингити

Ўпкасида ёки бошқа аъзоларида фаол кўринишдаги туберкулёз мавжуд бўлганда пайдо бўлади. Аммо охириги пайтларда туберкулёз менингити бошқа аъзоларда туберкулёз жараёни бўлмаганда ҳам кўп учрамоқда.

Касалликнинг продромал даврида холсизланиш, тез чарчаш, иштаханнинг йўқолиши, тасирчанлик, атроф мухутга бефарқлик, кўп ухлаш, йиғлоқлик, ёруғликдан ёки шовқиндан кучайувчи ўқтин-ўқтин бош оғриши, тана хароратининг субфебрел даражагача кўтарилиши, сабабсиз қусиш, ич тутилиши каби белгилар пайдо бўлади. касалликнинг бошида брадикардия кузатилади. Бу давр бир тўрт hafta давом этади ва камдан-кам ташхисни тўғри қўйилади.

Марказий нерв системасининг тасирчанлик даврида (8-14 кунлари) продромал давридаги белгилар кучаяди. Беморнинг тана харорати 38-39 °С гача ва ундан ҳам юқорига кўтарилади, бош оғриғи кучайиб доимий бўлиб қолади ва кўпинча пешона ҳамда энса қисмида сезилади. Қусуш бошланади, иштаханнинг пасайиши уни бутунлай йўқолишига олиб келади, умумий холсизлик ва ухлаш кўпаяди, онг пасаяди, ич юриши тўхтади, аммо қоринда шиш бўлмайди.

Ёруғликдан кўрқиб, шовқин-суронни ёқтирмаслик пайдо бўлади. беморни текширилганда тери сезирлигининг ошганлигини, брадикардия тахикардияга алмашганини, артериал босим ошганини, турғун холда қизил дермографизмни ва юзда, кўкракда ўз ўзидан пайдо бўлиб йўқолувчи қизил доғларни (Турессо доғлари) кузатилади.

Касалликнинг биринчи haftаси охирида жуда яққол бўлмаган менингиал белгилар – энса мушакларининг регидлиги, Кернинг ва Брудзинский белгилари пайдо бўлади. Касалликнинг иккинчи haftаси ўрталарига бориб менингиал белгилар яққол аниқланади. Қорин мушаклари таранглашиб, қорин қайиқсимон кўринишга эга бўлиб қолади, бемор “сапчишга тайёр ит” ёки “босишга тайёр милтиқ тепкиси” кўринишидаги ҳолатда ётади.



Туберкулёз менингити кечишини иккинчи даврида бош мия нервларининг жарахатланиши белгилари пайдо бўлади. кўпинча кўзни ҳаракатлантирувчи (III) ва узоклаштирувчи (VI) нервлар жароҳатланади. III жуфт нерв жароҳатланганида бир кўзни юмилиб қолишини (питоз), кўз қорачиғининг торайиб ёки кенгайиб кетишини (анизокария), ғилайликни аниқлаш мумкин.

Узоклаштирувчи (VI) нерв жароҳатланганда кўзни ичкарига ғилайлиги юз беради. Кўз тубини текширилса қон талаш, кейинчалик кўрув нервининг (II) неврити аниқланади. Бунда бемор нарсаларни аниқ кўрмаётганини кўз олди хиралашаётганини “қоронғулик” борлигини айтади, оғир ҳолларда бемор бутунлай кўрмай қолиши мумкин. Уч шоҳли (V) невр камдан-кам жароҳатланади. Кўпинча юз нерви (VII) жароҳатланади.

Туберкулёз менингитини аниқлашда орқа мия канали пункция қилиниб, орқа мия суюқлигини олиб текшириш катта аҳамиятга эга. Орқа мия суюқлигини умуртқа поғанасининг бео қисмига (III- IV бел умуртқалари оралиғи орқали) махсус игна ёрдамида пункция қилиниб олинади. Лумбал пункция қилишни 1890 йилда Квинке томонидан аниқлаган.

Баъзан эса энса суяги остига (субоксипитал) пункция қилинади. Туберкулёз менингитини биринчи давридаёқ орқа мия суюқлигида ўзгаришлар аниқланади. Орқа мия суюқлиги туберкулёз менингитида тиник, рангсиз бўлиб юқори босим остида ёки тез томчилар кўринишида оқиб чиқади.

Орқа мия босими сув устунинг 300-500 мм.гача етади (мъёрда 50-150мм.гача). орқа мия суюқлигида оксил 0.8-1.5 г/л ва ундан ҳам кўп бўлиши мумкин (0.15-0.33 г/л), оксилнинг кўпайиши асосан глобулинлар ҳисобига бўлади. буни Панди ва Нонне-Апелъд реакциялари тасдиқлайди.

Икки уч томчи орқа мия суюқлигига 7.5%ли янги таёрланган карбол кислотаси (1:15) кўшилади (Панди реакцияси), орқа мия суюқлигига тўйинган аммоний сульфат кислотаси (1:1) кўшилади (Нонне-Апелъд реакцияси), бунда лойқаланиш пайдо бўлади. Орқа мия суюқлигида хужайралар сони  $0.1-0.3 \cdot 10^6$  /л ва ундан ҳам кўпайиб кетгани (мъёрда  $0.005 \cdot 10^6$ /л) аниқланади. Касалликнинг бошланиш даврида хужайралар бир хил миқдордаги нейтрофил ва лимфоцитлардан иборат бўлса, кейинчалик лимфоцитлар миқдори кўпаяди.

Туберкулёз менингитига пробиркада 12-24 соат мобайнида оксил ҳисобига фибриноз парданинг пайдо бўлиши жуда хос ҳисобланади. Суюқликдаги қанд миқдори ва хлоридлар миқдори камайиб кетади (мъёрда 22-29ммоль/л, 120-130ммоль/л). Орқа мия суюқлигида туберкулёз таёқчалари мавжудлигини микробиологик экиш усулини қўллаб текшириш зарур. Илгари 40-80% туберкулёз менингитига дучор бўлган беморларнинг орқа мия суюқлигида туберкулёз таёқчалари аниқланар эди, ҳозирги вақтда эса бу 10-20%ни ташкил этмоқда.

Беморда менигоэнцефалит ўлганда орқа мия суюқлигидаги хужайралар кўпаймаган ҳолда ( $0.07-0.1 \cdot 10^6$ /л) лимфоцитар характерга эга бўлади ва оксил миқдори хаддан ташқари кўпайиб кетади (4-5 г/л), қанд ва хлоридлар миқдори жуда ҳам камайиб кетади.

Туберкулёз менингитининг спинал формасида орқа мия суюқлигининг ранги ксантахромия – сариқ ёки сарғимтир ранглилиги кузатилади. Бу орқа миянинг юмшоқ ва тўр пардаларининг ёпишиб кетиши ва суюқликнинг туриб қолиши натижаси ҳисобланади ва орқа мия каналидаги босим унчалик юқори бўлмагани учун суюқлик оқиб чиқади.

Умуртқа поғанасининг бел қисмида қилинган пункцияда олинган суюқлик сарғимтир бўлса ва унда оксил моддаси хаддан ташқари кўп бўлса, энса суяги остидан қилинган пункцияси ёрдамида олинган суюқлик рангсиз бўлади ва оксил моддалари кам бўлади. хужайралар миқдори унчалик кўп бўлмайди ( $0.06-0.08 \cdot 10^6$ /л). Суюқликдаги қанд ва хлоридлар миқдори камайиб кетади.

Касалликнинг бошланғич сурункали даврида лейкоцитлар миқдори  $10-20 \cdot 10^9$ /л гача кўпайиб кетади, лимфоцитлар камаяди, моноцитлар, таёқча ядроли нейтрофиллар ҳам кўпаяди, ЭЧТ ошади, туберкулинга бўлган реакция касалликнинг бошланғич даврида пасайган бўлиб, кейинчалик манфий (анергия) бўлиб қолади.

Туберкулёз менингитини аниқлашда кўз остини текшириш маълум аҳамиятга эга, бунда кўз ости қон томирлари қобиғида туберкулёз бўртмалари аниқланади, кўрув нерви дискида

қонталашнинг мавжудлиги, мия тўқималари орасида суюқлик борлигини тасдиқлайди, баъзан кўриш нервининг неврити кузатилади.

Туберкулёз менингитини пневмония, дизентерия каби хар хил ўткир касалликларда мия пардасининг тасирчанлиги натижасида пайдо бўлувчи менингизимдан фарқлашга тўғри келади, бунда мия пардасининг тасирчанлиги натижасида, унда тезда ўтиб кетувчи шиш (эдима) – мия тўқималари орасига оқсил, электролит ва сувнинг ортикча тўпланиши юз беради.

Бунда бемор бош оғришига шикоят қилади, қусуш ва менингиал белгилар кузатилади. Лумбал пункцияда орқа мия суюқлиги катта босим билан чиқади, аммо унинг хоссалари ўзгармайди. Беморнинг ахволи тезда яхшиланиб менингизим холати йўқолади, бундай холатда менингитни фақат пункциядан сўнг мустасно қилинади.

### Амалий машғулот №9:

**Мавзу номи: Силга қарши муассасалар. Силга қарши диспансер таркиби ва вазифалари. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари.
	3. Туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари.
	4.Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усулларитўғрисида маълумот бериш. Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш.</p> <p>Талабаларга силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усулларитўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоёйиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

***Талаба бажара олиши керак:***

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.*Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:*
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни кўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопротектикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар**

1. Туберкулёзга қарши диспансернинг тузилиши.
2. Туберкулёзга қарши диспансернинг асосий вазифалари.
3. Туберкулёз билан касалланган беморларни амбулатор назорат гуруҳларини санаб беринг.
4. СКД гуруҳига мос беморларга асосланиб касалликнинг асосий кўрсаткичларини айтинг.
5. Беморларни бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш асосларини айтинг.
6. Туберкулёз жараёни фаоллигининг аниқловчи усулларни айтинг.
7. Туберкулёзга қарши курашишда СЭС вазифаларини айтинг.
8. Ўчоқ тоифалари ва 3 тоифага бўлиниш тамойилларини айтинг.
9. Турли тоифадаги ўчоқларда эпидемияга қарши чораларни аниқланг.
10. Турли тоифадаги ўчоқларга фтизиатр қанча муддатда боради?
11. Мулоқотда бўлганларга нисбатан қандай чоралар ўтказилади?
12. СКДда қандай профилактика усуллари ўтказилади?
13. Санитар профилактика усулларини айтинг.
14. БЦЖ вакцинасига кўрсатмаларни аниқланг.
15. Қайси гуруҳдаги шахсларда химиопротектика ўтказилади?

### **Туберкулёзга қарши ишларни ташкиллаштириш**

Туберкулёз ижтимоий қарам касаллик бўлгани учун туберкулёз билан курашиш давлат аҳамиятига молик иш ҳисобланади. Туберкулёз билан курашиш Федерал қонунлар, ҳукумат қарорлари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги буюруқлари билан тартибга солинган.

Туберкулёзга қарши чора-тадбирларни бошқаришни ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ва жойлардаги соғлиқни сақлаш бошқармалари томонидан амалга оширилади. ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлигида, вилоятларда, шаҳарларда, туманларда ҳамда бир қанча бошқармаларда фтизиатрия бўйича бош мутахассис (бош фтизиатр) бор.

Туберкулёзни тарқалиш профилактикасига касалларни аниқлаш, уларни даволанишини ва реабилитациясини назорат қилиш, тиббиёт ходимларини билим даражасини ошириш ва кўпгина бошқармаларда, хизмат жойларида, ташкилотларда ва жамоатчилик жойларида аҳолини кенг қамровли қатнаштириш керак.

### **Умумий даволаш-профилактика тармоқларини ўрни**

Барча даволаш-профилактика муассасалари – поликлиникалар, шифохоналар, тиббий-санитар бўлимлар ва тиббий хизматни бошқа бўлимларини зарурий вазифаси аҳоли ўртасидан туберкулёз касалларини ўз вақтида аниқлашдир.

Умумий даволаш тармоқларида туберкулёзни аниқлашни ташкиллаштиришда қуйидагиларга катта эътибор бериш керак:

- Туберкулёзга бирламчи текшириш барча диагностик ва даволаш-профилактик муассасаларда ўтказилиши шарт.
- 3 хафтадан ортиқ давом этаётган балғамли йўталаётган кишиларнинг ҳаммасини балғамини кислотага тургин микобактерияга (КТМ) барча лаборатор текшириш компонентлари билан микроскопик текшириш керак.
- Туберкулёзга тахмин бўлганда ёки туберкулёз топилганда беморга махсус муассаса – туберкулёзга қарши диспансерга йўлланма бериш керак.

Туберкулёзни эрта аниқлаш ва уни профилактика қилиш мақсадида поликлиникадаги туберкулёз билан касалланиши юқори бўлган беморлар контингентини қуйидаги гуруҳларга ажратилади:

- 1) ўткир респиратор касаллиги қайталанган беморлар, зотилжамни қайталаниши ёки атипик кечиши, ўпканинг сурункали носпецифик яллиғланиш касалликлари. Бу беморларнинг ўпкасида туберкулёздан кейинги ўзгаришларга хос ўзгаришлар бўлмаса бу беморларни балғамини ёки бронх ювундисини ТМБ сига ҳамда йилга бир марта рентгенологик текшириш ўтказиш керак. Ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгариши ёки туберкулинга гиперергик сезгирлиги бор беморларни йилига икки марта рентгенологик текшириш ва балғамини таҳлил қилиб туриш, ҳамда беморлар туберкулёзга қарши диспансерда маслаҳат олиб туришлари керак;
- 2) плеврит ўтказган кишилар. Уларни туберкулёзга қайта текшириш ва туберкулёзга қарши диспансерга йўлланма бериш керак;
- 3) ўпканинг чангли касб касалликларига чалинганлар, ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгаришлар бўлиш бўлмаслигидан қаттиқ назар йилига икки марта туберкулёзга текширилиб туришлари шарт. Йилига бир марта фтизиатр кўригидан ўтиши керак;
- 4) ошқазон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўйича операция бўлган беморлар. Ўпкасида туберкулёздан кейинги ўзгаришлар бўлмаган тақдирда бу беморлар йилига бир марта туберкулёзга текширилиб турилади. Ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгариши ёки туберкулинга гиперергик сезгирлиги бор беморлар йилига икки марта фтизиатр кўригидан ўтишлари шарт;
- 5) қандли диабет касаллари ўпкасида туберкулёздан кейинги ўзгаришлар бор йўқлигидан қаттиқ назар йилига икки марта текширишдан ўтишлари керак. Ўпкасида патология аниқланганда фтизиатр кўригидан ўтиши зарур;
- 6) туғриқдан кейинги даврдаги аёллар. Бу гуруҳдагиларни туберкулёзга текшириш туғриқдан кейинги биринчи ой давомида ўтказилиши керак;
- 7) туберкулинга бўлган реакцияси узоқ муддат (6 ойдан ошиқ) гиперергик сақланиб келаётган 30 ёшгача бўлган кишилар. Бу гуруҳдаги кишилар туберкулёзга қарши диспансерда текширилиши ва кузатувда туришлари керак;
- 8) кортикостероид гормонлар билан даволаниши зарур бўлган беморлар, даво бошланмасдан олдин ва даво курсидан кейин йилига икки марта ўпкани рентгенологик текширувдан ўтказиш керак. Ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгариш бўлганда фтизиатр кўриги ва кимёвий профилактика ўтказиш зарур;
- 9) сурункали рухий касалликка чалинганлар. Бу беморларда ўпканинг рентгенологик текшируви йилига икки марта ўтказилади. Бу текшириш биринчи навбатда рухий касалликлар шифохонасидагиларда, қариялар уйдагиларда ва ногиронларда ўтказилиши керак;
- 10) сурункали алкоголизм ва наркоман касаллар. Бу гуруҳдаги касалларда ўпканинг рентгенологик текшируви йилига икки марта ташкиллаштирилади;
- 11) ОИВ-инфицирланган кишилар. Бу гуруҳ бўйича ҳисобда турадиган кишиларда туберкулиндиагностика (2 ТБ билан Манту синамаси) йилига икки марта, ўпканинг рентгенологик текшируви йилига 1 – 2 марта ўтказилади.

## **Ихтисослаштирилган туберкулёзга қарши хизмат**

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимида ихтисослаштирилган туберкулёзга қарши ёки фтизиатрия хизмати мавжуд. Бу хизмат туберкулёзга қарши ишлашда ташкилий-услубий қўлланмаларни ишлаб чиқади, туберкулёз касалларидаги диагностик саволларни, даволашни ва реабилитацияни барча кўринишларини ҳал қилади. Туберкулёзга қарши врач-фтизиатрлар ва ҳамширалар, фельдшерлар, лаборантлар, техниклар ишлайдилар.

Туберкулёзга қарши хизмат минтақавий ақидага асосан тузилган. Хизматларни барчасини асосий звеноси бўлиб, туберкулёзга қарши диспансер ҳисобланади. Минтақавий диспансерлар вилоят, шаҳар ва туман диспансерларига бўлинади. Диспансерлардан ташқари, туберкулёз шифоналари, санаториялар, болалар ясли ва боғчалари, болалар ва ўсимрлар учун мактаб-интернатлар бор.

**Туберкулёзга қарши диспансер** – бу иккита ўзига хос тарафлари билан фарқланадиган ихтисослаштирилган даволаш-профилактика мусассасидир. Биринчи фарқи, диспансер ёпиқ типдаги муассаса ҳисобланади: диспансер туберкулёзга тахмин бўлган кишиларни врачни йўлланмаси билан ва туберкулёз ташхиси қўйилган беморларни қабул қилади. Иккинчи фарқи – касалларни қабул қилади ва туберкулёзни тарқалишини огоҳлантириш мақсадида соғлом одамларни кузативда кўради.

Диспансерни асосий вазифаси минтақавий туберкулёз билан курашиш бўйича ташкилий-услубий маркази сифатида туберкулёздан инфицирланишни, касалланишни, касалликни ва ўлимни пасайтириш. Диспансерни аниқ вазифаси кўп қиррали ва беморларга маслаҳат бериш, текшириш ва даволаш, туберкулёз касалларини ва ҳавф гуруҳидаги соғлом кишиларни узлуксиз ва актив кузатишдир.

Диспансер туберкулёзни санитар профилактикаси бўйича комплекс тадбирларни, вакцинация жараёнини бошқаришни амалга оширади, туберкулёз бўйича аҳолини қайта текширишда услубий ёрдамларни кўрсатади, беморларни реабилитацияси ва иш қобилиятини экспертизацияси билан шуғулланади.

## **Силга қарши курашиш диспансерлари назорат гуруҳлари**

Сўнгги 10 йиллар давомида туберкулёз хасталиги бўйича эпидемиологик ҳолат ёмонлашди, туберкулёз патоморфози оғирлашиб уни даволашга ёндошиш ўзгарди. Сўнгги йилларда Ўзбекистонда DOTS стратегияси фаол татбиқ этилмоқда.

Буларнинг ҳаммаси фтизиатрия хизмати диспансери иши услубларини мукаммаллаштиришнинг йўллари излашни талаб қилади.

Силга қарши курашишни ташкил этишда силга қарши курашиш диспансери асосий ўринни эгаллайди. Силга қарши курашиш диспансери туберкулёз билан хасталанган беморларни, ва туберкулёз таёкчаси ажратувчи беморлар билан мулоқотда бўлган, «силга мойил бўлган» шахсларни фаол кузатишни ташкил этишда асосий ўрин эгаллайди.

Бугунги кунда диспансер ҳисобида турган беморларнинг 25% силдан соғайган ва силга мойил шахслар ташкил этиб, улар мунтазам текширувдан ўтиб касаллик қайталанишига қарши даво ёки химиопрофилактика олишлари лозим.

Бу гуруҳлар фтизиатрларнинг вақтини олиб, уларнинг асосий ишлари – туберкулёз билан хасталанган беморларни даволаш, соғайтириш, туберкулёз ўчоғларида профилактик ва соғайтириш ишларини олиб боришларини қийинлаштиради.

Сўнгги йилларда силни кимёвий даволашда ёндошиш кам ўзгарди. Ўзбекистонда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) дастури – DOTS фаол татбиқ қилиниб, у ўз ичига қисқа мuddатли (6-8 ой) назоратдаги давони қамраб олган.

Даволаш ва эпидемиологик принципларга асосланган диспансер назоратидаги гуруҳларининг мукаммал шакли ишлаб чиқилган ва уларнинг сони VIII тадан IV тага, яъни 2 марта камайтирилган. Назоратдагининг янги гуруҳлар амалий фтизиатрларга силни диагностикаси, даволаш, реабилитация ва профилактикаси масалаларини ўз вақтида ҳал этилишига ҳамда назорат гуруҳларидаги беморлар ҳаракатни, назоратдан чиқаришни ҳозирги замон талабларига кўра ёндошишга ёрдам беради.

## **1. Катта ёшдаги беморлар диспансер шароитида кузатиш усуллари**

Силга қарши курашиш диспансери назоратида туриши лозим бўлган катта ёшдаги беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

### **I гуруҳ – нафас аъзолари фаол сили:**

**A гуруҳча** – туберкулёз касаллиги илк бор аниқланган, қўзиган ёки қайталанган,

**B гуруҳча** – самарасиз даволаш туфайли сурункали туберкулёз жараёни билан хасталанган беморлар,

**B гуруҳча** – силга қарши дориларга полирезистент туберкулёз таёқчалари ажратадиган беморлар.

### **II гуруҳ – нафас аъзоларининг фаол бўлмаган сили:**

**A гуруҳча** – ўпка ва плеврасида катта қолдиқ ўзгаришлар қолган, фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар, шунингдек I гуруҳдан самарали даволаш ва тузалгандан сўнг ўтказилган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлган, лекин силини қўзғатиш омиллари мавжуд беморлар; илк бор фаол бўлмаган нафас аъзоларининг сили аниқланган беморлар,

**B гуруҳча** – I гуруҳдан самарали даволанган ва клиник тузалган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган, туберкулёз қўзғатувчи омиллари бўлмаган, фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар ҳамда илк бор фаол бўлмаган нафас аъзолари сили аниқланган беморлар.

### **III гуруҳ – ўпкадан ташқари аъзолар сили:**

**A гуруҳча** – ўпкадан ташқари аъзоларининг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталанган ва қўзиган), ҳамда ўпкадан ташқари аъзоларининг сурункали сили билан хасталанган беморлар,

**B гуруҳча** – ўпкадан ташқари аъзоларининг фаол бўлмаган, шу жумладан илк бор аниқланган сили билан хасталанган беморлар,

**B гуруҳча** – ўпкадан ташқари аъзолари силидан тузалиб, клиник соғайишдан сўнг қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

### **IV гуруҳ – туберкулёз билан хасталаниши хавфи юқори бўлган шахслар:**

**A гуруҳча** – туберкулёз таёқчаси ажратадиган беморлар ёки туберкулёз билан хасталанган кишлок хўжалиги хайвонлари билан мулоқотда бўлган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги одамлар,

**B гуруҳча** – туберкулёз таёқчаси ажратмайдиган фаол туберкулёз билан хасталанган бемор билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар,

**B гуруҳча** – туберкулёз билан илк бор зарарланган (вираж), туберкулинга гиперергик реакция берган, БЦЖ дан сўнгги асорат бўлган болалар ва ўсмирлар.

## **Диспансер назоратига олиш, бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтқизиш ва назоратдан чиқариш мезонлари**

### **I гуруҳ**

I гуруҳ, A гуруҳчага қуйидаги беморлар назоратга олинадилар:

-нафас аъзоларининг фаол сили билан хасталанган беморлар;

-туберкулёз жараёни қайталанган беморлар;

-жарроҳлик муолажалари–тарқалган деструктив туберкулёз жараёни сабабли лобэктомия, биллобэктомия, ҳар хил бўлақлар резекциясидан сўнгги ҳолатлар; сурункали ригид плеврит, плевра эмпиемасида плевроэктомия, қисман плевроэктомия ва декортикациясидан сўнгги беморлар, поликаверноз туберкулёз ва эмпиема сабабли қилинган пульмонэктомия ва плевропульмонэктомия, торакопластикадан сўнгги беморлар; жарроҳлик операцияларидан сўнгги асоратлар (плевра эмпиемаси, плевра эмпиемаси ва бронх оқмаси, туберкулёз жараёни реактивацияси).

Нафас аъзолари фаол сили бактериоскопик, бактериологик ва рентгенологик, ҳамда бошқа инструментал, лаборатор усуллар билан тасдиқланиши лозим.

**Гуруҳда кузатишнинг энг кам муддати – 1 йил.**

Беморлар жарроҳлик муолажаларининг асоратларида (плевра эмпиемаси, бронхиал оқма яра ва плевра эмпиемаси туберкулёз жараёнининг реактивацияси), қайта жарроҳлик муолажаларидан кейин (пульмонэктомия, плевропульмонэктомия, торакопластика, бронх йўллариининг қайта резекцияси) I гуруҳ диспансер кузатувида камида 2 йил бўладилар.

Беморларга туберкулёз жараёнининг барқарорлашувига қадар стационарда, кейин йилда 2 марта, баҳорда ва кузда, 3-4 ой давомида, амбулатор ёки санаторийда, агар оғирлаштирувчи омиллар бўлса йил мавсумига қарамасдан комплекс химиотерапия ўтказилади.

Касалликнинг яхши кечишида, ҳамда жараённинг қўзиши белгилари пайдо бўлганда амбулатор шароитда комплекс текширув 3 ойда 1 маротаба ўтказилади.

Беморларни 2 гуруҳга ўтказиш мезонлари қуйидагилардир: 6 ой мобайнида микобактерияларни йўқолиши, ковакларни тозаланиши, интоксикациянинг йўқлиги, лаборатория кўрсаткичларини меъёрлашуви ва ўпкадаги рентгенологик ўзгаришларнинг барқарорлиги.

#### **Гуруҳча остида кузатув муддати - қатъий индивидуал, камида 2 йил.**

I гуруҳ, B гуруҳ ости, силга қарши бир неча дориларга бирламчи ва иккиламчи чидамли, полирезистент туберкулёз микобактерияларни ажратадиган беморлар (биринчи аниқланган ва аввал даволанган) кирадилар. Бу беморларда ҳам, туберкулёз микобактериялари дориларга чидамлилигини ҳисобга олиб химиотерапия ўтказиш масалалари, ҳамда «полирезистент туберкулёз» билан мулоқотда бўладиганлар касалликни олдини олиш муҳим Беморлар асосий интенсиф химиотерапия курсини стационарда олишлари керак, даволашни давомини эса амбулатория шароитида клиник соғайгунча оладилар. Диспансерда текширув – ҳар ойда.

#### **Беморларни II гуруҳга ўтказиш критерийлари, A ва B гуруҳ остидагилардек.**

##### **Гуруҳча остида кузатиш муддатлари – индивидуал.**

##### **II гуруҳ**

II гуруҳ, A гуруҳча ости диспансер кузатувида олинадилар:

- нафас аъзолари нофаол сили бўлган беморлар I гуруҳдан ўтказилган, самарали химиотерапия олгач ёки жарроҳлик муолажаларидан кейин, ўпка ва плеврадаги катта қолдиқ ўзгаришлари мавжуд беморлар (соғайганлигини назорат қилиш учун);

- нафас аъзолари нофаол сили бўлган беморлар, I гуруҳдан ўтказилган, самарали химиотерапиядан сўнг клиник тузалган, кичик қолдиқ ўзгаришлар бор, ноқулай шароитда яшовчилар (соғайганлигини назорат қилиш учун);

- биринчи маротаба аниқланиб, аввал кузатувда турмаган нафас аъзоларининг нофаол сили мавжуд беморлар.

**Қолдиқ ўзгаришлар** деб, қаттиқ ва калцийлашган ўчоқлар, ва ҳар хил катталиқдаги фокуслар, фиброз чандикли ва цирротик ўзгаришлар (шу жумладан, тозаланган қолдиқ бўшлиқлар), плевра ўзгаришлари, ўпка ва плеврадаги жарроҳлик муолажаларидан кейинги ўзгаришлар.

II A гуруҳ ости кузатувида турган беморлар, 6 ойда 1 маротаба диспансерда комплекс текширувдан ўтишлари керак. Уларга амбулатория шароитида (баҳорда ва кузда) рецидивга қарши 2 ойлик (2 та препарат) химиотерапия курслари белгиланади. Оғирлаштирувчи омиллар бўлганда рецидивга қарши химиотерапия курслари, йил мавсумига қармасдан, 3 ой муддатга белгиланади, уларни санатория шароитида ўтказилгани маъқул.

II B гуруҳча кузатувида, самарали химиотерапиядан ёки жарроҳлик муолажаларидан кейин клиник соғайиш билан I гуруҳдан ўтказилган нафас аъзолари нофаол сили бўлган беморлар, ўпка ва плеврадаги кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган ва оғирлаштирувчи факторлари бўлмаган беморлар олинади.

II B гуруҳча кузатувида турган беморлар, 6 ойда 1 маротаба диспансер комплекс текширувидан ўтишлари керак. Уларга йилда 2 маротаба (баҳорда ва кузда) 2 ойлик рецидивга қарши химиотерапия курслари (2 силга қарши препаратлар) амбулатория шароитида тайинланади. Туберкулёз беморларни диспансер кузатувидан ўчириш мезонлари: силнинг хуружи ва рецидивларининг йўқлиги. **Кузатув муддати – 1 йил.**



### III гуруҳ

III А гуруҳча қуйидагилар кузатувга олинади:

-суяк ва бўғимларнинг фаол сили билан биринчи маротаба аниқланган беморлар, сийдик-таносил сили билан, марказий нерв тизими ва мия қаватлари (қобиқлари) сили, ташқи лимфа тугунлари сили, абдоминал туберкулёз, кўз сили, тери ва тери ости қавати сили билан;

-силнинг ўпкадаги ташқари турларининг хуружи ва рецидиви бўлган III Б ва III В гуруҳ остидаги беморлар;

- суяк ва бўғимлар, буйрак ва сийдик йўли, таносил аъзолари сили, абдоминал туберкулёз, ташқи лимфа тугунлари сили сабабли радикал тикловчи жаррохлик муолажаларидан кейинги беморлар;

- жаррохлик муолажаларидан кейинги асоратлари бўлган беморлар (окма яралар, трансплантатнинг синиши, гидронефроз ва б.);

- ўпкadan ташқари силнинг сурункали тури бўлган беморлар.

III гуруҳча кузатувда турувчи **суяк-бўғим силининг** фаол шакли бўлган беморлар, тарқалган жараёнда интенсив химиотерапиянинг асосий курсини 4-5 препаратлар билан 6 ой давомида стационарда олишлари керак, чегараланган жараёнда – 3 ой давомида.

Диспансерда суяк ва бўғим силининг клиник соғайгунигача амбулатория химиотерапияси давом эттирилади, бу III Б гуруҳча остига ўтказиш учун критерий (мезон) ҳисобланади. Диспансер шароитида комплекс текширув – ҳар ойда, фтизиоортопед консультацияси 2 ойда 1 марта.

Сийдик-таносил силининг фаол шакли бўлган, III А гуруҳча ости кузатувида бўлган беморлар, стационарда 3-4 препаратлар билан 2-4 ой давомида интенсив химиотерапия курсини ўтишлари керак, кейинчалик даволаниш амбулатория шароитида 2-3 химиопрепаратлар билан (интермиттик) кунора усули билан 4-6 ой давом эттирилади. Беморлар ҳар ойда клиник текширилиб, фтизиоуролог, гинеколог консультацияси 2 ойда бир марта. Зарур бўлганда жаррохлик муолажаси ўтказилади.

Беморни III Б гуруҳчага ўтказиш учун комплекс текшириш ва касалхона шароитида Кох синамасини қўйиш талаб этилади. III А гуруҳча назоратидаги сийдик ва таносил туберкулёз беморлари кузатиш даври касалликнинг хилига боғлиқдир. Касалликнинг чекланган хиллари ва жаррохлик муолажаси қўллангандан сўнгги ҳолатда 1 йил, тарқалган хилларида эса 2-5 йил кузатишни талаб этади.

**Периферик лимфа тугунлар** сили билан кузатиладиган беморлар даволашнинг асосий қисмини касалхонада (3 ой), кейинги қисмини эса амбулатор шароитда ҳар ойда 1 марта текшириш йўли билан клиник соғломланишигача давом эттирилади.

III А гуруҳчадаги бу беморлар назорат даври 1-2 йилдир.

**III гуруҳ, Б гуруҳчасига** қуйидагилар диспансер ҳисобига олинади:

- самарали даводан кейин клиник соғломлашган III А гуруҳчадан ўтказилган қолдиқ ўзгаришлари мавжуд нофаол ўпкadan ташқари туберкулёз билан хасталанган беморлар;

- олдин диспансер назоратида турмаган, биринчи марта топилган нофаол ўпкadan ташқари туберкулёз билан оғриган беморлар.

**III гуруҳ В гуруҳчасига** қуйидагилар назоратга олинади:

-III Б гуруҳ тизимидан ўтказилган, катта қолдиқ ўзгаришлари бор нофаол ўпкadan ташқари туберкулёз касалликларида туберкулёз жараёнини оғирлаштирувчи омиллари бор беморлар.

Ушбу гуруҳ беморлари диспансерга 6 ойда 1 марта ташриф буюришади, 1 йилда 1 марта эса комплекс текширувдан ўтказилади

**Назорат вақти – 2-4 йил.**

### IV гуруҳ

**IV гуруҳ** туберкулёз ривожланиш ҳавфи бўлган гуруҳлар мажмуи бўлиб, уларга туберкулёз таёқчаси ажратувчи беморлар, қишлоқ хўжалик ҳайвонлари билан мулоқатдаги катталар, ўсмирлар, болалар, фаол туберкулёз беморлари билан мулоқатдаги ўсмирлар, болалар ва туберкулёз билан бирламчи зарарланган (вираж), туберкулёз билан олдин

зарарланган (инфицированный) ва туберкулинга гиперергик жавоб берувчи, БЦЖ эмлашидан кейинги ривожланган асоратлари бор болалар ва ўсмирлар киради.

#### **IV гуруҳ, А гуруҳчаси ҳисобига қуйидагилар олинади:**

- туберкулёз микобактериясини ажратувчи фаол туберкулёз беморлари билан оила, ҳовли, уй-жой, қариндошлик мулоқатда бўлган катта шахслар, ўсмирлар, болалар;

-қора моллар орасида туберкулёз тарқалган хўжаликларда ишловчи ходимлар.

Туберкулёз бўйича салбий эпидемиологик кўрсаткичларга эга чорвадор хўжаликларда, фермаларда меҳнат қилувчи кимсалар ҳам диспансерда 1 йилда 2 марта текширилади, ва куз, баҳор ойларида битта дори билан кимёвий профилактика курси ўтказилади.

#### **Туберкулез профилактикаси усуллари**

Туберкулёз ижтимоий ва тиббий муаммо ҳисобланади. Бу туберкулёз профилактикаси учун ижтимоий ва тиббий йўналишдаги чора-тадбирлар мажмуи лозимлигини англатади. Ижтимоий йўналишдаги тадбирлар туберкулёз инфекциясининг тарқалиши ва касаллик пайдо бўлиши учун замин яратадиган шароит ва ижтимоий хавф омилларни камайтириш ва иложи борича йўқотишга қаратилган бўлиши лозим.

Бундай ёндошув турлича профилактик тадбирларни амалга ошириш ва шартли равишда туберкулёзнинг санитар ва махсус ва химиопрофилактикасини фарқлашга имкон беради.

**Санитар профилактика.** Санитар профилактиканинг бевосита мақсади бўлиб соғлом одамларнинг МБТ билан зарарланишининг олдини олиш ва уларни маиший ҳаётда, шунингдек ишда ҳам туберкулёз инфекцияси билан мулоқоти жудаям кам хавф туғдирадиган шароит яратиш ҳисобланади. Санитар профилактика аввало бактерия ажратувчи манбага ва туберкулёз қўзғатувчисининг юқиш йўлларига йўналтирилади.

МБТ манбалари бўлиб ташқи муҳитга туберкулёз қўзғатувчисини ажратувчи касал одамлар (антропоноз туберкулёз) ва ҳайвонлар (зооноз туберкулёз) ҳисобланади.

Бактерия ажратувчилар ташқи муҳитга кўп миқдорда МБТ ажратувчи фаол туберкулёз билан касалланган одамлар ва ҳайвонлар ката эпидемик хавф туғдиради. Бу ҳолда микобактериялар патологик материал ёки бемордан олинган бир қатор биологик субстратларни бактериологик текширганда аниқланади.

Фаол туберкулёз беморлари ҳақида маълумотлар мавжуд барча тиббий муассасалар (шу жумладан аёллар маслаҳатхонаси ҳам) ўзаро ахборот алмашишади. Биринчи марта фаол туберкулёз аниқланган ҳар бир беморга (жумладан туберкулёздан ўлганда ҳам) ташхис аниқланган жойдаги шифокор ҳаётида биринчи марта туберкулёз билан касалланган бемор ҳақида хабарнома тўлдиради. МБТ ажратаётган бемор ҳақида шифокор ҳудудий ДМСЭН учун қўшимча шошилиш хабарнома тўлдиради.

*Биринчи гуруҳни* жуда катта эпидемик хавфликка эга бўлган ўчоқлар ташкил этади. Уларга бактерия ажратувчанлик аниқланган ўпка туберкулёзи беморининг яшаш жойи киради. Бундай ўчоқларда зарарланиш хавфини кўплаб қуйидаги омиллар чуқурлаштиради: оила аъзолари ичида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар бўлиши, қониқарсиз маиший-коммунал шароит, эпидемияга қарши тартибга риоя қилмаслик. Бундай хавфли ўчоқлар кўпинча беморларни изоляциялаш мумкин бўлмаган ётоқхоналарда, коммунал хонадонларда, ёпиқ турдаги ташкилотларда бўлади.

*Иккинчи гуруҳ* МБТ ажратувчи, лекин болалар ва ўсмирларсиз алоҳида хонадонларда яшовчи ҳамда санитар-гигиеник тартибга амал қилувчи ўпка туберкулёзи беморлари мавжуд ўчоқларни ўз ичига олади. Бундай ўчоқлар ижтимоий жиҳатдан қониқарли ҳисобланади.

*Учинчи гуруҳга* рўйхатга олишда МБТ ажратиши аниқланмаган, лекин оиласида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар мавжуд фаол ўпка туберкулёзи беморлари яшайдиган ўчоқлар киради.

*Тўртинчи гуруҳ* ўчоқлари бўлиб МБТ ажратиши тўхтаган фаол ўпка туберкулёзи беморлари (шартли бактерия ажратувчилар) яшайдиган жойлар ҳисобланади. Бундай ўчоқларда контактдаги шахслар орасида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар йўқ. Хавфли ижтимоий омиллар кузатилмайди.

*Бешинчи гуруҳ* ўчоқларни зооноз ўчоқлар ташкил қилади.

Туберкулёз инфекцияси ўчоғининг маълум эпидемик гуруҳга мансублигини фтизиатр эпидемиолог-шифокор иштирокида аниқлайди. Ўчоқда унинг хавфлилигини оширувчи ёки камайтирувчи шароитлар ўзгариши уни бошқа гуруҳга ўтказишни талаб этади. Бундай қарор фтизиатр ва эпидемиолог ҳамкорлигида қабул қилинади.

**Туберкулёзни махсус профилактикаси.** БЦЖ билан вакцинация ва ревакцинация режасини врач-эпидемиолог туберкулёзга қарши диспансер бош шифакори ва ветеринар хизмат билан ҳамкорликда тузади.

Давсанэпидназорат маркази даволаш-профилактика муассасаларини БЦЖ вакцинаси билан таъминланганлигини, уни сақлаш шароитларини ва яроқлилиқ муддатини, қилиш техникасига амал қилишини ва вакцинация сифатини назорат қилади. Ҳар-бир одатдагидан ташқари ва асоратли ҳолат таҳлил ва муҳокама қилинади ва махсус акт тузилади. Вакцинация режасини амалга оширишни фтизиатр, педиатр ва эпидемиологлардан таркиб топган комиссия назорат қилиб боради.

**Туберкулёзни аниқлаш.** Ялпи туберкулинташхисоти ва “уюшган” аҳолини флюорографик текшириш режалаштирилади, ҳамда юқоридагиларни ўтишини туберкулёзга қарши диспансер ва санитар-эпидемиологик назорат маркази ҳамкорлигида назорат қилинади.

Флюорографик текширув вақтида асосий эътибор эпидемиологик кўрсаткич бўйича (“асосий” контингентларда) туберкулёзни аниқлашга қаратилади. Улар орасида актив туберкулёз аниқланса врач-эпидемиолог уларни ишдан четлаштиради.

Туберкулёз беморларига болалар ва 18 ёшгача бўлган ўсмирларни тарбиялайдиган ёки даволайдиган болалар муассасаларида, умумий овқатланиш тармоқларида, савдода, сут маҳсулотлари билан ишлаш ва шунга ўхшаган муассасаларда ишлашга рухсат берилмайди.

**Туберкулёз инфекцияси ўчоғида туберкулёзга қарши иш.** Туберкулёз инфекциясида профилактик чора тадбирларни санитар-эпидемиологик назорат маркази ва туберкулёзга қарши диспансер биргаликда амалга оширади. Санитар-эпидемиологик марказнинг асосий вазифалари:

- Фтизиатр билан ўчоқни бирламчи эпидемиологик текшириш ўтказиш ва ўчоқ чегарасини аниқлаш ва соғломлаштириш режасини ишлаб чиқиш;
- Ташкилотларда фтизиатрга ёрдам бериш ва ўчоқларда туберкулёзга қарши чора-тадбирларни ўтказиш;
- Ўчоқни динамик кузатиш, ўчоқни соғломлаштириш режасига кўшимча ва ўзгартиришлар киргизиш, ўтказилаётган дезинфекцияни ўз вақтидалигини ва сифатини назорат қилиш;
- Ўчоқда эпидемиологик ҳавф камайса ёки кўпайси ўчоқларни бошқа эпидемиологик гуруҳларга ўтказиш;
- Бактерия ажративчи беморларни фтизиатр хабарномаси асосида эпидемиологик ҳисобдан ўчириш;
- Фтизиатр талабномасига асосан туберкулёз инфекцияси ўчоғида бемор шифахонага ётқизилгандан кейин, бемор бирон жойга кетганда, эпидемиологик ҳисобдан ўчирилганда ёки бемор ўлганда якуний дезинфекция ўтказиш;
- Туберкулёз ўчоқларини (ўчоқни эпидемиологик текшириш картаси) текшириш ва кузатиш бўйича ҳисоб-китоб ҳужжатларини юритиш;
- Бутун туман бўйича туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик ҳолатни таҳлил қилиш, ўчоқдаги ишлар самарадорлигини баҳолаш ва шу ишлар натижаси бўйича фтизиатр билан муҳокама ўтказиш.

#### **Амалий машғулот №10:**

**Мавзу номи:** Силни даволаш тамойиллари ва усуллари. Силга қарши препаратлар. Туберкулинотерапия, коллапсотерапия, даволашни жаррохлик усуллари.

Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш 2.Силни даволаш тамойиллари, усуллари. 3. Силга қарши антибактериал дорилар. 4.Силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	<b>Таълимий:</b> талабаларга Силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар тўғрисида маълумот бериш. Даволаш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат. <b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. <b>Ривожлантирувчи:</b> мавзунини тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан ибораттўғрисида видеофильм, мультмедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 40 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 50дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар

Асосий босқич 35 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 35 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 35 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

### ***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

#### ***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

#### ***Талаба бажара олиши керак:***

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг тахлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт тахлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик тахлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар**

1. Туберкулёз билан касалланган беморларни даволашнинг асосий тамойиллари.
2. Асосий антибактериал (АБ) препаратларни сананг.
3. АБ препаратларнинг дозаси ва қабул қилиш режими.
4. Нима учун АБ терапиянинг давомийлигига ахамият берилади?

5. Нима учун АБ терапиянинг комплекслигига риоя этиш зарур?
6. Нима учун АБ терапиянинг босқичлилиги тавсия этилади?
7. Туберкулинотерапияўтказиш усулини.
8. Туберкулинотерапияга кўрсатмаларни айтинг.
9. Коллапсотерапияўтказиш усули.
10. Коллапсотерапияга кўрсатмаларни айтинг.
11. Жаррохлик усули билан даволашга кўрсатмаларни айтинг.
12. Санатор-курорт даволаш усуллари заруриятини асосланг.
13. ТБ билан касалланган беморларни асосий тартиб (режим) турларини айтинг.
14. ТБ билан касалланган беморларга қандай овқатланиш рационали ва тартиби белгиланади?

### **Туберкулёз беморларни даволаш**

Ўпканинг туберкулёз касаллиги билан касалланган беморларни даволашдан асосий мақсад, касалликнинг клиник белгиларини йўқотиш ва патологик ўзгаришларни тула тузалиб кетишидан иборат.

Туберкулёз касаллигининг турли хил шакллари даволаш комплекс равишда олиб борилади. Комплекс даволашнинг асосий услубларидан бири гигиено-диетик режим фонидаги *этиотроп химиотерапиядир*. Ахамиятига кура иккинчиси хирургик даволашдир. Шу каторда коллапсотерапия, турли хил патогенетик ва носпецифик воситалар, санатор-курорт даволанишлар кулланилади.

#### *Химиотерапия*

Туберкулёз касаллигининг турли шакллари даволашда ва локализациясида, МБТга самарали таъсир этувчи хусусиятга эга булган дори воситалари кулланилади. Бу ҳамма воситалар туберкулёз касаллигига қарши дори воситалар, ўтказилаётган терапия - антибактериал ёки этиотроп, яъни туберкулёз касаллигини кузгатувчисига таъсир этувчи деб аталади.

Туберкулёз касаллиги химиотерапияси икки босқичдан иборат.

Биринчи босқич - даволашнинг интенсив фазаси. Уни МБТ нинг иложи борича максимал сонини йўқотиш ва бактериал популяцияни сезиларли даражада камайтириш учун ўтказилади. Даволашнинг интенсив фазаси касалликнинг ўткир кўринишини йўқотишдан, бактериоажратмаларни тухтатиш ва жарохатланган аъзоларда ишдан чиқишни бартараф этишдан иборат.

Иккинчи босқич - даволашни давом эттириш фазаси. У эришилган натижаларни мустахкамлаш учун зарурдир. Бу босқичда сакланиб қолган МБТ га таъсир этилиб, уларни кўпайиши олди олинади. Икки босқичли даволаш туберкулёз касаллиги жараёни инволюцияси кетма-кетлигига таъсир этади, клиник тургун самара беради ва туберкулёз касаллиги рефаоляциясини олдини олади. Туберкулёз касаллиги икки босқичли химиотерапиясининг асосий принциплари:

- 1) *эрта бошлаш;*
- 2) *опт.мал давомийлик ва узлуксизлик;*
- 3) *дори воситаларини комбинациясини куллаш;*
- 4) *комплектлик;*
- 5) *даволашни назорат қилиш;*

#### **Туберкулёз касаллигига қарши химиопрепаратлар**

Клиника шароитида туберкулёз касаллигига Қарши препаратлар 2 та гуруҳга булинади. Биринчи гуруҳга туберкулёз касаллигига Қарши 5 та препаратлар киритилган: изониозид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол ва стрептомицин. Уларасосий ёки биринчи қатордаги препарат деб аталади ва туберкулёз касаллиги биринчи марта аниқланган беморларга буюрилади.

Иккинчи гуруҳга: тропионамид (этионамид), канамицин, амикацин, капреомицин, циклосерин, рифабутин, ПАСК ва фторхинолонлар - офлоксацин, левофлоксацин,

миксифлоксацин киради. Иккинчи гурух препаратлари резерв катор препаратлари деб аталади ва МБТ биринчи катор препаратларига чидамлилиги билан ажралган беморларга кулланилади

### Туберкулёз касаллигига қарши препаратлар

Препарат гурухлари	Номланиши	У мумқабул килинган қисқартмалар	Препаратнинг халқаро номланиши
Асосий	Изониазид	H	Isoniazid
	Рифампицин	R	Rifampicin
	Пиразинамид	Z	Pyrazinamid
	Этамбутол	E	Ethambutol
	Стрептомицин	S	Streptomycin
Резерв	Протионамид(этионамид)	Pt	Prothionamide (Ethionamide)
	Канамицин	K	Kanamycin
	Амикацин	A	Amicacin
	Капреомицин	Cap	Capriomicin
	Циклосерин	Cs	Cycloserine
	Рифабутин	Rb	Rifabutin
	ПАСК	PAS	Para- aminosalicylicacid
	Фторхинолонлар (офлоксацин, лефлоксацин, моксифлоксацин)	Fg	Ofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin

#### Асосий препаратлар

**Изониазид (H)** - гидразид изоникотин кислотали - ўткир спецификага эга юкори самарали туберкулёз касаллигига қарши препарат. МБТ одам ҳолатидаги нисбатан ута фаол. МБТ га изониазиднинг таъсир этиш механизми уларнинг ДНК фосфолипид синтезини босиш ва девор бутлигини бузилишини олдини олиш. Препарат ҳдёт учун зарур микробактериялар ва темир катионини ташки ва ички туқималари билан бирлашувини таъминлайди ва оксидланиш жараёнини блокировкалайди. Изониазиднинг юкори концентрациясида бактериоцид таъсир юзага келади.

**Рифампицин (R)** - кенг камровли антибиотик таъсирга эга булган туберкулёз касаллигига қарши энг яхши самара берувчи препаратдир. У МБТ га бактерицид самара берувчи, стерилизацияловчи хусусиятга эга.

Рифампициннинг таъсир этиш механизми асосан полимираз - РНК га боғлиқ булган днк комплексини ҳосил килиш билан, РНК синтезини йўқотишга асосланган. Натижада МБТ да генетик иншакцияни ўтказиш бузилади, ва янги микробактериялар ҳосил булмайд.

Рифампицин ичакка яхши сурилади ва организмдаги суюкликка ва туқимага сингади. конда максимал концентрацияга 2-3 соатдан сунг эришилади ва 12 соатдан ортик вақт давомида сакланиб туради. Рифампицин организмдан асосан сафро билан, 25% яқини эса - сийдик билан чиқарилади. Рифампицин қабул килувчи беморларда куз ёши, балгам, сийдик ва ахлат кизгиш-тук сарик рангда булади. Рифампициннинг суткалик даволаш дозаси 10 мг/кг.

**Пиразинамид (Z)** - синтетик юкори самарали ва катъий специфик туберкулёз касаллигига қарши препарат. Пиразинамиднинг МБ Т га таъсири узига ҳосдир, чунки казеоз некрози Учогида жуда сезиларли, у нордон реакцияга эга. Пиразинамиднинг максимал бактериостатик самараси асосан нордон мухитда (рН 5,5) аниқланган

**Этамбутол (E)** - синтетик туберкулёз касаллигига қарши препарат. Этамбутолнинг таъсир этиш механизми синтезни тутатиш ва МБТ рибонуклеин кислотаси стабилизациясига асосланган. Натижада микробактерия туқима девори синтез и блокирланади. Бундай самара доимий ва препаратларнинг кондаги юкори концентрация сида юзага келади.

Этамбутол асосан бактериостатик таъсир этади, лекин бунда бактериостатик самара юзага келиш эхтимоли бор

Этамбутолнинг суткалик даволаш дозаси 25 мг/кг ичига юборилади.

**Стрептомицин (S)** - биринчи антибиотик, унда биринчи бўлиб туберкулёз касаллигига қарши фаоллик аниқланган бўлиб, ҳозирги давргача уз маъносини йўқотмаган. Стрептомициннинг таъсир этиш механизми МБТ да оксил синтези бузилишига асосланган.

Препарат нуклеин кислота билан бирикиб, микроб туқимаси ферменти тузилишида асосий уринни эгаллайди, уларнинг алмашинувини бузади. Касалликнинг прогрессирланган оқимида МБТ штампларининг тез кўпайишига стрептомицин бактериостатик ва бактериоцид таъсир этади.

#### **Резерв препаратлар**

**Протионамид (Pt)** химиопрепарат хисобланиб этионамид гомологи хисобланади. Протионамид таъсир механизми. Бактерия хужайрасида модда алмашинувчининг бузилиши билан боғлиқ. Асосан бактериостатик таъсир кўрсатади. Бактериоцид эффектини кўрсатиш ҳам мумкин. Протионамид кислотали муҳитда узининг фаоллигини

саклайди. Протионамид ошқозон Ичак трактидан секин сурилади. Кондаги максимал концентрацияга қабул қилингандан 1-2 соатдан кейин эритилади. Препарат бутун организмга бир текисда тарқалади. гематоэнцефалик барьердан яхши утади. 90 % жигарда метаболизмга учрайди.

Протионамиднинг суткалик даволовчи дозаси 15 мг/кг одат да препарат ичишга буюрилади.

**Канамицин(К)**- Аминогликозидлар гуруҳига киритилган. Бактериостатик таъсир кўрсатади. АБТ организмдаги оксил синтезини бузилиши билан таъсир кўрсатади. Канамицин рибосомада специфик протеинлар блокадаси ва полипектид занжири ҳосил булишининг бузилиши билан таъсир кўрсатади.

Стрептомициндан кучсизрок. Лекин, стрептомицинга чидамли штаммларга таъсир кўрсатиш хусусиятига эга.

#### **Силга қарши препаратлар таъсирининг умумий қонуниятлари.**

In-vivo силга қарши препаратлар асосан бактериостатик таъсир қилади, лекин изониазид Рифампидин, стрептомицин ва бошқа фторхинолон каторидаги препаратлар бактерицид таъсир ҳам кўрсатади. Бундай эффект асосан препаратларнинг туберкулёз таёкчасига таъсир механизмига ва унинг шикастланган соҳадаги микдорига боғлиқ.

Продуктив яллигланиши ўзгаришларига кузгатувчининг хужайра ичида жойлашганлиги ҳос. Туберкулёз таёкчалари жойлашишига боғлиқ булган силга қарши препаратларнинг фаоллиги

Препарат	Фаоллик
Изониазид Рифампицин	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида ва ташқарисида жойлашганда фаол.
Стрептомицин Канамицин Флоримицин Каприомицин	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида жойлашганда кучсиз, хужайра ташқарисида кучли
Пиразинамид	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида жойлашганда кучли, хужайра ташқарисида кучсиз
Этионамид Этамбутол Протионамид Циклоцерил	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида жойлашса кучсиз, хужайра ташқариисда уртача
ПАСК Тибон	Туберкулёз таёкчаси хужайра ташқарисида ва ичида жойлашганда кучсиз



Химиотерапия усули препаратларнинг микробларга булган улдирувчи таъсирини максимал таъминлаб бериши дорига чидамли штаммларнинг хосил булишини олдини олиши ва имкони борича беморлар учун нокулайликлар яратмаслиги керак.

Химиотерапиянинг асосий схемаси изониазид, рифампицин ва пиразинамид комбинацияларидан иборат. Колган препаратлар уланинг комбинацион партнёрлари хисобланади. Туберкулёз билан огриган беморларга химиотерапия схемасини тушшида касалликнинг қачон бошланганлиги ва силга оид шикастланишнинг хусусияти бактерия ажратишнинг бор еки йўқлиги, туберкулёз таекчасининг препаратларга сезгирлиги ва олиб борилган давонинг давомийлиги ва натижасини хисобга олган холда шартли равишда гуруҳларга булинади. 2003-йили Согликни саклаш вазирлиги олдинги ва халқаро тажрибаларга суянган холда индивидуал режа асосида даволаш учун асос буладиган химиотерапиянинг стандарт режимини тасдиқлади.

### Туберкулёз касаллиги химиотерапиясининг стандарт режими.

Беморлар гуруҳи.	Даволаш этапи	
	Интенсив фаза	Давом этиш фюаси.
<p>Биринчи аниқланган БК + Ва тарқалган туберкулёз билан огриган.</p> <p>Туберкулёз таекчасининг дорига чидамлилиги хавфи юкори Булмаган аввал даволанган</p> <p>Туберкулёз таекчасининг дорига Булган чидамлилик хавфи юкори булган, олдин даволанган</p> <p>Биринчи марта аниқланган, чегараланган давомийликдаги бактерия ажратмайдиган</p> <p>Туберкулёз микобактерияларининг дорига чидамлилиги тасдиқланган</p>	<p>HRZE/ S- 2 ой</p> <p>HRZES-2 ОЙ HRZE- 1ой</p> <p>IRZE Pt Cap ёки K Ig- 3ой</p> <p>Катталар: HRZE- 2 ой Болалар : HRZ/ E - 2 ой</p> <p>Z, E, Pt, Cap, K, Fg, Rb, Cs, PAS юкоридаги препаратларнинг камида 5 тасини бой дан кам булмаган вакт давомида</p>	<p>Катталар:HR-4 ой ёки HE 6 ой болалар;HR- 6-ой HZE 6ой</p> <p>Катталар :HRE- 5 ой Болалар : HRE- 6 ОЙ</p> <p>Микобактериянинг сезгирлигини хисобга олган холда индивидуал 23 препаратни 6 ойдан кам булмаган холда</p> <p>HR- 4 ой ёки HE- 6-ой</p> <p>E, Pt, Fg, Rb, Cs, PAS индивидуал I микобактериянинг сезгирлигини хисобга олган холда минимум 3 та препаратни 12 ой дан кам булмаган вакт давомида</p>

### Туберкулёз касаллигида химиотерапия курсини баҳолаш мезони

	Таърифи
Тулик эффективли курс (клиник, рентгенологик ва бактериялогик	Бемор бактерия ажратувчида даво натижаси балгамни неготивлиги ва клиник рентгенологик динамиканинг ижобийлиги билан боҳоланади Бактерия ажратмайдиган беморда даво натижаси клиник рентгенологик динамиканинг

маълумотларга асосланиб) эффект натижаси булмаган курс даवони вақтидан олдин тухтатиш улим бемор назоратдан чикиб кетган	ижобий тамонга силжиганлиги билан боҳоланади Бактерия ажралишининг пайдо булиши ёки давом этиши билан клиник рентгенологик динамиканинг салбийлигича колганлиги Тиббий нуқтаий назар буйича асосланмаган холда даवони икки ой ва ундан ортик вақтга чузилиши киметерапия вақтида улимни юзага келиши. Беморни кузатиш тухтатилган даво курси натижаси номалум бўлиб колган
--	--

Бир вақтнинг узида рифампицин, пиразинамид, изониазид ва бошқа силга қарши дорилар комбинациясини куллашни амалга оширадиган режим юкори даражада стерилизацияловчи хусусиятга эга.

Буни куллаганда тургун клиник ту:шлишга эришиш эхтимоли юкори булади.

### **Ножуя таъсирини бартараф этиш ва профилактикаси**

10-15 % беморларда силга қарши химия терапияни асоратланишига оли б келадиган холатлар ножуя таъсирлардир. Ножуя таъсирлар барча маълум булган силга қарши препаратларни куллаганда юзага чиқиши мумкин.

Уларни хусусияти ва учраш частотаси фаркланади. 4% беморларда ножуя таъсирлари хаёт учун хавф соладиган даражада булади ва препаратни бекор килишга асос булади.

Силга қарши препаратлар билан даволашда пайдо буладиган ножуя таъсирлар аллергик ёки токсик характерли булади. Айрим вақтларда уларни бир-биридан фарклар мумкин булмай қолади.

Бундаги ножуя таъсирлар токсик аллергик деб аталади. Аллергек генезга эга ножуя таъсирлар бир типли булади ва силга қарши препаратнинг химиявий хусусиятига боғлиқ булмайди. Бу реакция куйдагича юзага чиқиши мумкин: тошма, тери кичиши, ринит, харорат ошиши, бронхоспазм кам холларда Квинки шиши.

### **Силга қарши препаратлар ва уларни куллашга қарши кўрсатмалар.**

Препаратлар	Қарши кўрсатмаларга сабаблар
Изониазид	Жигар ўткир зарарланиши, эпилепсия, психозлар
Рифампицин	Анамнезда рифампицинга юкори сезувчанлик, буйрак етитмовчилиги, курув нерви касаллиги
Пиразинамид	Жигар ўткир жарохати, подагра,
Стрептомицин, капреомицин, амикацин	VIII калла нерви жароати, буйрак касаллиги, хомиладорлик
Этамбутол	Курув нерви касаллиги, катаракта, ретинит, буйрак етишмовчилиги
Протионамид	Ошкозон-ичак касалликлари, буйрак касаллиги, эпилепсия, психоз, хомиладорлик
Циклосерин	Психоз, сурункали алкоголизм, хомиладорлик
ПАСК	Ошкозон-ичак касалликлари, жигар ва буйрак касалликлари, гипотериоз
Тиоацетазон	Ошкозон-ичак касалликлари, жигар ва буйрак касалликлари, кон аъзолари касалликлари

Фторхинолонлар	Фторхинолон катори препаратларига юкори сезувчанлик, хомиладорлик
----------------	---

### МБТ нинг силга қарши препаратларга чидамлик мезонлари.

Препарат	Дориларнинг таъсир килувчи минимал концентрацияси мкг/л	
	Суюк мухит	Каттик мухит
Изониазид	1	1
Рифампицин	1	20
Стрептомицин	5	5
Этамбутол	2	2
Протионамид	5	30
Канамицин	10	30
Флоримицин	10	30
Циклосерин	30	50
Теоацетезон	10	2

Туберкулёз билан касалланган беморларни даволаш натижаси танланган дори воситалар туберкулёз микобактерияларига таъсирчанлигига боғлиқ. Шунинг учун даволаш курсини бошлашдан олдин туберкулёз кузгатувчиси штамларини танланган дори воситаларига сезувчанлигини аниқлаш керак. Туберкулёз микобактерияларининг дориларга чидамли штамларини шаклланиши касалликни кеч аниқлаш, кўп миқдорда бактерия ажралиши, кўплаб туберкулёз учокларининг охиригача етказилмаган даво натижасида ривожланади.

### Ўпка силини стационар ва амбулатор шароитда даволаш

Амбулатор шароитда даволаш стационар даволашга қараганда гигиеник талабни қондира олмаслик, даволаш жараёни ва уни кўтара олиш-олмасликни назорат қилиб булмади деб ҳисобланарди. Хозирги вақтда бу қарашлар қайта кўриб чиқилди. Бунда социал-иқтисодий омилларниш ўзгариши, ташхис усулларининг ривожланиши, терапевтик ва хирургик муолажаларниш таракқий этиши сабаб булди.

Биринчи марта ўпка сили аниқланган беморларни социал ҳолати турли кўринишда булади. Уларниш кўпчилиги пиёнисталар, гиёхвандлар ва маънавий бузуқ инсонлар ҳисобланади. Бир вақтнинг узида бу касаллик аклий фаолият билан шугулланувчи, олий ва урта маълумотли табак:аларда ҳам учрайди.

Туберкулёз кўзгатувчисининг дориларга чидамлилиги ва кимётерапия методикаси. Туберкулёз минобактериясини сиша қарши препаратларга "чидамли" ва "таъсирчанлигини белгилашда бир қанча терминлар ишлатилади. Микобактериялар штамлари 2 ёки ундан ортиқ препаратларга чидамли булса, полирезистентлик деб аталади.

Полирезистент минобактериялар орасида энг асосийлари бу изониазид ва рифампицинга чидамлилари ҳисобланади. Бундай минобактериялар ҚУЗҒатув чиси касаллиги бошқа препаратларга таъсиридан қатъи назар "мультирезистент туберкулёз" деб аталади.

Бир қанча дориларга чидамли туберкулёз касаллигини этиолологик жихатдан хавфли ва даволаниши қийин булгани учун алоҳида эътибор талаб қилинади. Дори воситаларга тургун минобактериялар, аввал туберкулёз билан даволанган беморларда ҳам биринчи марта касал булган беморларда ҳам кузатилади.

### Шубҳасиз шароитда даволашга таълукли:

-касалхонани ичи инфекциясини инкоркилиш, дор ига штамли шаклсини зарарланишини олдини олиш;

- беморларни узок кўп касалхонада ётишни олдини олиш;

-даволанишни кам харажат килиши тубукулёзга қарши воситаларни тежаш. Амбулатор химиотерапия асоратланмаган ўпка туберкулёзида кўп ишлатилади.

Стационар шароитда беморлар тиббий ходимлар тамонидан кузатилади, дори олишади, текширишлардан ўтказилади, кечкурун уига қайтишади. Гигиенодиетик режим

химиотерапиянинг асосий омилдир. Ўпка туберкулёзи куйидаги ҳолатларда касалхонага ётқизилади:

- туберкулёз ўткир шакли, миляр, казеоз пневмония, туберкулез менингити; - тарқалган туберкулёз, массив бактерия ташувчилар;
- чидамли штам; туберкулёзга қарши препаратлар;
- оғир қушимча касаллиги бор беморлар (қандли диабет, ошқозон яра касаллиги ва б.ш.);
- хроник алкоголизм, наркомания, бемор шахсини деградацияси.

Ўпка туберкулёзини даволашда ҳар бир беморга индивидуал дори воситасини танлаш керак. Даволашда асосий характер кишига боғлиқ. Беморлар эпидемиологик жихатдан хавфли, социал ҳолати даволашга таъсир этади.

**Ўпка туберкулёзини хирургик даволаш** 18-асрдан бери оғир туберкулёз билан оғриган беморларга ёрдам беришга ҳаракат қилинган. Ўринг олиб ташлаш Гиппократ даврида ҳам қулланилган, бизга маълумки ўпка резекцияси яхши усул бўлган лекин диагностика ёмонлиги, операциянинг ёмон натижа билан тугашига олиб келган.

19-асрнинг охири 20-аср бошида ўпка туберкулёзини даволашда сунъий пневмоторакс (эффективлигига эришиш учун париетал ва висцераллардан олишга тугри келади) қулланилади. 1910-1913 йили Стокгольмлик терапевт Х.Якобеус плевра бушлигини қуриш учун тарокоскопия ва термокаустика қуллаган.

Россияда биринчи марта плевра бушлигини тарокоскопия термокаустика билан К.Есипов қуллаган. Қисқа вақт ичида кўп хирурглар ва фтизиатрлар тарококаустикани узлаштирди. Упка туберкулёзида ҳозир энг тарқалган усул ҳисобланади. Тарокаустика замонавий миниинвониз хирургиянинг асоси ҳисобланади. Сунъий пневмоторакс фойдаланишини бошлаш билан деярли бир вақтда, энгил қовуга резекцияни қуллади. Кейинроқ бошқа операциялар қулланди. Ўпка туберкулезининг замонавий тури ўпка резекцияси ҳисобланади. Қундузги стационарнинг асосий ахамияти беморлар учун асосий урин эгаллайди.

### Амалий машғулот № 9

Йўтал синдроми. Туберкулез турли шакллари ва ўпканинг носпецифик касалликларида йўтал характери ва балғам ажралиши. Иситма синдроми. Номаълум генезли иситма. Ўпка туберкулези ва ўпканинг носпецифик касалликларида иситма синдроми қиёсий ташхиси

#### Машғулотнинг давомийлиги – 6 соат

**Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши**

-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси;

-жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;

-ТСО: бинокуляр микроскоп, 2-машғулотнинг компьютер презентацияси.

#### Машғулотнинг мақсади:

Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий ташхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шаклларида қиёсий ташхисида клиник,

лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.

### **Педагогик вазифалари**

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарклашни ўргатиш.

- Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш.

- Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарклашни ўргатиш.

- Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.

### **Ўқув машғулоти натижалари:**

#### ***Умумий амалиёт шифокори (УАШ) билиши зарур:***

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;

- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биоқимёвий механизми.

- Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар.

- Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш

- Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонида туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари.

#### ***УАШ бажара олиши лозим:***

- Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни.

- Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни.

- ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш;

- Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни.

#### ***УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

- Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат.

- Балғамни бактериоскопик текшириш.

- Клиник ва биоқимёвий анализларни

	<p>интерпретация қилиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рентгенограммани баҳолаш.</li> <li>- Туберкулин синамаси</li> <li>- Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш.</li> <li>- Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.</li> <li>- Эпидемиологик режимни бошқариш.</li> <li>- Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш</li> </ul>
<b>Таълим усули ва воситалари</b>	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч босқичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, сухбат, кейс-стади
<b>Таълим жараёни ташкил этиш шакллари</b>	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташқаридагилар билан ишлаш
<b>Таълим воситалари</b>	Таркатма укув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
<b>Баҳолаш усуллари ва воситалари</b>	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тулдириш, «профессионал сураб-суриштириш» амалий куникмасини бажариш

## Дарснинг мазмуни

### 4.1. Назарий қисм.

**Йўтал** (tussis) – рефлекс акт бўлиб, нафас ва ёрдамчи мушакларнинг овоз ёриғи ёпик пайтида таранглашиши ва кейинчалик унинг очилиши ҳамда “турткисимон” нафас чиқиши, натижада нафас йўлларидаги моддаларнинг фаол ажралиши билан характерланади. Нормал шароитда чанг заррачалари, бактериялар, бироз шиллик, нафас йўлларига тушганда, трахея ва бронхларнинг шиллик қаватидаги ҳилпилловчи эпителийнинг фаол ҳаракати туфайли чиқарилади. Йўталнинг физиологик аҳамияти нафас йўллари нафас олганда тушган ёки кичик бронхлар перистальтик ҳаракати ва йирик бронхлар ҳамда трахея киприксимон эпителийси фаолияти етарли даражада

дренажлашни бажара олмаганда эндоген ҳосил бўлган ёт моддалардан тозалашдан иборат. Тез-тез, нисбатан доимий ёки турғун қайтарилувчи йўтал кўп ҳолларда нафас олиш аъзолари билан боғлиқ патологик жараённинг симптоми ҳисобланади.

Нафас йўллариغا ёт жисм тушганда ёки уларда нафас тизимининг касалликлари туфайли йиғилган шиллик, йиринг ёки қон рефлектор химоя акти ҳисобланувчи йўтал билан чиқарилади. Халқум, ҳикилдоқ, трахея ва йирик бронхларнинг шиллик қаватида жойлашган адашган нерв ва тил ости нерв охирларининг таъсирланиши оқибатида ҳам рефлектор акт сифатида йўтал кузатилиши мумкин. Энг кичик бронхларда ва альвеолаларда бундай нерв охирлари йўқлиги сабабли йўтал акти чақирилмайди. Халқум орқа девори, овоз йўли, трахея ва плевра йўтал зоналарининг таъсирланиши натижасида кўп ҳолларда осонгина йўтал чақирилиши мумкин.

Бироқ рефлектор таъсирланиш бошқа жойларнинг - бурун бўшлиғи ва ҳатто ички аъзоларнинг таъсирланиши оқибатида ҳам вужудга келиши мумкин. Йўтал марказий генез эга бўлиши ҳам мумкин, бунда таъсирланиш мия пўстлоғидан келиб чиқади ва ўзига хос нерв кўзғалиши сифатида намоён бўлади. Йўтал турткиси механизми чуқур нафас олиш ва бирданига ҳамда кучайган нафас чиқариш асосида ётади, бунда йўтал турткиси овоз ёриғи ёпиқ пайтида бошланади, кейин эса ҳаво торайган овоз ёриғи орқали худди «отилиб чиқади».

Нафас йўллари яллиғланиш жараёнларида нерв охирлари шиллик қаватлари шиши ёки патологик суюқлик (балғам) йиғилиши натижасида «қитиқланади». Шиш ва суюқлик тўпланиши келиб чиқиши бўйича аллергик ёки циркулятор димланиш оқибати ҳам бўлиши мумкин. Ёш болаларда механик таъсирловчилар нафас йўлларидаги ёт жисмлар, бошқа ҳолатларда эса- кўкс оралиғи катталашган лимфа тугунлари ва ўсмалари билан трахея ёки адашган нервнинг эзилиши ҳисобига бўлиши мумкин.

Йўтал рефлeksi одатда узунчоқ мия йўтал марказига узатилувчи адашган нервнинг нафас йўлларидаги сезувчи нерв охирлари ёки плеврадаги рецепторларнинг таъсирланишидан бошланади. Йўтал рефлексининг шаклланиши бош мия пўстлоғининг бошқаруви остида бўлиб, у ноихтиёрый ёки ихтиёрый чақирилган бўлади. Кўпчилик ноихтиёрый ҳолатларда йўтал нафас йўлларидаги ёки плеврадаги рецепторларнинг таъсирланишидан келиб чиқади. Шунингдек марказий келиб чиқувчи йўталлар (аникроғи невроз оқибатида ёки невротик йўтал) ва эшитиш рецепторларини таъсирланиши, кизилўнгач ва бошқа нафас йўлларида ташқарида жойлашган рецепторларнинг таъсирланиши оқибатида келиб чиқувчи йўталлар ажратилади.

Нафас йўлларидаги йўталга кўпроқ сезувчан рефлексоген зоналар мавжуд бўлиб, уларга ҳикилдоқ усти тоғайи орқа юзаси, овоз бурмалари ва бурма ости соҳаси, шунингдек трахея бифуркацияси ва бўлак бронхларнинг бўлиниш жойлари киради. Бронхлар диаметрининг камайиши билан рецепторлар миқдори параллел равишда камайиб боради ва сегментар бронхларнинг шохчалари таъсиротларга кам сезувчан бўлиб қолади. Плевранинг рефлексоген зоналари илдиз атрофи соҳаларида ва қовурга-диафрагмал синусларида жойлашган, лекин йўтал рефлeksi унинг бошқа қисмларининг таъсирланишидан ҳам келиб чиқиши мумкин. Тажрибада ўпка тўқимасининг ўзини таъсирлаб йўтал рефлeksi чақирилмаган. Ўпка тўқимасида жойлашган чегараланган патологик жараёнларда йўтал йирик бронхларга етарли миқдорда балғам тушиши ёки плевранинг патологик жараёнга тортилиши оқибатида юзага келади.

Синусит ёки ринитда бурун ажралмалари халқумнинг орқа девори бўйлаб оққанда ёки ошқозон-қизилўнгач рефлюксида йўтал сабаби узоқ муддат аниқланмаслиги мумкин. Нафас йўлларишиллик қаватининг узоқ вақт таъсирланиши натижасида яллиғланиш, сезувчанликнинг ошиши ва йўтал кучайиши кузатилади.

Йўталнинг бошқа сабаблари бўлиб- нафас йўллари шиллик қаватининг яллиғланиши ва инфилтратацияси, уларнинг босилиб қолиши ва бронхоспазми ҳисобланади.

Яллиғланиш (одатда, инфекция туфайли) ўткир ва сурункали бронхитда, бронхоэктазларда кузатилади. Ўткир бронхитдан сўнг бронхларнинг сезувчанлиги ошиши ҳисобига йўтал бир неча ҳафта давомида сакланиб қолиши мумкин.

Нафақат ёш болаларда, балки катталарда ҳам узоқ муддат йўталишининг сабаби кўкйўтал бўлиб ҳисобланиши мумкин. Тахминий диагноз клиник кўриниши бўйича кўйилади, лекин у серологик тестлар ёрдамида тасдиқланиши керак. Бронхиал астмада йўталнинг сабаби бўлиб яллиғланиш ва

бронхоспазм ҳисобланади. Клиник манзарасига- ҳансираш, хуштаксимон нафас, йўтал, бўғилиш хуружи хос (аммо йўтал баъзан бронхиал астманинг ягона симптоми бўлиб ҳисобланади).

Нафас йўлларининг инфильтрацияси ўпка ракида, карциноидда, саркоидозда, туберкулёзда кузатилади. Ниҳоят, доимий кучли йўталнинг сабаби катталашган лимфа тугунлари, кўкс оралиғи ўсмалари ёки аорта аневризмаси билан трахея ва бронхларнинг эзилиши бўлиши мумкин.

Йўталнинг сабаби бўлиб ўпканинг паренхиматоз касалликлари: гистиоцитозХ, зотилжам, ўпка абсцесси бўлиши мумкин.

Йўтал кўпинча юрак етишмовчилигида кузатилади (яъни ўпканинг интерстициал ва перибронхиал шиши оқибатида).

Ундан ташқари дори препаратларининг ножўя таъсирлари оқибатида ҳам кузатилиши мумкин. Масалан, АПФ ингибиторлари билан даволаш пайтида, кўпинча даволашнинг 1- ҳафтасида, айримларда кечроқ бир неча ойдан сўнг 5-20% беморларда йўтал келиб чиқади. Унинг келиб чиқиш механизми охиригача аниқланмаган. Эҳтимол, у брадикинин ва Р моддасини парчаловчи АПФ блокадаси оқибатида уларнинг миқдори ошиб кетиши туфайли келиб чиқади.

Йўтал маълум бир касалликнинг махсус белгиси ҳисобланмайди, лекин унинг симптоми сифатидаги аҳамияти унинг хусусиятлари ва характери, хусусан унинг кучи, доимийлиги ё даврийлиги, тембри ва баландлиги, оғриқлилиги, балғам ажралиши (нам йўтал) ёки ажралмаслигини (куруқ йўтал) баҳолаганда ортиб боради. Йўталнинг бир марталик кучли хуружи тутун ёки бошқа китикловчи моддалар билан нафас олганда, нафас йўлларига ёт таначалар ёки овқат моддалари тушганда кузатилади. Доимий кучсиз йўтал томоқ, ҳикилдоқнинг сурункали касалликларида, димланишли бронхит, юрак касалликларида, ўпка туберкулёзида, кучи бўйича турлича йўтал – сурункали трахеит, бронхитда кузатилади. Сурункали трахеобронхитда йўтал рецепторларининг кўзғатувчиларга бўлган сезгирлиги ошади, бунда йўтал кам кўзғатувчи ҳидлар таъсирида ёки хавонинг намлиги ва ҳарорати ўзгаришларида ҳам вужудга келади. Даврий йўтал ўткир респиратор касалликларда, ҳамда чекувчиларда, алкоголикларда, бронхиал астма билан касалланган беморларда кузатилади.

Жарангдор дағал (акилловчи) йўтал кўпинча ўткир ларингитда, болаларда-бўғмада кузатилади. Бундай йўтал одатда товушнинг хириллаши ва афония билан бирга кузатилади. Йўтал трахеобронхит, плеврит, пневмонияда анча кучли бўлади. Товушсиз йўтал товуш бурмалари фалажида ёки емирилишида кузатилади (афония билан бирга кузатилади), шунингдек трахеостомада, бемор жуда ҳолсиз бўлганда ҳам кузатилади. Шовқинсиз кучсиз йўтал сурункали обструктив бронхит, ўпканинг асоратланган эмфиземасига хос. Тумороз бронхоаденити мавжуд болаларда битонал йўтал пайдо бўлади, бунда дағал асосий тонга мусикий юқори обертон кўшилиб келади

Тутқаноқли ёки конвульсив йўтал кўпинча кечкурун, хуруж билан бошланувчи ўзига хос хусусиятга эга. Тутқаноқли йўтал кетма-кет келувчи йўтал турткилари ва улар орасидаги узун ва жарангдор нафас олишлар билан характерланади; кўпинча йўтал хуружлари қайтарилиши (реприз) ва қушиш билан кузатилиши мумкин. Бундай йўтал кўкйўтал учун хос.

Куруқ йўтал (таъсирланишдан кейинги Й., фойдасиз Й.) трахеянинг экспиратор стенози, плевра жарохатланиши, кўкс оралиғи, бронхлар атрофидаги патологик жараёнлар (кўпинча яллиғланишсиз), бронхларнинг ўсма, катталашган лимфа тугунлари, аорта аневризмаси билан эзилишлари, нафас йўлларига ёт жисмларнинг тушишида кузатилади. У кўпинча оғир бўлади, беморлар қийналади. Куруқ йўтал деб одатда ўткир ларингит, трахеит, бронхит, пневмония бошида кузатиладиган йўталга ва бронхиал астма хуружининг эквивалентига ҳам айтилади. Аммо бу касалликларда кўпинча кам балғамли йўтал ҳақида гап кетади.

Балғамли йўтал бронхиал шилликнинг гиперсекрецияси, нафас йўлларида экссудат ҳосил бўлиши билан (бронхит, пневмонияда) ёки уларга суоқлик тушиши (м-н, ўпкадаги паразитар киста ёрилганида) билан кузатилувчи касалликларда учрайди. Кўп миқдордаги балғам бронхлар билан алоқада бўлувчи бўшлиқлар бўлганда кузатилади, бу бўшлиқларда секреция, экссудация, тўкима парчалари тўпланади (бронхоэктаз, абсцесс). Балғамли йўтал бронхларда кўзғатувчи модда (шиллик, йиринг) тўпланганда ҳам кузатилади ва йўталиб бўлгандан сўнг тўхтади.



Юкори нафас йўллариининг сурункали яллиғланишли касалликларида, айниқса чекувчиларда йўтал кўпинча эрталаб кузатилади (яъни кечкурун нафас йўлларида тўпланиб қолган балғамни чиқариб ташланади). Кечки пайтдаги йўтал кўпинча адашган нерв тонусининг физиологик кучайиши оқибатида ёки постдурал дренаж, аллергияк бронхит, бронхиал астма ва юрак астмасида тунги йўтал тез-тез бронхоспазм билан қўшилиб учрайди. Агар патологик жараён рецептор сезгирлиги юкори бўлган соҳада жойлашган бўлса ҳам йўтал учрайди (бронхопульмонал лимфа тугунларнинг катталаниши, ўпка туберкулёзи ва бошқалар).

Йўталдаги балғам хусусиятлари муҳим диагностик аҳамиятга эга. Бронхиал астма, трахеитда, ўткир бронхитнинг бошланғич даврида йўтал шишасимон шилимшиқ балғам билан кузатилади. Кейинчалик балғам шилимшиқ йирингли бўлиб қолади. Ўткир ўчоқли зотилжамда шилимшиқ - йирингли балғам ажралади (баъзан қон аралаш). Крупоз зотилжамда - зангсимон балғам ажралади. Сурункали зотилжамни бронхоэктаз билан қўшилиб келганда, ўпка абцесси ва гангреназида балғам йирингли, кўпинча бад-бўй ҳидли бўлади туберкулёз каверналари бўлганда йўтал йирингли, тангасимон балғамли бўлади. Ўпка инфаркти, туберкулёз, бронх ўсмаси, ўпкада қон димланганда, қон аралаш балғамли йўтал кузатилади. Бронх ўсмасининг кечки белгиси бўлиб малина желатинига ўхшаш балғамли йўтал ҳисобланади.

Тез-тез, кучли йўтални узоқ вақт кучли хуруж қилиши натижасида, аста-секин ўпка ичи босими ошиб ўпка эмпиемаси, кичик қон айланиш доираси гипертензияси, ўпка юраги ривожланишига олиб келиши мумкин. Йўтал давомида катта қон айланиш доирасидаги веноз босимининг ошиши натижасида баъзан склерада, бронх веналар тизимида кичик қон қуйилишлари пайдо қилади. Кучли йўтал хуружлари хушдан кетиш, юрак ритмининг бузилиши билан асоратланиши мумкин. Ўпка буллёз эмфиземасида кучли йўтал оқибатида альвеолалар ёрилади ва пневмоторакс кузатилади.

### **Беморга ёндашиш**

Диагноз: оғзаки сўровда аниқланади:

- 1) Жараён давомийлиги ёки сурункали ҳолат.
- 2) Хириллашлар ва титроқлар мавжудлиги.
- 3) балғам миқдори ва характери.
- 4) даври ва мавсумийлигини аниқлаш.
- 5) патологик жараённинг асосий хавф омиллари
- 6) Ўтказган касалликлари

Йўтал сабабини аниқлашда анамнез асосий роль ўйнайди. Қуйидагиларни аниқлаш зарур:

- йўтал қачондан бери мавжуд?
- Йўталга нафас йўллари инфекцияк касалликлари сабаб бўлганми?
- Мавсумий зўрайишлар хосми? Хуштаксимон нафас ёки бўғилш хуружлари бўладими?
- Йўтал хуружида бурун ажралмалари борми (ринит, синусит) ёки жиғилдон қайнаши (қизилўнгач-ошқозон рефлюкси).
- Иситма борми? Йўталда балғам ажраладими? Агар бўлса миқдори ва ранги қандай?
- Бошқа касалликлари борми ёки хавфли омиллар (чекиш, ОИВ- инфекция, атроф -муҳитнинг салбий таъсири).
- Бемор АПФ- ингибиторларини қабул қиладими?

Касалликнинг иситма билан қўшилиб келиши уни бактериал ёки инфекцияк этиологияли инфекция келтириб чиқаради дейиш мумкин.

Халқумнинг орқа деворидан шилимшиқнинг оқиб тушиши сурункали йўталга сабаб бўлади, чекувчи одамда “чекувчи йўтали” билан бўлганда балғамнинг ранги ёки унинг ҳажмининг ўзгаришларини ўрганиш пневмонияни рецидивланиши ва йирингли балғамнинг кўп бўлиши бронхоэктазга шубҳа туғдиради. Сигарет чекиш даврида йўтал ўз хусусиятини ўзгартирса, бронх ўсмасига шубҳа туғилади

### **Асоратлар**

- 1- веноз оқимининг камайиши туфайли хушдан кетиш.
- 2- эмфизематоз пуфакчалар ёрилиши натижасида пневмоторакс ҳосил бўлиши.
- 3- Ковурғанинг синиши

### **Даволаш**

Йўтални бартараф этиш учун асосий патологик жараёни даволаш керак. Агар йўталнинг сабаби номаълум бўлса унда кўрик йўтални қолдириш наркотик йўтал қолдирувчи воситалар қўллаш мумкин (кодеин 15-30 мг кунига 4 маҳал) ёки нонаркотик (декстриметарфин 15 мг кунига 4 маҳал). Маълум миқдордаги ажралаётган балғамли продуктив йўтални тўла қолдириш шарт эмас. Адекват гидратация ва нафас олинувчи хавони ультратовушли сочувчи мослама билан намлаш орқали балғам сифатини яхшилаш мумкин. Бронхиал астма ва сурункали бронхитда йодланган глицерин жуда ҳам фойдали бўлиши мумкин. (30мг дан 4 маҳал). Ўткир ёки сурункали бронхитда гуанфензин (100мг кунига 3 маҳал) яхши натижа бериши мумкин.

Турлича табиатли йўтални терапевтик даволашнинг асосий вазифаси касалликни тузатиш ҳисобланади. Йўтал бу бронхларнинг эффектив дренаж функцияси бўлиб, уни тўхтатиш керак эмас, аксинча уни дренажловчи хоссаларини яхшилаш керак. Узлуксиз йўтални қолдириш учун наркотик препаратлар берилади ,лекин бу дориларни опий гуруҳига (кодеин, дионин, гидрокодон ва текодин) киришини, уларга ўрганиб қолиш ва нафас марказини тормозловчи хоссасини ҳисобга олиш керак. Агар йўталга қарши препаратлар узок вақт берилиши керак бўлса, унда нонаркотик дорилар бериш мақсадга лойиқ. Бу препаратлар йўтал рецепторларига таъсир этади (глаусин, либексин).

**Балғам (снутум)** йўталганда ажралиб чиқадиган трахеобронхиал шилликнинг сўлак билан қўшилиб ва бурун шиллик қавати ва бурун олди бўшлиқлари ажралмалари билан патологик жараёнда юзага келувчи ажралмадир. Меъёрида трахеобронхиал ажралма сероз ва шиллик безлар ажратган шилликдан иборат, унда трахея, йирик бронхлар шиллик қавати кадаҳсимон хужайлари ва элементлари мавжуд (альвеоляр макрофаглар ва лимфоцитлар кўпроқ бўлади).

Сўлак бурун ажралмаси каби бактерицид хусусиятга эга. Трахеобронхиал ажралма ўздан мукоцилиар клиренс механизми ҳисобига юзага келувчи метаболит ва хужайра детритларини тутати, улар киприкли эпителий ҳаёти давомида ҳосил бўлади. Трахеобронхиал ажралма меъёрида 10-100мл бўлади, соғлом одам нормада буни ютади.

Балғам кўриниши трахеобронхиал ажралма таркиби ва миқдори ортишига боғлиқ (масалан: бурун бўшлиғи шиллик қавати инфекцион ва аллергияк яллиғланишларида нафас олган ҳаводаги кўзғатувчи омиллар таъсирига боғлиқ), шунингдек шиллик қават олиб ташланганда механизм бузилишига боғлиқ. Бронхлар касалланганда трахеобронхиал ажралманинг реологик хусусиятлари ўзгаради, натижада ишлаб чиқариладиган шиллик миқдори ортади ва киприксимон эпителий функцияси сусайиши инфизицирланган шилликнинг бронхда димланишига сабаб бўлади.

### **Балғам хусусияти, таркиби ва характери.**

Балғам миқдори турли патологик жараёнларда 1-11,5 литр/кунига етади. Балғам ранги унинг таркибига боғлиқ. У рангсиз ёки йиринг аралашганда сарғиш бўлиши мумкин; яшил ранг йирингли балғам йиғилиб қолганидан дарак беради. Ёрқин сариқ ёки канарейка ранги кўп миқдорда эозинофил борлигидандир, масалан ўпканинг эозинофилли инфильтроти, бронхиал астма. Зангсимон балғам кўпроқ гематин ҳосил бўлувчи крупоз пневмонияда кузатилади, у альвеолалар ичига диапедез йўли билан тушган эритроцитлар парчаланиши натижасида ажралади. Қора балғам пневмотораксда бўлиши мумкин, сабаби нафас олишда кирган кўмир чанглари бўлади. Баъзи бир дори воситалари балғамга кизғиш тус беради. Одатда балғам хидли бўлади. Балғамдан чириган хиднинг келишига ўпкадаги чириувчи микрофлора томонидан чақирилган абцесс ёки гангрена сабаб бўлади. Қаттиқлигига кўра балғамнинг суюқ, қуюқ ва ёпишқоқ , хусусиятига кўра балғам шиллик, шиллик-йирингли, йирингли ва қон аралаш бўлади. Шиллик балғам асосан рангсиз ёпишқоқ, чўзилувчан шаффоф ҳолатида бронхиал астма хуружидан сўнг бўлади. Шиллик – йирингли балғам кўпинча ўпка ва бронх касалликларида учрайди. Қуюқ шиллик-йирингли балғам йўтал вақтида бронх бўлақлари кўринишида ажралиши мумкин. Қуюқ ва чўзилувчан шиллик-йирингли балғам муковисцидозда ажралади. Йирингли балғам кам учраб, плевра эмпиемаси бронх ичига ёрилганда ажралади. Қон аралаш балғам ўпкадан қон кетишининг белгиси ҳисобланади. Балғам таркиби ва нормал бронх секретари таркибига асосан оксил, гликопротеидлар, углевод, нуклеид ва липидлар кириди. Кўпчилик биохимиявий моддалар плазмадан диффузланади, аммо базилари ўпкада синтезланади, масалан сурфактант, муцин ва секретор иммуноглобулин А. Муцин таркибида кўплаб сиал кислоталари

бўлиб, балғам эластиклигини белгилаб беради. Трахеобронхиал шиллиқ таркибида сув 89-90% бўлиб, гликопротеинлар комплекси ҳосил қилган бўлади ва шунингдек хлор, натрий, калий ионлари бўлади. Трахеобронхиал шиллиқ ва балғамнинг иммунологик хусусияти унинг таркибидаги лактоферринга боғлиқ-у бронх шиллиқ хужайралари томонидан синтез қилинади (лактоферриннинг бактериоцид хусусияти унинг темир боғлай олиши билан боғлиқ. Лизоцим, интерферон, секретор иммуноглобулин А нинг энг юқори миқдори трахея ва йирик бронхлар секретари таркибида бўлади. Унинг асосий ҳимоя функцияси бактериялар аглютинация қилиши, уларнинг эпителий мембранасига эпишишига тускинлик қилишидир. Секретор иммуноглобулин А организмни вируслардан ҳимоя қилишда муҳим аҳамиятга эга. Бунда асосан протеаза ингибиторлари бўлиб: А1 антитрипсин озод формада ва лейкоцитларнинг протеолитик ферментлари билан комплекс ҳолда А2 макроглобулин антихимотрипсин ва яна кичик молекуляр кенг таъсир доираси юқори антипротеаза активликка эга бўлган ингибиторлар. трахеобронхиал шиллиғи билан протеаза ингибиторлари комплекси яллиғланиш жараёнида ажраладиган лейкоцитлар ва макрофагли протеолитик ферментлар таъсирини тўхтатади. Йирингли балғам кўп миқдорда коллагеназа, эластаза ва химотрипсинга ўхшаш ферментлари бўлиб улар оксил молекулаларини парчалаб балғамнинг ажралишини ва унинг реологик хусусиятларини яхшилади. Аммо бу ферментларнинг кўп бўлиши бронхлар шиллиқ қаватининг ва ўпканинг эластик тузилишининг шикастлаши мумкин. Балғамни текшириш учун наҳорда стерил идишда йиғилади. Туфлашдан олдин сўлакни камайтириш учун оғизни антисептик эритма, кейин қайнаган сув билан чайиш керак. Агар балғам олишнинг иложи бўлмаса изотоник эритмали китикловчи ингаляторлар буюрилади. Микробиологик ва цитологик текшириш учун бронх-альвеоляр ювинди ёки бронхоскопияда олинган аспират моддаларини ишлатиш мумкин.

Клиник амалиётда балғамни текшириш учун макроскопик, микроскопик, микробиологик ва физик-кимёвий усуллардан фойдаланилади.

Балғамни макроскопик текширганда унинг суткалик миқдори, ҳиди, консистенцияси ва характери аниқланади. Яна балғамнинг шиша идишда ёйилиши кузатилади, шиллиқ ва шиллиқ - йирингли балғам ёйилмайди. Йирингли балғам икки қаватга ажралади, баъзан ўпкада йирингли жараён бўлса уч қаватга ажралади.

Балғамни микроскопик текширув бўялган ва бўялмаган препаратларни ўрганишдан иборат. Микроскоп кичик объектида ёки лупа орқали кўрганимизда бўялмаган Куршманн спиралларини аниқлаш мумкин. Улар спиралсимон оқиш шаффоф толалар ўртасида ўралган оқиш ип бўлиб; уларнинг аниқланиши бронхларнинг спастик ҳолатда эканлигини англатади. Баъзан бронхиал астмада Шарко-Лейдинг хужайралари аниқланиши мумкин. Кристаллар эозинофиллар парчаланиши натижасида ҳосил бўлган силлиқ ялтироқ, рангсиз, турли хил ўлчамдаги ромбсимон шаклда бўлади.

Ўпка асбестозиди баъзан асбест таначалари топилиши мумкин. Кох линзалари ёки гуручсимон таналар кўкиш сарғимтир бўлиб, катталиги тўғноғич бошидай, етарлича зичликка эга бўлган таналар силнинг деструктив формасига характерли бўлиб туберкулёзни замонавий метод билан даволашда кам учрайди.

Балғамда маълум бир касалликка хос хужайралар топилиши мумкин. Юрак нуқсонлари деб номланувчи хужайралар ёки гемосидерофаглар-цитоплазмасида гемосидерин киритмаларини сақловчи альвеоляр макрофаглар бўлиб, ўпка инфаркти, идиопатик ўпка гемосидерози, юрак етишмовчилигига боғлиқ ўпка димланишларида, турли генезли қон туфлашларда учрайди. Балғамда эозинофиллар асосан бронхиал астмада топилади. Пирогов-Лангханс хужайралари- кўп ядроли гигант хужайралар бўлиб, овал ёки юмалоқ шаклда бўлади ва ўпка туберкулёзи учун хос. Балғамни цитологик текширув орқали ундаги хужайравий элементларга қараб бронх ва ўпкадаги касалликнинг фаолиги аниқланади, инфекция ёки аллергия яллиғланиш устунлиги аниқланади. Бронх ўсмаси диагностикасида цитологик текшириш айниқса юқори хавф гуруҳига кирувчи шахсларни профилактик текширишда ишлатилади. Балғамда яқка ёки тўп ҳолдаги ўсма хужайраларининг топилиши ўпкадаги ўсма жараёнини нафақат тасдиқлайди, балки унинг гистологик турини ҳам аниқлаб беради. Балғамни микробиологик текширув ўз ичига микроскопик текширув, соф культурани олиш, уларни дори воситаларига сезгирлигини аниқлаш ва бошқа текширувларни олади. Трахеобронхиал секретдан кўпинча қуйидагилар ажратилади: патоген- *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*; шартли патоген- неклостридиал анаэроблар- *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermis*, *Streptococcus hemolyticus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*. Балғамни бўялган ва бўялмаган препаратларида донатор *Candida* замбуруғларининг топилиши ўпка кандидози

диагнози учун етарли эмас; актиномицет колонияларининг йирингли массалар билан бирга топилиши диагностик аҳамиятга эга.

Бактероскопияда туберкулёз микобактерияларини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, уларни Циль-Нильсен усулида фуксин билан кизил ранга бўяб топилади. Оддий усул билан бўялган балғамни текширганда 1мл балғамда 100 000 дан кўп туберкулёз микобактериялари бўлса натижа мусбат бўлади. Агар натижа манфий бўлиб туберкулёзга шубҳа туғилганда концентрациялаш методидан фойдаланилади. Флотация методи туберкулёз микобактерияларни 1мл балғамда балғамда 50 000 га яқин бўлганда ҳам аниқлаш имконини беради. 1-2 кунда йиғилган 10-15 мл балғам гомогенизацияланиб, натрий ишқори 0,5% ли эритмасининг иенг миқдори билан аралаштирилиб, 10 минут чайқатилади. Сўнгра 100мл дистилланган сув ва 0,5 мл бензин қўшилиб яна балғамли-10 минут давомида аралаштирилади. Тахминан 30 минутдан сўнг юзага қалқиб чиққан бензин томчиларидан иборат флотацион халқа туберкулёз микобактерияларни тутати. Олинган материалдан ёруғлик ва люминисцент микроскопия учун препарат тайёрланади.

Грам усулида бўялган балғам микроскопиясида занжир ҳосил қилган стрептококклар, узум шингилига ўхшаш стафилококклар, фриндлер диплобактериялари, пневмококклар кўринади.

Ўпка ва бронхларнинг специфик касалликларида кўзгатувчини топишда балғам ва бронх ювиндиси тегишли озуқа муҳитига экилади. Ўсган микробларни антибиотик препаратларга сезгирлиги текширилади ва идентификацияланади. Балғамдан ажратиб олинган микроорганизмлар ролини аниқлаш учун уларнинг миқдори аниқланади ва яна олинган културани бемор зардоби билан билвосита иммуофлюоресценция реакциясидан ҳам фойдаланилади. Микроскопик текширув самарадорлигининг асосий шarti патологик материални антибиотикотерапиядан олдин олишдир, даволашдан кейин қисқа давр ичида олинган бўлса материалга тўғри ишлов бериш керак. Микрофлорани динамик ўрганиш кўзгатувчи алмашинувини аниқлаш имконини беради. Кўпроқ маълумот олиш учун ўша патоген ёки шартли патоген микроорганизмни 2-3 марта текшириш керак

Биологик текшириш-туберкулёз микобактериясига янада сезгир усулдир. Носпесифик микрофлорани йўқотиш учун олтингугурт кислотаси билан ишлов берилган балғам ҳайвонниг (денгиз чўчкаси боласига) қорин пардага ёки чов соҳасига юборилади. Балғамда туберкулёз микобактериялари бўлса 1-3 ойдан сўнг ҳайвонда специфик, туберкулёзга хос яллиғланиш аниқланади. Ушбу методни қўллаш узоқ вақт талаб қилганлиги учун чекланган (иуберкулёз белгилари ривожланиши учун 3 ой керак).

### **Физик-кимёвий текширувлар.**

Балғамнинг ёпишқоқлиги ва эластиклигини ўрганиш учун ротацион вискозиметр қўлланилинади. рН миқдори рН-метр ёрдамида аниқланади. Балғам муҳити кўп ҳолларда бронхлардаги яллиғланиш характери ва тезлигига боғлиқ: агарда унга ошқозон таркибий қисми аралашса кучсиз ишқорий ёки кислотали бўлади .

Бронх бўшлиғида плазманинг экссудация босқичи узоқ давом этса умумий оқсил миқдори лаури усулида аниқланганда юқори чиқади. Пневмонияда балғамни 1-2%, ўпка шишида эса ундан кўпроқ оқсил аниқланади.

### **Ўпка туберкулёзи**

Туберкулёзнинг қайта фаоллашиш жараёни ўпканинг юқори бўлак апикал орқа сегментида ва орқа бўлак юқори сегментида жойлашади. Касаллик бошланиши белгиларсиз кечади. Симптомлари: хансираш билан кечувчи сурункали йўтал, йирингсиз балғам. Қон туфлаш кўп учрайди, лекин камдан-кам кўп миқдорда ажралади, айниқса каверна ҳосил бўлганда яққол ифодаланади.

### **Туберкулёзли ларингит ва эндобронхит**

Туберкулёз жараёни халқум шиллиқ қавати ва бронх дарахтига инфицирланган балғам ажралганда тарқалади ва яққол ифодаланган ўпка туберкулёзида келиб чиқади, унинг асосий симптоми– товуш ўзгариши. Қонли йўтал- туберкулёзли эндобронхитининг етакчи кўринишидир. Иккала касаллик ҳам юқори даражада юқумли ҳисобланади.

**Иситма** (febris) – организмнинг ҳимоявий мослашиши бўлиб, патоген кўзгатувчиларга жавобан тана терморегуляциясининг нормадан юқори ушлаб турилишидир.

Иситмадан гипертермияни фарқлаш лозим. Иситма – ҳароратнинг кўтарилиши бўлиб, бунда организмнинг терморегуляция жараёни ўзгармай, балки ташқи муҳит шароитга боғлиқ ҳолда тана ҳарорати кўтарилади. Инфекцион иситмада тана ҳарорати 41°C дан ошмайди, у гипертермиядан фарқ қилади, чунки бунда ҳарорат 41°C дан юқори бўлади.

### **Иссиқликнинг бошқарилиш механизми**

Инсоннинг тана ҳарорати – организмда иссиқлик ҳосил бўлиши (организмдаги модда алмашинуви жараёни маҳсули сифатида) билан тана юзаси орқали иссиқлик ажралиши ўртасидаги мувозанат бўлиб, асосан тери (90-95%), шунингдек ўпка, нажас ва пешоб орқали ҳам ажралади.

Бу жараёнлар термостатга ўхшаб таъсир этувчи гипоталамус орқали бошқарилади. Ҳароратнинг ошишини келтириб чиқарувчи ҳолатларда гипоталамус симпатик асаб тизимига тери қон томирларини кенгайтиришга, кўп тер ажралишига “буйрук” беради. Бу эса ўз навбатида иссиқлик ажралишини оширади. Ҳароратнинг пасайишида гипоталамус тери қон томирларини торайтириши, мушакларнинг титраши ёрдамида иссиқликни ушлаб қолишни буюради.

Ҳароратни кўтарилиши–ҳар хил ички ва ташқи стимуллар таъсири натижасида “гипоталамик термостат”(иссиқлик маркази)нинг ҳароратни нормадан бирмунча юқори даражада тутиб туришидир.

Кўпинча бошланғич ҳалқа **экзоген пирогенлар** ҳисобланади. Улар қаторига биринчи навбатда инфекция кўзгатувчилар (бактериялар, вируслар, замбуруғлар, паразитлар) ва уларнинг токсинлари, оксиллар парчаланиш маҳсулотлари (масалан, некроздаги резорбцион иситмада, инфарктада, гематомада, гемолизда, куйишларда); аллерген ва иммун комплекслар (коллагенослар, зардоб касалликлари) ва бошқа пироген субстанциялар киради. Экзоген пирогенлар гипоталамус иссиқлик марказига тўғридан –тўғри таъсир этмасдан, балки эндоген пирогенлар орқали таъсир этади.

**Эндоген пироген** – паст молекулярли оксил бўлиб, у қонда моноцитлар, қорин парда, ўпкалар, талоқ, жигар тўқималари макрофаглари томонидан ишлаб чиқарилади. Баъзи бир ўсма касалликларда–лимфома, моноцитар лейкоз, буйрак раки (гипернефрома)да мустақил равишда эндоген пироген ишлаб чиқарилиши юз беради ва шундан келиб чиқиб, унинг клиник кўринишида иситма иштирок этади.

Эндоген пироген ҳужайралардан ажралгандан сўнг гипоталамуснинг преоптик соҳасидаги ҳароратга сезгир нейронларга таъсир қилади, серотонин иштирокида простогландин E1, E2 ва цАМФ синтези индуцирланади. Бу биологик фаол бирлашмалар бир тарафдан иссиқлик маҳсулоти гипоталамусни қайта шакллантирилиши йўли билан организм ҳароратини юқори даражада ушлаб туриши, бошқа тарафдан – томир ҳаракат марказига таъсир қилган ҳолда периферик томирлар торайишини ва иссиқлик ажралишини камайтиради ва бу ҳамма ҳолатларда иситмага олиб келади. Иссиқлик маҳсулотининг ортиши мушак тўқимасида метаболизм интенсификациясининг ортиши ҳисобига юз беради.

Баъзи ҳолларда гипоталамус стимуляцияси пирогенлар ҳисобига эмас, балки эндокрин тизим функцияси бузилиши (тиреотоксикоз, феохромоцитома) ёки вегетатив нерв тизими (нейроциркулятор дистония, неврозлар), баъзи дори воситалари таъсири натижасида (дори воситалардан келиб чиқувчи иситма)келиб чиқади.

Дори воситалари таъсири натижасида келиб чиқувчи иситма сабаби пенициллин ва цефалоспоринлар, сулфаниламидлар, нитрофуранлар, изониазидлар, салицилатлар, метилурацил, новокаинамид, антигистамин препаратлар, аллопуринол, барбитуратлар, глюкоза ва бошқалар ҳисобланиши мумкин.

Марказ генезли иситма бош мияда қон айланишининг бузилиши, ўсма, бош мия жароҳатланиши натижасида гипоталамус ҳарорат марказининг таъсирланиши туфайли келиб чиқади.

Шундай қилиб, тана температураси экзопирогенлар ва эндопирогенлар тизими фаолиятига боғлиқ ҳолда ёки умуман пирогенлар иштрокисиз ошиши мумкин.

Тана ҳароратининг кўтарилиш даражаси “гипоталик термостат” орқали бошқарилишига қарамай, ҳатто ёш болаларда ҳам (асаб тизими тўлиқ ривожланмаган) иситма камдан – кам  $41^{\circ}\text{C}$  да бўлиши мумкин. Бундан ташқари тана ҳароратини кўтарилиш даражаси маълум меъёрда бемор организми ҳолатига ҳам боғлиқ: ҳар хил одамларда битта касаллик ҳар хил кечиши мумкин. Масалан, пневмонияда ёш ўсмирларда ҳарорат  $40^{\circ}\text{C}$  ва ундан юқори бўлиши мумкин, қарилик ёшида ва озиб кетган инсонларда ҳарорат унчалик сезиларли даражада кўтарилмайди; баъзида ҳарорат нормадан ошмаслиги ҳам мумкин.

## Иситма классификацияси

### Иситманинг кечиши

Иситма 2 ҳафтагача бўлса **ўткир**, агар иситма 2 ҳафтадан узоқ давом этса **сурункали** дейилади.

Бундан ташқари, ҳароратнинг кўтарилиш босқичи (stadium incrementi), иситманинг авж олган даври (fastigium ёки асме) ва ҳароратнинг пасайиш босқичи (stadium decrementi) фарқланади.

Ҳароратнинг пасайиши ҳар хил кечади. Аста-секин, 2-4 сутка давомида ҳароратнинг поғонасимон тушиши ва кечкурунги ҳароратнинг сезиларсиз кўтарилишлар билан кечиши **лизис** дейилади. Тўсатдан ҳароратнинг сутка давомида бирданига нормага тушиши **кризис** дейилади. Қоидага биноан, ҳароратни тез тушиши кўп терлаш билан кечади. Антибиотиклар эрасига қадар бу феноменга катта аҳамият берилган, чунки бу феномен тузалиш босқичининг рамзи бўлган.

### Тананинг ҳарорати кўтарилишининг даражалари :

Тана ҳароратининг  $37^{\circ}\text{C}$  дан  $38^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши субфебрил иситма (лат. sub ости, паст + febris иситма)

Тана ҳароратининг ўртача даражада  $38^{\circ}\text{C}$  дан  $39^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши фебрил иситма дейилади.

Тана ҳароратининг юқори,  $39^{\circ}\text{C}$  дан  $41^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши пиретик иситма номини олган (грекча pyretos-иссиқ)

Тана ҳароратининг ҳаддан ташқари юқори кўтарилиши ( $41^{\circ}\text{C}$  дан юқори)- гиперпиретик иситма дейилади. Бу ҳарорат ўз-ўзидан ҳаёт учун ҳавфли ҳисобланади.

## Ҳарорат эгрилиги

Ҳарорат юқори бўлганда клиницист учун тана ҳароратини нафақат бир марта ўлчаш, балки маълум вақт давомида унинг динамикасини ҳам билиши лозим. Одатда ҳарорат кунига 2 маҳал ўлчанади (эрталаб соат 7-9 да ва кечкурун соат 17-19 да ). Ҳароратни суткалик тебраниши иситманинг тури ва шаклини аниқлашга ёрдам беради.

Иситманинг 6 та асосий тури ва 2 та шакли бор:

Шуни инобатга олиш керакки, бизнинг аждодларимиз касалликнинг диагностикасида ҳарорат эгрилигига катта эътибор беришган, лекин ҳозирги даврда иситмани классик турлари ишда кам ёрдам беради, чунки антибиотиклар, иссиқлик туширувчи воситалар ва стероид препаратлар нафақат ҳарорат эгрилиги характерини, балки касалликни бутун клиник кўринишини ҳам ўзгартириб юборади.

## Иситма турлари

**1. Доимий ёки турғун иситма (febris continua).** Бунда тана ҳароратининг доимий кўтарилиши кузатилади, сутка давомида эрталабки ва кечкурунги ҳарорат фарқи  $1^{\circ}\text{C}$  дан ошмайди. У ўпканинг круппоз яллиғланиши, қорин тифи, вирусли инфекция (масалан, грипп) учун характерли.

**2. Бўшаштирувчи иситма (febris remittens, ремитирланувчи).** Бу тана ҳароратининг доимий ошиб бориши билан характерланади, лекин ҳароратнинг суткалик фарқи  $1^{\circ}\text{C}$  дан ошади. Бундай ошувчи температура туберкулёз, йирингли касалликлар (масалан, чанок абсцесси, ўт пуфаги эмпиемаси, жароҳат инфекцияси), хавфли ўсмаларда учрайди.

Шуни ҳам айтиб ўтиш лозимки, тана ҳароратининг кескин ўзгариб туриши (эрталабки ва кечкурунги тана ҳароратининг фарқи  $1^{\circ}\text{C}$  дан ошадиган бўлса), кўпинча қалтираш ҳолатлари билан кечувчи иситмалар **септик** ном билан юритилиши қабул қилинган (ўзгарувчан иситма ва гектик иситмаларга қаранг).

**3. Ўзгарувчан иситма (febris intermittens, интермитирланган).** Суткалиик ҳарорат фарқи худди ремитирланувчи иситмага ўхшаб,  $1^{\circ}\text{C}$  дан ошиб боради, аммо бу ерда эрталабки ҳарорат нормага яқин ётади. Бунга сабаб тана ҳароратининг кўтарилиш даври тахминан бирор вақт оралиғида (кўпинча ярим кунга яқин ёки кечаси) бир неча соатга ошиши ҳисобланади. Ўзгарувчан иситма малярия, инфекциян мононуклеоз ва йирингли инфекцияларда (масалан, холангитда) кузатилади.

**4. Мадорсизлантирувчи ёки гектик иситма (febris hectic, гектик).** Эрталаб худди интермитирланувчи иситмага ўхшаб нормал, ҳатто тана ҳароратининг тушиши кузатилади, аммо суткалик ҳароратнинг фарқи  $3-5^{\circ}\text{C}$  гача боради. Бундай тана ҳароратининг кўтарилиши ўпканинг фаол туберкулёзига ва сепсис билан кечувчи касалликларда учрайди.

**5. Тескари ёки бузилган иситма (febris inversus).** Бу бошқа иситма турларидан шу билан фарқ қиладики, бунда эрталабки тана ҳарорати кечкурунгидан баландроқ бўлади, аммо шундай бўлсада одатда унча баланд бўлмаган кечкурунги ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Бу иситма асосан туберкулёзда (кўпинча), сепсисда, бруцеллёзда учрайди.

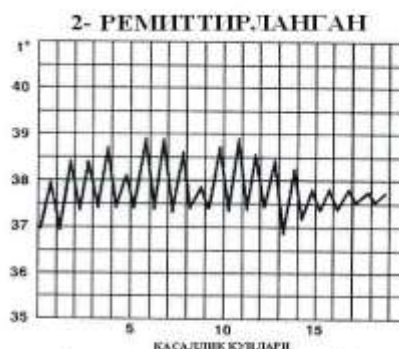
**6. Нотўғри ёки идора қилинмайдиган иситма (febris irregularis).** Бу юқорида кўрсатилган турли хил иситма турлари билан алмашиб келади ва ҳароратнинг суткалик фарқи ҳар хил ёки нотўғри кўринишда бўлади.

Нотўғри иситма ревматизмда, эндокардитда, сепсисда, туберкулёзда учрайди.

## ИСИТМА ТУРЛАРИ

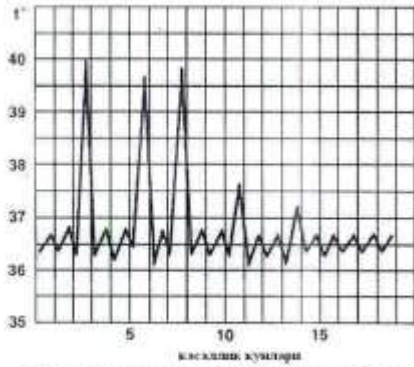


Эрталабки ва кечкурунги ҳарорат фарқи  $t=1^{\circ}\text{C}$   
(Круппоз пневмонияда)



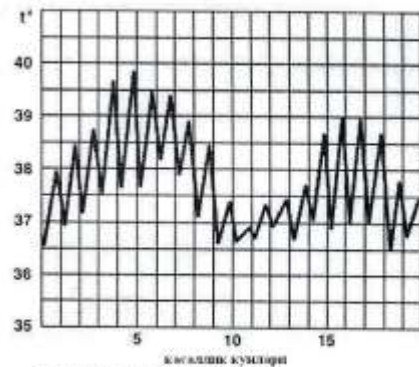
Эрталабки ва кечкурунги ҳарорат фарқи  $t=1^{\circ}\text{C}$ . Эрталабки ҳарорат нормаллашмайди.  
(Плевра эмпиемасида)

### 3 - ИНТЕРМИТТИРЛАШГАН



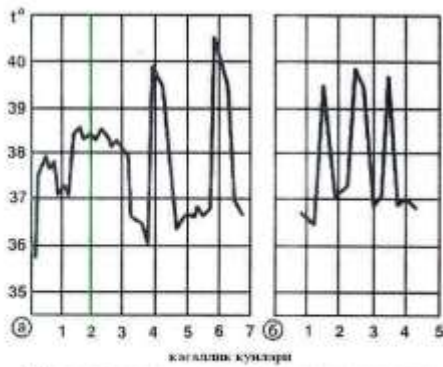
Суткалик фарқ  $t=1-2^{\circ}\text{C}$ , эрталабки ҳарорат нормалашади  
(4 кунлик маърида)

### 4 - ГЕКТИК ИСИТМА



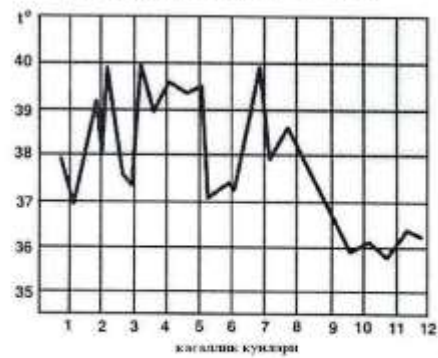
Суткалик фарқ  $t=3-4^{\circ}\text{C}$ .  
(Сепсизда)

### 5 - БУЗИЛГАН ИСИТМА



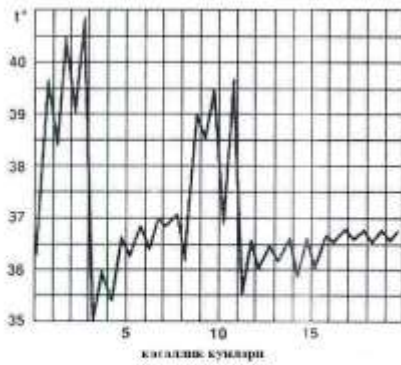
Эрталабки ҳарорат юқори кечкурунги си эса паст бўлади.  
(Уч кунлик маърида)

### 6 - НОТЎҒРИ ИСИТМА



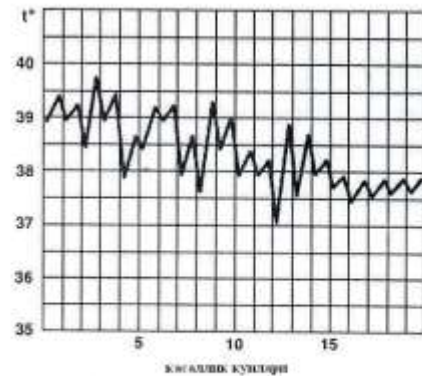
(Тропик маърида)

### 7 - ҚАЙТАЛАНУВЧИ ИСИТМА



Ҳароратнинг бир неча кун юқори бўлиши, кейин эса тушиши  
(4-5 кун давомида). (Қорин тифида)

### 8 - ТЎЛҚИНСИМОН ИСИТМА



Лимфогранулематозда



## Иситма шакллари

**1. Тўлқинсимон иситма (febris undulans)** маълум вақт оралиғида ҳароратнинг аста-секинлик билан ошиб бориши (ва яна аста-секинлик билан тушиб бориши доимий ёки ремитирланувчи иситма бир неча кун давомида) ва тўлқин қаторини ҳосил қилиши билан ҳарактерланади. Бу иситмани аниқ бир механизм билан кечиши аниқланмаган. Тўлқинсимон иситма бруцеллёз ва лимфагранулематозда кузатилади.

**2. Қайталанувчи иситма (febris recurrens, рекуррент)** бунда иситманинг йўналиниш даври нормал иситма йўналиш даври билан алмашилиб келади.

Бундай типик шакл қайталама тифда, малярида учрайди.

- Бир кунлик ёки эфемерли иситма (febris ephemera ёки febriculara): тана ҳароратининг кўтарилиши бир неча соат давомида кузатилади ва бу бошқа қайтарилмайди. Бундай шакли иситма енгил ўтувчи инфекцияларда, қуёшда узоқ турганда, қон қуйгандан кейин, баъзида вена ичига дори воситалар юборилгандан кейинги ҳолатларда учрайди.
- Ҳар кунлик такрорланувчи хуружларда–қалтираш, қизиб кетиш, ҳароратнинг тушиши кузатилади. Бу эса малярида ҳар кунлик иситма (febris quotidiana) дейилади.
- Уч кунлик иситма (febris tertiana) – малярининг кун ора такрорланувчи хуружида учрайди.
- Тўрт кунлик иситма (febris quartana)–маляриянинг 2 кунлик иситмасиз такрорланувчи хуружда учрайди.
- Беш кунлик иситма (синонимлари: Вернера-Гиса касаллиги, пароксизмал риккетсиоз)–бундай иситма ўткир инфекцион касалликларда, Rochalimacea quintana риккетсияси чақирувчи касалликларда, тўрт кунлик, беш кунлик такрорланувчи иситма хуружларининг пароксизмал шакли билан кечувчи ҳолатларда, бир неча кунлик ремиссия даврларда ёки тифоидли форма билан узоқ кунлар давом этувчи узлуксиз иситмада учрайди.

## Иситмада кузатиладиган симптомлар

Иситма фақатгина ҳарорат кўтарилиши билан кечмайди. Иситмада пульс ва нафас тезлашади, артериал қон босими кўпинча тушади, беморлар қизиб кетиш ҳисси, чанқаш, бош оғриғига шикоят қилишади; ажралаётган сийдик миқдори камаяди. Иситмада модда алмашинуви тезлашади, шу билан бир қаторда иштаха пасайишига, узоқ иситмалаётган беморлар озишига олиб келади. Юқори истма делирия билан асосан қариялар ва спиртли ичимликни мунтазам истеъмол қилувчиларда кузатилади.

## Тахикардия

Тана ҳарорати ва пульс орасидаги муносабат катта аҳамиятга эга, чунки бир хил шароитларда у деярли доимий бўлади. Одатда тана ҳароратининг 1°C га ортиши юрак уриш частотасининг минутига 8-12 тагача ортишига олиб келади. Агар 36°C ҳароратда Ps 70 та бўлса, 38°C да Ps 90 тагача ортади.

Юқори тана ҳарорати ва пульс частотаси орасидаги боғлиқликнинг у ёки бу тарафга оғиши таҳлилни талаб қилади, чунки баъзи касалликларда бу муҳим кўрсаткич ҳисобланади (масалан, қорин тифида иситма аксинча нисбий брадикардия билан ҳарактерланади).

## Терлаш

Терлаш–иссиқлик ажралишининг бир тури. Кўп терлаш ҳарорат тушганда кузатилади; ҳарорат кўтарилганда эса аксинча тери одатда иссиқ ва қуруқ бўлади. Тер ажралиши иситманинг ҳамма турида кузатилмайди; у йирингли инфекция, инфекцион эндокардит ва баъзи касалликларда кузатилади.

## Қалтираш

“Қалтираш” (frigor) бирор ички қалтираш ва совуқни ҳис қилган ҳолатни белгилаш учун қўлланилади. Қалтирашда периферик артериолалар тораяди ва ғоз териси пайдо бўлади. Мушак титраши баъзан шу даражада ифодаланадими, ҳатто бемор гапира олмайди ва тишлар “таққиллаши” эшитилади (чайнов мушаклари тремори), бемор ҳис қилинаётган совуқ эса иссиқ кийим кийгандан кейин ҳам йўқолмайди. Тери ва оёқ- қўл совуқлигига қарамай тана ҳарорати ортган бўлади.

Тана ҳароратининг юқорироқ кўтарилиши “гипотамус термостатида” ўзгаришларга олиб келади ва қалтираш юзага келади. Бунда тана ҳарорати бирданига 2-4°C га ошади. Тана ҳароратининг секин-аста кўтарилиши энгил қалтираш билан кечади.

Қалтираш инфекцион (вирусли, паразитар) касаллик қўзғатувчиси ёки ёт оқсилни қонга тушганидан 1 соатдан кейин юзага чиқади ва 30 минутдан ортиқроқ давом этади.

Қалтирашнинг даврий пайдо бўлиши ўзига хос диагностик аҳамиятга эга. Бир марта пайдо бўладиган қалтираш билан кечувчи касалликларни схематик ажратиш мумкин (масалан, крупоз пневмония, мос бўлмаган қон қуйилиши ёки томир ичига ифлосланган эритмалар қуйилиши).

Қайта – қайта бўладиган қалтираш сепсисда, ўпка, сийдик - таносил тизими, ўт копи ва ўт йўллариининг йирингли касалликларида, сарамасда, онкологик касалликларда, ўпка раки, гипернефрома, лейкозларда, лимфогранулематозда учрайди.

Иситмали хуружларнинг бевосита кетма – кет келиши (қалтираш, иситманинг юқори бўлиши, иситманинг терлаш билан тушиши) ва иситманинг хуружларсиз даврлари безгакка хос. Бу касалликда хуружлар ҳар куни (ҳар кунлик иситма), кун ора (уч кунлик иситма) ёки иситмасиз икки кунлик (тўрт кунлик иситма) бўлиши мумкин.

Қалтирашни ҳар қандай турида томир ичига қон – томир кенгайтирувчи воситалар юборилса, уни тезда бартараф этиш мумкин.

## Герпес

Иситма кўпинча герпетик тошма пайдо бўлиши кечади. Герпес вируси билан 80-90% аҳоли зарарланган бўлса ҳам уларнинг 1% ида касаллик белгилари намоён бўлади. Бу вирус фаоллиги иммунитет тушган пайтда юзага чиқади. Иситманинг маълум бир турларида герпетик тошмалар жуда кўп учрайди, бу эса касалликнинг маълум бир диагностик белгиси ҳисобланади, масалан, крупоз пневмококкли пневмония, менингококкли менингит.

## Фебрил талвасалар

Иситма вақтидаги тутқаноқ 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган болаларнинг 5 % ида

учрайди. Иситма пайтида тутқаноқнинг юзага чиқиши ҳароратни меъёридан ортиқ кўтарилишига эмас, балки унинг кўтарилиш тезлигига боғлиқ. Одатда фебрил талваса 15 минутдан (ўртача 2-5 минутгача) ошмайди. Кўп ҳолларда талваса иситма кўтарилишининг бошида пайдо бўлади ва ўз-ўзидан ўтиб кетади.

Талваса синдромини иситма билан боғлаш мумкин, агар:

- Боланинг ёши 5 ёшдан катта бўлмаса
- Талваса билан кечувчи касалликнинг йўқлиги (менингит)
- Иситма йўқ пайтида талваса ҳам кузатилмаса

Болада фебрил талваса пайдо бўлса биринчи навбатда менингит ҳақида ўйлаш лозим (ўзига хос клиник белгиларида люмбал пункция кўрсатилган). Спазмофилияни инкор қилиш учун кўкрак ёшидаги болаларда кальций миқдорига эътибор бериш керак. Агар талвасалар 15 минутдан ортиқроқ давом этса эпилепсияни инкор қилиш учун ЭЭГ қилиш мақсадга мувофиқ бўлади.

## Умумий сийдик таҳлили

Умумий сийдик таҳлилида кам ҳолларда функционал протеинурия пайдо бўлади ва бу иситма нормал даражага тушгандан сўнг йўқолади. Иситма пайтида сийдикда цилиндрлар, кетон таначалар, буйрак эпителийси ҳужайралари пайдо бўлиши мумкин.

## Иситма симуляцияси

Иситма кўтарилишининг ёлғон кўрсаткичлари термометрга боғлиқ бўлиши мумкин. Бу ҳолат кам учрайди, кўпинча иситманинг симуляцияси кузатилади.

Симуляция қуйидаги мақсадларда бўлиши мумкин: иситмани кўтарилган ҳолатини кўрсатишда (масалан, бемор градусникни симобли резервуар соҳасини ўзи иситиш йўли билан) ёки иситмани яшириш мақсадида (градусникни иситмайдиган ҳолатда ушлаганда).

Тана ҳарорати юқори бўлган касалларнинг 2-6% ида иситма симуляцияси учрайди.

Қуйидаги ҳолларда иситма симуляциясини гумон қиламиз :

- Тери ушлаб кўрилганда тана ҳарорати нормал ва иситма билан кечувчи симтомлар (тахикардия, терининг қизариши) нинг бўлмаслиги.
- Ўта юқори иситманинг кузатилиши  $41^{\circ}\text{C}$  ва ундан юқори, ёки суткалик ҳароратнинг алмашилиб туриши (атипик характерли).

Иситма симуляцияси кузатилса қуйидаги ҳолатларни бажариш керак.:

- Ушлаб аниқланган тана ҳарорати билан иситма белгиларини (пульс частотасини) таққослаш керак.
- Тиббий ходим билан биргаликда ҳар хил термометрларда икала қўлтиқ ости соҳаси ва тўғри ичакда тана ҳароратини ўлчаш.
- Янги ажратилган сийдик ҳароратини ўлчаш.

Бу муолажаларни беморга тушунтириб, симуляцияга шубҳа қилганимизни сездирмасдан олиб боришимиз керак.

## Туберкулёз касаллигида иситма

Ўпка туберкулёзида иситма ўзига хос хусусиятга эга бўлиб фақат туберкулёзга характерли, аниқ белгиларга эга эмас, шу билан бирга иситмадаги махсус белгилар йўқлиги ҳам туберкулёзга хос. А.А. Кисселнинг фикрича, юқори тана ҳарорати туберкулёз касаллигига хос эмас. Ўпка туберкулёзининг бошланғич шакллари одатда иситмасиз кечади. Бу бирламчи ва бирламчи инфекциядан кейинги ҳолатга тааллуқли. Кейинчалик иситма туберкулёз касаллигининг кейинги даврларида иситма кўтарилиши нафақат аниқ фазасида балки унинг ёритилган фазаларида ҳам кўп учрайдиган асосий белги ҳисобланади. Нафақат фебрил, балки субфебрил ҳарорат ҳам жараённинг кучайганлигидан дарак беради. Агарда буни рентген белгилари инкор этса ҳам, жараён сусайган пайтда субфебрил ҳарорат кузатилади ва кам ҳолларда ҳарорат  $37,5^{\circ}\text{C}$  дан ошади. Кўпинча икки томонлама оғир каверноз жараёнли беморларда умуман иситма кузатилмайди.

Бироқ касаллик авж олганда ҳам тана ҳарорати кўрсаткичлари барибир юқори даражага етиб бормайди: бунда кўрсаткичлар одатда  $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$  атрофида бўлиб камдан - кам ҳолатларда бундан юқори бўлиши мумкин, аммо шунда ҳам бошқа белгилар йўқолгач яна олдинги ҳолатига қайтади. Агар туберкулёз билан касалланган беморда тана ҳарорати узоқ вақт давомида фебрил, яъни  $38^{\circ}\text{C}$  атрофида бўлса ёки тана ҳарорати олдиндан юқори бўлиб бунга бошқа сабаб топилмаса, у ҳолда ишонч билан қатъиян бу ерда юқори, фаол ва чўзилган-экссудатив ёки казеоз- пневмоник жараённинг

оғир инфилтратив фазаси авж олганини айтиш мумкин. Бу вазиятда бошқа бизга маълум бўлган тўртлик кўрсаткичлари ҳам одатда намоён бўлади: юқори ҳарорат, ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз ва нейтрофилларнинг чапга силжиши. Юқори ҳарорат – авж олиш даврининг доимий белгиларидан бири, шу сабабли синдром перманентли интервалсиз авж олинган ҳолда кечганда ҳам тана ҳарорати доимий 38°C даражадан юқори кўрсаткичларда қолади. Бу мисолда ўткир милиар туберкулёз ўткир ости гематоген–тарқоқ шаклининг ўчоқлар бирлашиш даври ва бирлашган инфилтратларни ҳосил бўлиши, экссудатив–казеозли зотилжам, бронх лимфа тугунларининг ўсмасимон туберкулёзи (дўнгчаларни ҳосил қилиб), ичак туберкулёзи, туберкулёзли перитонитларни келтириб чиқариши мумкин.

Ўпка туберкулёзининг асосий симптомларига иситма (узок давомли субфебрилитет, ремиттирловчи, гектик кўринишда), йўтал ( қуруқ ёки енгил ажраладиган балғамли) қон туфлаш, хансираш ва бошқалар киради.

Иситма кечкурун, одатда қўл қафтларининг исиши билан кузатилади. Иситманинг тескари тури эрталабки ҳароратнинг кечкурунгига нисбатан юқори бўлиши билан тавсифланиб, гохида сепсис, туберкулёз, бруцеллёларда кузатилади.

**Ушбу машғулотда қўлланиладиган янги технологик усуллар: “Уч босқичли интервью”, “Ургимчак тури”.**

## Уч босқичли интервью” усули

### Босқичлар:

Барча талабалар 3 гурухга бўлинади:

- биринчи гурух талабалари – беморлар;
- иккинчи гурух талабалари – врачлар;
- учинчи гурух талабалари – экспертлар.

Хар бир гурух учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гурух 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - хам “врач” харакатларини, хам “бемор” харакатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси характ тўғри бажарилган;
- қайси харакат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхишлаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг хаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни ахамияти ва узок муддат даволаниши хақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гурух олдида эълон қилинади.

**Бола 6 ёшда. Онасининг шикоятлари боланинг кайфиати ва хулкининг узгаришига: кузгалувчанлик, ланжлик, йиглокилик, кечкурунлари субфебрил харорат(37,4-37,5 С). Ярим йил аввал туберкулёз билан касалланган амакиси билан киска муддат алоқада булган.**

**Объектив текширганда: бироз озгин, туқималаар тургори камайган, 7 гурух периферик лимфа тугунлари катталашган, улар эластик консистенцияли.**

**Юрак тонлари бугиклашган. Жигар палпациясида бироз катталашган.**

1.Сизнинг ташхисингиз.

2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини курсатиб беринг.

3.Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар утказилиши керак?

4.Бошқа касалликларни истисно қилиш учун қандай мутахассислар билан консультация утказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Эрта силдан захарланиш.	30	20-30	5-19	0-4
2	Кузгалувчанлик, ланжлик, йиглокилик, кечкурунлари субфебрил харорат, бир оз озгин, туқималаар тургори камайган, 7 гурух периферик лимфа тугунлари катталашганлиги ва уларнинг эластик консистенцияси.	20	10-20	5-9	0-4
3	Анамнезидан- бемор билан мулоқатда булганлиги, БЦЖ қилинганлиги, аввльги	20	10-20	5-9	0-4

	Манту синамаси натижалари. Кон ва сийдик тахлили. Манту синамасининг динамикадаги натижаси. Рентген-томографик текширув.				
4	Ревматолог, отоларинголог, педиатр, фтизиопедиатр.	30	20-30	5-19	0-4

## Амалий машғулот № 10

**1. Амалий машғулот мавзуси:** Ўпка инфилтратлари. Турли генездаги инфилтратларнинг клиник, рентгенологик ва морфологик характеристикаси. Ўпка инфилтратив туберкулёзининг қиёсий ташхиси. **Болаларда ўпка инфилтратлари.** (*Ўпка инфилтратларининг ташхисоти ва қиёсий ташхисотининг ўзига хос хусусиятлари*).

<b>Машғулотнинг давомийлиги – 6 соат</b>	
<b>Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши</b>	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси;  -жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;  -ТСО: бинокуляр микроскоп, 3-машғулотнинг компьютер презентацияси.
<b>Машғулотнинг мақсади:</b>	
Ўпка қорайиши-ўпка инфилтрат синдроми рентгенологик сурати интерпретациясига асосланган ҳолда ўпка туберкулёзи ва ЎСНК касаллиги диагностикаси ва қиёсий ташхисни талабаларга (УАШ) ўргатиш. Хамда “ўпка инфилтратлари” синдромида даволаш, эпид. ҳолатни баҳолаш, ҳисобга олиш ва профилактик тадбирларни амалга ошириш.	
<b>Педагогик вазифалари</b> - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарклашни ўргатиш.  - Балғамни лаборатор	<b>Ўқув машғулоти натижалари:</b>  <b>Умумий амалиёт шиғокори (УАШ) билиши зарур:</b>  - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;

<p>текшириш методларини ўргатиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарқлашни ўргатиш.</li> <li>- Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш</li> <li>- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биоқимёвий механизми.</li> <li>- Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар.</li> <li>- Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш</li> <li>- Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонида туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари.</li> </ul> <p><b><i>УАШ бажара олиши лозим:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни.</li> <li>- Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни.</li> <li>- ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш;</li> <li>- Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни.</li> </ul> <p><b><i>УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат.</li> <li>- Балғамни бактериоскопик текшириш.</li> <li>- Клиник ва биоқимёвий анализларни интерпретация қилиш.</li> <li>- Рентгенограммани баҳолаш.</li> <li>- Туберкулин синамаси</li> <li>- Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш.</li> <li>- Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.</li> </ul>
---	--

	<p>- Эпидемиологик режимни бошқариш.</p> <p>- Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш</p>
<b>Таълим усули ва воситалари</b>	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч босқичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, сухбат, кейс-стади
<b>Таълим жараёни ташкил этиш шакллари</b>	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкаридагилар билан ишлаш
<b>Таълим воситалари</b>	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
<b>Баҳолаш усуллари ва воситалари</b>	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш, 2 ТБ билан манту синамаси амалий куникмасини бажариш

### **Ўпка тўқимасининг инфильтратив зичлашиш синдроми.**

Ўпка инфильтрацияси – бу ўпка тўқималарига, альвеола деворига суюқликлар, хужайра элементлари, турли кимёвий моддаларни кириши ва тўпланиши билан боғлиқ патологик ҳолат. Ўпка тўқимасининг хужайра элементларсиз фақат биосуюқликлар билан тўйиниши ўпка шишига тегишли. Ўпка тўқимасининг инфильтратив қалинлашиш синдроми, морфологик, клиник, лаборатор ва рентгенологик синдромлардан келиб чиқади. Амалиётда у кўпинча клиник ва рентгенологик маълумотлар асосида ташхис қилинади. Биоптат олиш йўли билан ўтказиладиган морфологик изланишлар инфекция этиологиясини аниқлаш учун кўрик заруриятида ўтказилади.

УТИКС сабаби кўпинча бактериал, замбуруғли, паразитар инфекцияларда ўпка тўқимасига инвазияни (туберкулёз, кандидоз, аскаридоз) таъсир этиши, кейинги сабаби - бу ўпкани шишиши аллергия генезли касалликда, лейкозлар ва бириктирувчи тўқималарнинг касалланишида. Терапевт шифокор ўткир пневмонияда кузатиладиган ўпка тўқимасининг носпецифик инфильтрацияси билан тўкнаш келади. Пневмония-бу ўпка тўқимасидаги альвеолаларнинг зарарланиши билан боғлиқ аллиғланиш жараёни. Морфологик жиҳатдан тўрт босқич фарқланади.

1. Қуйилиш босқичи - альвеола девори шишиши билан боғлиқ. Альвеола қалинлашади ва зичлашади, бироқ ўпка тўқимасидаги ҳолат оз бўлсада сақланиб қолади. Альвеолаларда кам бўлса ҳам ҳаво бўлади. Яллиғланиш ривожланганда экссудат альвеола бўшлиғини тўлик тўлдиради.



2. Қизил жигарланиш босқичи-ўпка ўз ҳолатини йўқотади. Ҳўпка қалинлашади, морфологик жиҳатдан ҳавосиз жигарни эслатади. Бу босқичда ўпканинг зарарланган қисми кесиб кўрилганда хира қизил рангда бўлади.
3. Кулранг жигарланиш босқичи - ўпка аввалгидек ҳавосиз, лекин кулрангда бўлиши альвеолаларнинг лейкоцитлар билан тўйинганлиги сабабли юзага келади. Кейинчалик альвеолаларда бир қатор специфик жараёнлар бўлиб ўтади, шу жумладан протеолитик ферментлар таъсири остида экссудация кечади. Суюқ экссудат альвеолалардан оқиб чиқиб бронхиолаларга боради, кейин бронхларга ўтади. Улардаги йўтал рефлексларини кўзғатади ва йўтал юзага келади. Бемор балғам туфлаганда экссудат йўқолади.
4. Тузалиш босқичи. Клиник жиҳатдан 3 босқичи мавжуд.
  - а) бошланғич босқич морфологик босқичга мос келади, бу босқичда ўпканинг ҳавоси камаяди.
  - б) Ривожланиш босқичи - қизил ва кулранг жигарланиш морфологик босқични бирлаштиради. Уни клиник, физикал усул билан аниқлаш мумкин эмас. Бу босқичнинг ўзига хос томони ўпканинг зарарланган қисмида ҳавонинг йўқлиги.
  - в) Тикланиш ва тузалиш босқичи. Ҳўпканинг зарарланган қисми аввалги ҳолатида ва ўпканинг соғлом, зарарланмаган қисмига нисбатан яхши кечади. Клиник кўринишлар юзага келиш сабаблари, унинг босқичига, яллиғланиш жараёнининг фаоллигига, инфилтрат майдони ва тарқалишига боғлиқ.

Беморлар асосан йўтал, қон туфлаш, кўкракдаги оғриқ, ҳансирашдан шикоят қиладилар. Бактериал инфекция туфайли юзага келган яллиғланган инфилтрацияда балғам шиллиқ йирингли, крупоз пневмониянинг жигарланиш босқичида балғам қонли бўлади. Крупоз пневмония даврида қон кетишининг сабаби қон томир деворларининг ўтказувчанлиги ошиши ҳисобланади. **Қон туфлаш** кўпинча вирус этиологияли инфекцияларда, шунингдек туберкулёзда инфилтрат ўчоғи ичида ўпка тўқимасининг чириш ҳоллари, ўпка ўсмасида юзага келади. **Йўтал:** ўпка тўқимаси инфилтрациясида соғлом томонга ўтганда кучаяди, касал томонга ўтганда камаяди. Балғам соғлом томонда ўтганда яхши кўчади. Кўкрак қафасида оғриқ сезувчи рецепторлар жойлашган бўлиб, оғриқ париетал пардада яллиғланиш жараёни содир бўлганда юзага келади. Улар кўзгалганда оғриқ синдроми юзага келади, бу оғриқлар бир жойда бўлади, чунки бемор оғриётган жойни аниқ кўрсата олади. Улар чуқур нафас олганда ва йўталганда, соғ томонга ўтганда кучаяди ва касал томонида камаяди. Агар патологик жараёнга ўпканинг диафрагмал юзасини қоплаган ўпка пардаси кўшилса, оғриқлар қориннинг юқори қисмида бўлади. **Ҳансираш:** фақат крупоз пневмонияда ҳаракат қилувчи альвеолаларни сони камайиши туфайли ўпка тўқимасининг нафас юзаси камайиши юзага келади, реструктив ҳаво алмашишининг бузилиши ва нафас етишмаслиги даражаси билан аниқланади. Нафас олиш ва нафас чиқариш фазаси бузилади. Тана ҳарорати ошиши, титраш, терлаш, умумий ҳолсизликдан шикоят қилади. Жараён сурункали кечганда тана вазни камайиб кетади. **Объектив текшириш маълумотлари:** Умумий кўрикда ўпка тўқимасининг зичлашиш синдромида инфилтрация майдонининг тарқалганлиги, пневмония босқичи, патологик жараённинг мавжудлиги аниқланади. Касалликнинг емирилиш босқичида беморнинг аҳволи қониқарли ва крупоз пневмонияда оғир бўлади. Крупоз пневмония билан касалланганларда эс-хушнинг бузилиши кузатилиб, интоксикация туфайли юзага келган иситмада алаҳлаш, галлюцинация кўринишидаги эс-хуш бузилиши кузатилади, кўп ҳолларда алаҳлаш, мотор кўзгалувчанлик билан ўтади. Токсинларнинг мияга таъсири остида эс-хуш ступор, сопор ёки кома ҳолатигача тушиши мумкин. Касаллик ҳолати касалланган ёнбошда, юзининг шамоллаган тарафи қизарган, лаби ва бурни четларида учук тошган бўлади. **Тери:** намлиги ошган, ранги қизарган, юрак фаолиятидаги етишмовчиликдан хабар берувчи цианоз пайдо бўлади. Баъзи касалликда артериал гипотензия кузатилади. **Кўкрак қафасини кузатиш ва пальпация:** нафас олганида шикастланган тарафнинг орқада қолиши, нафас олиш юзаки ва тез, бир минутда 40 та нафас олиш ҳаракати ва нафас олишда кўшимча мускуллар қатнашиши кузатилади. Нафас олиш тури аралаш. Пальпацияда инфилтрация соҳаси устига қаттиқ босилганда агар париетал плевра иштирок этса, локал оғриқни кўриш мумкин.

Шикастланган қисмининг пальпациясида кўкрак қафаси ригидлиги ошади ва овоз тебранишни кучайиши кузатилади. Кўрсатилган перкуссия ва аускультациялар пневмониянинг босқичига боғлиқ.

1-босқичда ўпканинг инфилтрация майдонида ўпка овозининг пасайиши, кейин эса овознинг тимпаник бўлиши кузатилади. Тимпаник овоз альвеолаларни экссудат билан тўйиниши натижасида улардаги кучланишни пасайиши билан тушунтирилади, улар кучланиш ва тебраниш хусусиятларини

йўқотади. Шикастланган тарафда вентиляцияни пасайиши натижасида ўпканинг пастки қисмидаги ҳаракатчанлик пасаяди. Шикастланган майдон устида аускультацияда сусайган везикуляр нафас эшитилади. Бу бир қисм альвеолаларни нафас олишдан чиқиши ва яллиғланган майдонда вентиляцияни пасайиши натижасида юзага келади. Қўшимча нафас шовқинлари (товушли ишқаланиш) альвеолаларни очилиши ва плеврани ишқаланишидан келиб чиқади. Кўкрак қафасининг соғлом тарафида нафас олишда иштирок этаётган альвеолаларни компенсатор кўпайиши ва вентиляцияни кучайишидан везикуляр нафас олишни кучайиши келиб чиқади. Касалликни 2-босқичида альвеолаларда ҳавони йўқолиши туфайли шикастланган қисм устида перкуртор султ товуш эшитилади ва ўпканинг пастки қисмини ҳаракатчанлиги пасаяди. Аускультацияда бронхиал нафас эшитилади, плевранинг ишқаланиш овози сақланиб қолади. Крепитация бўлмайди, чунки альвеолалар тўлиқ эксудат билан тўлади ва ҳаракатлана олмайди. Соғлом тарафда кучайган везикуляр нафас олиш эшитилади. 3-босқичда, эксудат сўрилиб альвеолалардан яна ҳаво ўтади ва бўғиқ, тимпаник перкурторлик пайдо бўлади, чунки ўпка тўқимасининг зичлиги ошади, альвеола деворлари эса шишганича қолади. Аускультацияда крепитация пайдо бўлади. У бошланғич крепитация ва озод бўлиш крепитациясига бўлинади. Яллиғланиш жараёнида ўпкадаги крепитация шовқинли бўлади, чунки альвеолалар атрофида зич тўқима бўлиб, у товушни яхши ўтказиши. Аускультацияда эса бу босқичда майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Чуқур нафас олишдан сўнг ёки йўталдан сўнг хириллашлар баландроқ ва кўпроқ бўлади. Чунки бу пайтда эксудат альвеоладан бронхларга ўтади. **Лаборатор текширув маълумотлари.** УҚТ-лейкоцитозларни 20-30 минггача ўсиши, лейкоцитар формуланинг яққол чапга силжиши- сегмент ядроли лейкоцитлар сонининг ўсиши, ёш турларнинг пайдо бўлиши, эозинофилия, ЭҚТ ни 40-50 мм\соат гача тезлашиши, УСТ: олигурия, протеинурия, функционал, суткасига 1 граммгача.

**Балғамнинг умумий таҳлили:** кўриниши касалликни босқичига боғлиқ. Қизил жигарланиш босқичида зангсимон балғам куюк, унда фибрин бўлгани учун. Микроскопияда кўп сонли янги эритроцитлар, лекин кўп ҳолларда сидерофаглар, яъни таркибида гемоглобин бўлган макрофаглар, микрофаглар эса кўпинча коккли .

Кулранг жигарланиш босқичида кўп лейкоцитли, макрофагли шиллик, йиринг ажралади.

**Асбоблар билан текширув усули :** Кўпроқ спирография ва рентгенография аҳамиятга эга. Спирография (пневмотахометрия, пневмоскопия) ҳаво алмашинуви бузилишининг реструктив типиди ишлатилади, яъни ЎТС, МНВ камайиши ва МНХ, НЧ кўтарилиши билан боғлиқ бўлган ҳолатларда кузатилади. Рентгенография 3 проекцияда ўтказилади, ўпка инфилтратининг рентгенологик белгилари уни чақирган омилларга боғлиқ. **Характерли белгилари:** пастки бўлагига локализацияси аниқ бўлмаган шаклдаги инфилтрат, соянинг паст интенсивлиги, бир томонлама эмаслиги, ўпка суратининг кучайиши, ўпка илдизига томон йўлакча пайдо бўлиши , жароҳатланган томонда ўпка фаоллигининг сусайиши. Туберкулёз инфилтратининг рентгенологик белгилари ўзига хос аҳамиятга эга , яъни у носпецифик ўпка инфилтратидан фарқланади .Туберкулёз инфилтратининг характерли белгиси аниқ контурли, юмалоқ фокуси сояга , ўпка илдизи томон йўлакча пайдо бўлиши ва ўпка суратининг ўзгариши кузатилади.

### **Ўпканинг яллиғланган туберкулези**

Туберкулезнинг бу шакли ўпка туқимасининг махсус юкори сезувчанлиги ва яллиғланиш соҳасида эксудатив туқима реакциясининг кучайиши асосида ривожланади.

Яллиғланган туберкулезнинг клиник-морфологик хусусияти ўпкаларнинг тарқалган жароҳатланиши ва туберкулез жараёнининг тез авжланиб боришига мойиллигидир.

Яллиғланган туберкулез билан асосан катталар, купинча ёши катта булмаган касалланадилар. Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиш эҳтимоли туберкулезнинг эрта шакллари аниқлашни ёмон ташкил этиш натижасида ошади.

Биринчи бор аниқланган ўпка туберкулези беморларининг 65-75% ида яллиғланган туберкулез ташхиси куйилади. Туберкулезга қарши курашувчи диспансерларда кузатилувчи фаол туберкулез шаклли беморларнинг 45-50%ини туберкулезнинг бу шакли ташкил қилади.

Туберкулездан улим курсаткичи буйича яллиғланган туберкулез тахминан 1%ни ташкил килади. Касалликнинг летал холати казеоз пневмония, ўпкадан кон кетиш каби асоратлар булганда кузатилади.

Инфилтратларнинг куйидаги клиник-рентгенологик турлари фаркланади:

- *бронхолобуляр*;
- *бултсимон (сегментар, полисегментар, перисциссурит)*;
- *юмалок инфилтрат*;
- *лобар инфилтрат (лобит)*.

**Патогенез ва патологик анатомия.** Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиши учокли туберкулезнинг авжланиши – юмшок учоклар ёки эски туберкулез учоклари атрофида яллиғланиш сохасининг тез ортиб бориши билан боғлиқ. Перифокал яллиғланишнинг таркалиб бориши ўпка тукумасидаги специфик жарохатланиш хажмининг кенгайиши ва жараён характерининг сифат жихатдан узгаришига олиб келади – туберкулезнинг учокли шакли яллиғланган шаклига айланади.

Туберкулез инфилтрати кенг перифокал яллиғланиш сохасига эга булган янги ёки эски туберкулез учоклар комплексидан иборат булади.

Инфилтратлар купинча I, II ва VI сегментларда, яъни одатда туберкулез учоклари учрайдиган ўпка сохаларда жойлашади.

Учок атрофида яллиғланиш реакциясининг кучайишига массив туберкулез суперинфекцияси, ёндош касалликлар (кандли диабет, алкоголизм, наркомания, ОИТС), оч колиш, психиэмоционал жарохатлар, табиий гормонал узгаришлар сабаб булади. Бу мухим омиллар иммун реакцияларнинг эффективлигини сусайтиради ва СМБнинг тез усиши ва купайишига мухит яратади. Микроб популяцияси сон жигатдан ортиши унда юкори вирулентли, шу жумладан дориларга тургун микобактериялар штаммининг пайдо булиш эхтимолини оширади.

Юкори вирулентли СМБ таркибига кирувчи фаол бирикмалар (сульфатидлар, липоарабиноманнан, феноликогликолипид-1, миколиларабино-галактан-пептидогликан комплекси) СМБларини макрофаklarда яшаб колиш учун кулай шароит яратадилар.

Шунингдек улар микроб хужайраларининг антигенларига секин-аста ривожланувчи юкори сезувчанликни бирдан ошишига сабаб буладилар. Натижада туберкулез учоги атрофида яккол ривожланган экссудатив компонентли яллиғланиш реакцияси ривожланади. Специфик яллиғланиш ўпка булакчасидан ташкари сохаларга таркалиб, жарохатланишнинг умумий хажми орта боради. Шу йул билан *бронхолобуляр инфилтрат* шаклланади. Яллиғланиш реакциясининг якколлилиги ва кейинги динамикаси иммунологик реактивлик ва микроб популяциясининг усиш темпига караб узгариб боради.

Имунологик реактивликнинг нисбатан яккол булмаган узгаришларда СМБларининг сон жигатдан ошиши секинлашади, тукумаларнинг микобактерияларга нисбатан сезувчанлиги секин-аста ортиб боради.

Бундай холатларда экссудациянинг интенсивлиги ва хужайралар инфилтацияси кучли намоён булмайди. Альвеолалар макрофаглар, эпителиоид ва плазматик хужайралар хамда нисбатан оз микдордаги экссудат билан тулган булади. Яллиғланиш жараёни аралаш курунишда, яъни экссудатив ва пролифератив узгаришларни уз ичига олиб, секин-аста таркалиш хусусиятига эга. Туберкулезнинг яллиғланиш сохаси одатда сегмент ичида чегараланиб, унда *юмалок* инфилтрат номини олган жараён шаклланади.

Махаллий ва умумий иммунитетнинг сезиларли пасайиши микроб популяциясининг юкори темпда усишини таъминлайди. Ўпка тукумасининг вирулент ва тез купайувчи СМБларининг катта популяциясига гиперергик реакцияси яккол намоён булувчи экссудацияни таъминлайди.

Перифокал яллигланиш «спленопневмония» характериға эға булади. У хужайра таркибининг камлиги ва специфик яллигланиш белгиларининг кучсиз ривожланганлиги билан ажралиб туради. Альвеолалар асосан полинуклеарлар ва кам сонли макрофаглардан ташкил топган тукима суюклиги билан тулган булади. Туберкулез жараёни ўпканинг куп сегментларини тез орада жарохатланишиға яккол мойиллик билан кечади (*булутсимон инфильтрат*).

Иммуноллогик узгаришларнинг туберкулез касаллигидаги кейинги авжланиши Т-супрессорлар фаоллигини ошиши ва аста-секин ривожланувчи юкори сезувчанликни сусайиши билан характерланади. Макрофаг хужайралари нобуд булиб казеоз некроз сохасини ташкил килади. Казеоз массалари аста-секин суюлиб дренажловчи бронхға ажраладилар.

Шу йул билан авж борувчи туберкулез яллигланиши сохасида яллигланган ўпка тукимаси билан чегараланган деструкция кismi пайдо булади. Секин-аста парчаланиш бушлиги шаклланиб у кейинчалик СМБларининг бронхоген ва лимфоген йул билан таркалиш манбаи булиб хизмат килади ва илгари зарарланмаган ўпка сохаларида янги учоклар ва инфильтратлар пайдо булиш хавфини тугдиради.

Патологик жараёнға деярли бутун ўпка булагининг кушилиши ва бу ерда купгина парчаланиш бушлигларини хосил булиши *лобит* шаклланганидан дарак беради. Инфильтратлар ривожланиш хусусиятларига караб асосан шаклланиш даврида фаркланадилар. Кейинчалик хар хил инфильтратлар орасидаги тафовут деярли йуколиб боради.

Локализацияси ва ўпка тукимасининг жарохатланиш хажмиға караб одатда икки-уч ўпка булакчаларини эгаллайдиган *бронхолобуляр инфильтрат*, битта сегмент сохасини эгаллайдиган – *сегментар*, хамда *полисегментар*, ёки *булак* инфильтратлари фаркланади. Асосий ёки булаклараро плевра вараги буйлаб ривожланажиган инфильтратлар *перисцисурит* деб аталади.

Яллигланган туберкулез авж олиб борганда казеоз пневмония ёки ковакли туберкулезға айланиши мумкин.

Яллигланган туберкулезнинг суниб бориши яллигланиш узгаришларининг сурилиши билан характерланади. Жарохатланган ўпка устидаги плеврада локал яллигланишнинг ривожланиши нафас мушакларининг тарангланишиға, яллигланиш жараёни ўпканинг чуккисида жойлашиб авжланиб борганида эса – елка усти мушакларининг таранглиги ва огриклигиға сабаб булади (Воробьев-Поттенджер симптоми).

Булутсимон инфильтрат, перисцисурит, ва айникса лобитли беморларда нафас аъзоларининг объектив текширув маълумотлари якколрок узгаришларни аниклаш имкони беради. Жарохат сохаси устида ўпка товшининг бугиклашиши, овоз дириллашишининг кучайиши, везикобронхиал нафас аникланади.

Айрим холларда кам сонли майда пуфакли нам хириллашлар эшитилиб, бу яллигланишнинг экссудатив компоненти устун туришидан дарак беради. Парчаланиш бушлиги устида доимий булмаган урта пуфакли нам хириллашлар аникланиб, улар купинча йуталдан сунг нафас олиш чуккисида эшитилади. Эффектив даво олиб борилганда хириллашлар киска вакт (2-3 хафта) ичида йуколиб кетади.

Катталарда айтиб утилган манзара одатда туберкулез учоклари ва инфильтратлар куп учрайдиган, хатарли сохалар номини олган жойларда аникланади. Бу сохаларға умров усти ва умров ости, курак усти, кураклар ораси хамда култик ости майдонлари киради. Айрим холларда патологик узгаришлар куракнинг пастки бурчагида аникланади.

**Диагностика.** Яллигланган туберкулез ташхиси унинг кечиш хусусиятларига караб куйилади. Одатда, беморлар касалликнинг бошланишини пайкамайдилар. Улар юкори тана хароратини яхши кутара оладилар, касалликнинг клиник белгиларини огирлигиға бахо бермасликка мойил булиб, умуман кам шикоят киладилар. Купинча беморлар касалликнинг биринчи белгиси деб аслида туберкулез жараёнининг хатарли асорати хисобланган кон туфлаш деб хисоблайдилар ва шу муносабат шифокорға мурожат киладилар.

Бу холда анамнестик маълумотларни инобатға олиш хамда туберкулез ривожланишининг мумкин булган ижтимоий ва тиббий-биологик хавфли омилларини урганиб чикиш мухим

хисобланади. Туберкулез бемори билан мулоқатда булганлиги ва аввал туберкулез билан касалланганлиги хақидаги маълумотларга катта аҳамият бериш керак.

Беморни физикал текшириш вақтида яққол узғаришларнинг йуклиги ўпкадаги яллишланиш жараёни туберкулез этиологияли эканлигини инкор этмасдан балки у ҳақдаги тахминни мустаҳкамлайди. Туберкулез беморларида аускультация вақтида «кам эшитилади» деган атама яхши аён ва ҳаттоки буюк фтизиатрлар томонидан таъкидлаб утилган. Бу муҳим диагностик белгига купчилик тажрибали клиницистлар – Г.А.Захарин, А.А.Остроумов, В.А.Ворбьев, Г.Р.Рубинштейн, А.Е.Рабухин, А.Г.Хоменколар катта аҳамият беришган.

2ТБ саклаган туберкулин билан утқазилган Манту синамаси аҳамиятли маълумот бериши мумкин. Бронхолобуляр ва юмалок инфилтратли беморларда туберкулинга жавоб реакция одатда мусбат, нормергик булади.

Туберкулинга кескин ва айниқса гиперергик жавоб реакцияни авж олиб боровчи булутсимон инфилтрат ҳамда лобитнинг бошланишида аниқлаш мумкин. Бундай беморларда самарали химиотерапияни олиб бориш туберкулинга нисбатан сезгирликни нормергикгача пасайиши билан кузатилади. Яллиғланган туберкулезни казеоз пневмония билан асоратланиб кечиши манфий анергияга олиб келиши мумкин.

Ўпканинг яллиғланган туберкулези диагностикасида *бактериологик текширув усуллари* муҳим ва купинча ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Балгам билан СМБларини ажралиши яллиғланган туберкулез беморларининг купчилигида руй беради. Ҳаттоки балгам кам миқдорда булганида ҳам СМБлари балгам суртмасини Циль-Нильсен усули буйича буюб тугридан-тугри бактериоскопия орқали аниқланади. Бактерия ажралишининг массивлиги инфилтратнинг клиник-рентгенологик типига боғлиқ.

Бронхолобуляр ва юмалок инфилтратли беморларда ажралаётган микобактериялар миқдори унчалик куп эмас ва бактерия ажралиши купинча люминесцент микроскопия усули ва/ёки экиш орқали аниқланади. Булутсимон инфилтрат, айниқса лобитда купгина парчаланиш соҳалари пайдо булишига мойиллик булади, шунинг учун бактерия ажралиши **массив** булади.

Яллиғланган туберкулезда балгамни культурал йул билан текшириш бактериологик диагностиканинг зарурий қисми ҳисобланади. У аниқланган микобактерияларнинг қайси турга оидлигини ойдинлаштириб қолмасдан уларнинг химиопрепаратларга сезувчанлигини текшириш имконини ҳам беради. Айрим туберкулезга қарши препаратларга нисбатан кузатиладиган турғунлик яллиғланган туберкулез билан огриган беморларнинг тахминан 18%ида кузатилади. Бу маълумотларни даволаш тактикасини аниқлашда ва беморнинг эпидемиологик хавфини баҳолашда инобатга олиш зарур.

Яллиғланган туберкулез билан ҳасталанган беморлар балгамини текширганда купинча янги эластик толалар аниқланади. Уларнинг мавжудлиги ўпка туқимасида парчаланиш **бўшлиқлари** пайдо булганлигидан дарак беради. Охаклашган эластик толалар, холестерин кристаллари, кальций тузларининг аниқланиши парчаланаётган инфилтратнинг охаклашган эски туберкулез учоғлари атрофида жойлашганлигидан далолат беради.

*Рентгенологик текширув* инфилтратнинг клиник-рентгенологик тури ва жароҳат хақида айрим маълумотларни аниқлаш имконини беради.

Бронхолобуляр инфилтрат одатда ўпка майдонининг кортикал қаватида, купинча I, II ёки IV сегментларда, асосан кам интенсивли, диаметри 3 см.гача булган, чегараланган сояланиш (фокусли соя) мавжудлиги билан характерланади. Инфилтрат **полигонал** шаклга эга булиб, ўпка илдизи томон қузилган ва ташқи контурлари ноаниқ булади. Компьютер томографик текширув атрофида инфилтрат шаклланган майда бронхнинг булиниши ва **ёригини** аниқлаш имконини беради.

Айрим ҳолларда бронх ёриги зич казеоз массалар билан тулган булади. Томограммада бронхолобуляр инфилтрат купинча перифокал яллиғланиш соҳаси билан уралган, зич ёки озрок зичликка эга булган бир нечта майда учоқларнинг конгломерати қуринишида булади.

Юмалок инфилтрат чегараланган (фокусли), юмалок шаклдаги, урта интенсивли аниқ қуриниб турадиган, лекин чегарали ноаниқ сояланиш қуринишида намоён булади. Олд прекцияда олинган **обзор** рентгенограммада сояланиш купинча умров остида жойлашади (Ассман-Редекер

инфильтратининг классик тури). Сояланишнинг медиал кисмидан ўпка илдизи томон яллигланган йулча тортилган булиб, унда айрим холларда дренажловчи бронхнинг **проекцияси** аникланади («теннис ракеткаси» симптоми).

Инфильтрат парчаланганда одатда унинг марказий кисмида парчаланиш **бушлиглари** куринади. Ўпканинг пастки кисмларида купинча бронхоген таркалиш учоклари аникланади. Томограммада айрим холларда инфильтратда туберкулез этиологиясини тасдиқловчи мухим белги - зич ва кальцинациялашган уоклар аникланади. Булутсимон инфильтрат рентгенограммада бир ёки бир нечта сегментлар чегарасида жойлашган бир текис булмаган сояланиш холида куринади.

Сояланишнинг ташки контури яқкол чегарага эга булмаган холда атрофдаги ўпка тукумасида худди эриб кетгандек йуқолиб кетади. Булутсимон инфильтрат булаклараро плевра буйлаб жойлашганда (периссиссурит) учбурчаксимон шаклга яқинлашади. (Сержан учбурчаги).

Бундай учбурчакнинг юкори чегараси ноаник, пастки чегараси эса булаклараро плевра буйлаб жойлашгани учун анча аник булади. Учбурчакнинг учи ўпка илдизи томони, асоси эса ташкарига йуналган булади. КТ бир неча учоклар кушилиши натижасида пайдо булган инфильтратнинг **структурасини** куриб чиқиши имконини беради.

Булутсимон инфильтрат учун жарохат сохасида яллигланган ўпка тукумаси билан уралган бир канча катта булмаган парчаланиш **бушлиглари**нинг мавжудлиги хосдир. Бирок, йирик парчаланиш бушлиглари ҳам пайдо булиши мумкин. Жараён авжланганда инфильтратдан йироқроқ булган ўпка сохаларида, ҳамда карама-карши ўпкада юмшок учокли соялар аникланиши мумкин.

Лобар инфильтратнинг (лобит) рентгенологик тасвири таркалган сояланиш синдромига мос келади. Сояланишнинг жойлашиши ва шакли ўпканинг қайси булагига жарохатланганлигига боғлиқ. Юкори булак жарохатланганда сояланиш ўпканинг юкори майдонида жойлашади. Лобитнинг чегараси зичлашган плевра вараглари билан ажралиб туради. Ёнбошдан олинган проекцияда сояланишнинг шакли учбурчаксимон булади.

КТ да лобит айрим холларда яқлит, деярли **бир хил (жинсли)** зичлашган ўпка булагига холида куринади. Жарохатланган булакда **деформацияга** учраган ва кисман казеоз массалар билан обтурацияланган бронхлар, ҳамда бир канча кичик ва урта диаметрдаги парчаланиш бушлиглари аникланади. Бундай жарохатланган ўпка булагини айрим холларда асалари ини ёки ноннинг магзига қийсланади.

Лобитнинг авжланган даврида купинча карама-карши ўпкада, асосан IV ва V сегментларда тарқок учоклар аникланади.

Рентгенологик тасвирнинг тахлили туберкулез жарохатини катта ишончилиқ билан тасдиқлаб, инфильтратнинг клиник-рентгенологик турини ва жараён босқичини аниклаш имконини беради. Илгари бошдан кечган туберкулезнинг қолдиқ узгаришлари – эндоген туберкулез инфекцияси манбалари топилиши мумкин. Яллигланган туберкулез беморларининг рентгенограммаларида купинча клиник белгилар ва физикал маълумотлар қамлигига қарамай «қуп нарса куринади». Бу қузатув холати диагностик ахамиятга эга.

Яллигланган туберкулез беморларида *бронхоскопияга* курсатма ўпка тукумасида деструкция шакланганда пайдо булади. Бу холларда тахминан 5% беморларда дренажловчи бронхнинг туберкулез билан жарохатланганлиги аникланади. Купинча носпецифик дренажловчи эндобронхит қузатилади.

Айрим холларда бронхоскопияга курсатма булиб ташхисни бактериологик ёки морфологик верификацияси учун диагностик материални олиш хисобланади.

Умумий қон тахлили курсатқичларининг узгариши инфильтратнинг ҳажми ва яллигланиш реакциясининг характериға боғлиқ. Ўпка тукумасида яқкол ривожланган экссудация қузатилганда лейкоцитлар микдори  $15,0-25,0 \cdot 10^9/\text{л}$  гача ошади. Таёқча ядроли нейтрофилларнинг фоиз курсатқичининг ошиши, лимфопения, моноцитоз, ЭЧТнинг 20- 40 мм/с гача қутарилиши қузатилади. Бу узгаришлар купинча фаол туберкулез яллигланишида аникланади.

Характерли биохимик узгаришлар (гипоальбуминемия, альфа-2 ва гамма-глобулинларнинг ошиши) туберкулез интоксикацияси яқоллигига боғлиқ.

Умумий сийдик таҳлилида яккол намоён булувчи интоксикацияда октуберкулез, гиалин цилиндрлар пайдо булади.

Ўпка туқимасида чегараланган инфилтратларнинг шаклланиши одатда ТНФ ва кон айланиш курсаткичларининг сезиларли узгаришларига олиб келмайди. Яллиғланган туберкулезнинг кенг тарқалган шаклларида, ҳамда касалликнинг авжланиб бориши ва интоксикация синдромининг ортиши кузатилганда нафас ва кон айланиш функцияси етарлича узгариши мумкин. *Регионар сцинтиграфия* ёрдамида жароҳат соҳасида **вентиляция**нинг эрта бузилишларини аниқлаш мумкин.

Балгамда СМБлари мавжуд булганда яллиғланган туберкулез ташхисини **верификацияси** (аниқланиши) айтарли кийинчилик тугдирмайди. Бактерия ажралиши кузатилмаган диагностик мушкул ҳолларда молекуляр-биологик текшириш усулларига мурожат этилади (туберкулез кузгатувчисига махсус булган праймер билан ПЗР). Купчилик беморларда яллиғланишнинг носпецифик табиатга эга эканлигини нотугри талқин этилиб кенг спектрдаги антибиотиклар билан утказилган терапиянинг муваффақиятсизлигини ҳам инобатга олиш даркор.

**Таккослама ташхис.** Яллиғланган туберкулезни купинча носпецифик **зотилжам** (пневмония), ўпканинг периферик раки, эозинофил инфилтратлар, пневмокониозлар, ўпка инфаркти ёки **зотилжам** билан асоратланган ателектаздан **таккослама ташхислашга** тугри келади.

Таккослама ташхислаш мобайнида яллиғланган ўпка туберкулезга хос бир катор умумий белгиларни инобатга олиш керак. У СМБ билан анча илгари зарарланиб, купинча охаклашган учоклар, петрификатлар, фиброз узгаришлар каби туберкулезнинг колдик узгаришлари мавжуд шахсларда ривожланади.

Рентген тасвирда туберкулез инфилтратининг сояси бир жинсли булмайди (**неоднородная**), атрофдаги ўпка туқимасида лимфоген ва бронхоген тарқалиш учокларини, аксарият ҳолларда периваскуляр ва перибронхиал ҳамда фиброз узгаришлар туфайли ўпка илдизи томон «йулча» тортилганлигини аниқлаш мумкин. Туберкулез инфилтрати бактериал ва вирус этиологияли зотилжамга караганда секинрок, лекин усма ва замбуруг табиатли зотилжам жараёнига караганда тезрок ривожланиш хусусиятига эга. Яллиғланган туберкулез ташхисини тасдиқлашда бактериологик текширувнинг ахамияти катта.

*Носпецифик пневмониянинг* бошланиши яллиғланган туберкулездан фаркли равишда уткир булиб, тана хароратининг тезда 39-40<sup>0</sup>С гача ошиши, бош оғриши, калтираш, адинамия, кукрак кафаси ва бугимларда оғрик каби белгилар билан кузатилади. Купинча юкори нафас йуллари зарарланади. Беморлар курук ёки шиллик характерли балгамли йуталга шикоят киладилар.

Ўпкада курук ва нам хириллашларни эшитиш мумкин. Гемограммадаги узгаришлар туберкулезникига Караганда якколрок булади. Балгам ёки бронх ювиндиси текширилганда носпецифик зотилжамли беморларда носпецифик бактериал микрофлора аниқланади. Рентгенологик текширувда купинча ўпканинг пастки булимларида туберкулезга караганда **бир жинсли (однородная)**, ноаник контурли инфилтрат сояси аниқланади. Ўпка расми кучайган ва деформацияга учраган.

Ўпка булагининг интенсив ва нисбатан гомоген сояланиш билан кузатилувчи ва плевра вараги томонидан жавоб реакция билан намоён булувчи *лобар зотилжамдаги* рентгенологик манзара булутсимон ёки лобар туберкулез инфилтратига ухшаш булади.

Белги	Яллиғланган туберкулез	Носпецифик зотилжам	Марказий рак	Периферик рак.
Ёши, жинси	Катталар, асосан эркаклар.	Ёш ва жинснинг ахамияти йук.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган.	Узгармаган	Метагтаз руй берганда катталашади	Метагтаз руй берганда катталашади

Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Аста-секин, авж олиб борувчи, купинча интоксикация синдромининг устунлиги билан	Уткир, кам холларда аста-секинлик билан, авж олиб борувчи, яккол интоксикация ва ўпка жароҳатла-  ниш симптомлари устунлиги билан, лаб ва буруннинг герпеси	Аста-секин, авж олиб борувчи, бронхит белгиларнинг устунлиги билан	Яширин ёки аста-секин авж олиб борувчи.
Рентгенологик белгилар	Купинча ўпканинг I, II, VI сегментларида жойлашган бир жинсли булмаган ( <b>неоднородная</b> ), чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, ўпка илдизи томон йулчанинг мав-  жудлиги, бронхо-ген таркалиш учоглари.	Купинча ўпканинг VIII, IX, X сегментларида жойлашган нисбатан бир жинсли (гомоген) чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, адекват терапия натижасида тез орада сурилиши кузатилади.	Ўпка илдиз ёки илдиз олди сохада чегараланган сояланиш аникланиб унинг атрофидаги ўпка суратининг локал кучайиши ёки деформацияси; бронх утказувчанлигининг бузилиши белгилари, лимфа тугунларининг катталашганлиги.	Купинча ўпканинг III, IV, V сегментларида жойлашган чегараланган сояланиш; ўпка суратининг локал кучайиши мумкин; мтатазтаз руй берганда регионар лимфа тугунларининг катталашганлиги
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, айрим холларда чандикли узгаришлар.	Диффуз эндобронхит, бронх бушлигида шиллик-йирингли секрет мавжуд.	Эндо-ёки перибронхиал усётган усма; бронх харакатчанлигининг бузилиши, бронхнинг ташкаридан эзилиши.	Меъёрида.
Балгамни бактериологик текшириш	Купинча СМБ+	Носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-
Туберкулинга сезувчанлик	Гиперергик ёки нормергик	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий
Бронх йуллари сакламасини морфологик текшириш	Айрим холларда эластик толалар, лимфоцитлар сонининг куплиги	Нейтрофиллар, плазмоцитлар, эозинофиллар сонининг ошиши	Капинча усма хужайралари	Айрим холларда усма хужайралари

Шундай қилиб яллиғланган туберкулез ва носпецифик зотилжамни касалликнинг аввалида такослама ташхислаш касаллик анамнези ва клиник намоён булишига асосланган. Рентгенологик маълумотларни тахлили купинча етарли булмайд. Мухими, зотилжам билан хасталанган беморларни кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш уларнинг умумий ахволи тез орада яхшиланишига ва бир каторда мусбат рентгенологик узгаришларга олиб келади.

Кейинчалик диагностик ахамиятга эга булган икки омил муҳим урин тутади. Улардан бири – балгамни бактериологик текширишнинг натижаси. Иккинчи омил – кенг спектрли препаратлар билан



утказилган антибактериал терапиянинг самарадорлик даражаси ҳамда барча клиник-рентгенологик манзаранинг динамикаси.

Яллиғланган туберкулез ва *периферик рақни* таккослама ташхислашда чекиш давомийлиги, касбий зарарли одатлар, рецидивланувчи бронхит ва зотилжамлар, илгари туберкулезни бошдан утказганлиги ва унинг колдик узгаришлари мавжудлигига ахамият бериш керак. Периферик рақ узок вақт клиник алоамтларсиз кечиши мумкин.

Хаттоки айрим холларда диаметри 5-7 см ва ундан катта булган юмалок периферик усмалар тусатдан флюорографик ёки бошқа рентгенологик текширув усулида аникланади. Бундай холларда илгари рентгенологик текширувлар утказилганлиги ва аввалги суратлар мавжудлиги суриштирилади. Эски ва янги рентгенограммаларни таккослаш жараённинг динамикада узгариши хақида маълумот беради.

Периферик рақнинг турли вариантларидан купинча учрайдигани *туғунли рақдир (узловой рақ)*. Рентгенограммада у контурлари текис ёки гадир-будир урта интенсивликдаги нисбатан гомоген соя қуринишида характерланади. Усма соясидан плевра вараги ва ўпка туқимаси томон йул тортилган булади, «усма тожи». Периферик рақнинг клиник белгилари усма парчаланиши бошлаганидан, йирик бронхларни сикиши ва уларни ҳамда куқрак кафасини эзиши, метастаз беришидан кейингина намоён булади. Бунда периферик рақнинг рентгенологик қуриниши марказий рақниқига ухшаб кетади. Жумладан гиповентиляция белгилари – «елкан симптоми».

Рақ туғинининг парчаланиши натижасида ички юзаси гадир-будир ва нотекис булган калин деворли парчаланиш бушлиги (полость) пайдо булади. Рақнинг *кавакли (полостная) шакли* шаклланади. Парчаланишга ҳам кичик ҳам жуда катта усма туғунлари мойил булади. Усмадаги парчаланиш бушлиги хар хил катталиқда ва шаклда булиши мумкин. Айрим холларда бушлиг эксцентрик жойлашиб унча катта булмаса, бошқа холларда – юпка деворли киста қуринишига эга булади.

Кам кузатиладиган зотилжамсимон рақда рентгенологик усманинг туғуни эмас балки аниқ шаклга ва чегарага ега булмаган инфилтрат аникланади. Бундай инфилтрат аста-секин катталашиб бутун ўпка булагини эгалаши мумкин.

Ўпка чуққисида жойлашган усма плевра варагига, ковуругаларнинг орқа қисмларига, умурткаларга, елка нерв чигалига, симпатик узанга тезда (*қупол*) усиб қиради. Бунда клиник *Пенкост триадаси* кузатилади: елкадаги қучли огриклар, қул мушакларининг атрофияси, *Горнер синдроми*.

Жуда кам холларда усманинг ковакли шакли аввалдан мавжуд булган бушлиқ – киста, абсцесс, туберкулез коваги деворининг ёмон сифатли усини натижасида булиб хисобланади. Яллиғланган туберкулезда туберкулезга қарши терапиянинг ижобий таъсири қуринса, ўпка рақида узгаришлар орта боради. Бирок, рақнинг носпецифик зотилжам билан асоратланишида антибактериал даво вақтинчалик субъектив ва объектив узгаришларнинг яхшиланишига ва ташхис қуйишда хатоликларга сабаб булаши мумкин.

Ўпканинг яллиғланган туберкулези ва периферик рақини таккослама ташхисида қуп холларда балгам ёки бронх сакламасини бактериологик ва цитологик текшириш муқим урин тутади. Туберкулез беморида СМБларини, ўпканинг ковакли рақида эса – хавфли усма хужайраларни аниқлаш мумкин. Балгам ажралмаганда ёки уни текшириш натижаси манфий натижа берганда трансбронхиал ёки трансторақал игнали биопсия утказилади ва кейинчалик биоптатни морфологик текширилади.

*Эозинофилли зотилжам* хар хил аллергенлар таъсирида ривожланади ва уткир, уткир ости кечиши ёки ҳеч қандай клиник белгиларсиз тасодифан рентгенологик текшириш вақтида аникланиши мумкин.

Касаллик купинча қурук ёки оз микдордаги балгамли йутал билан кузатилади. Интоксикация белгилар қучли намоён булмайди. Ўпкаларни аускультациясида кам сонли қурук ёки майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Гемограммада эозинофиллар сонини 30-90%га ошганлиги аникланади.

Рентгенограммада эозинофилли инфилтрат ўпкадан турли сохаларида жойлашиши мумкин. У кам интенсивли, контурлари ноаниқ, купинча нотугри шаклдаги фоқусли соя қуринишида булади.

Атрофдаги ўпка тукумаси узгармаган булади. Эозинофилли зотилжамга тегишли аллерген билан куйилган тери синамасининг мусбатлиги ва хатто даво утказилмаган тақдирда ҳам касалликнинг клиник-рентгенологик белгиларининг бир неча кун ичида йуқолиб кетиши характерли.

*Ўпка актиномикози* (кукрак ёки торакал шакли) ҳам яллиғланган туберкулез билан таккослама – ташхис утказилиши керак булган касалликлар жумласига киради. Бирламчи ва иккиламчи ўпка актиномикози фаркланади. Ўпканинг бирламчи актиномикозида актиномицеталар бронх йуллари ва ўпкага аэроген йул орқали киради. Иккиламчи актиномикозга ўпканинг лимфоген ва гемотоген зарарланиши ҳамда сурункали йирингли жараённинг ривожланиши хосдир.

Актиномикозли беморларни кукракдаги кучли огриклар безовта килади. Кукрак кафаси аъзоларини рентгенологик текширувида ўпкада ноаник контурли фокуси соялар аникланади. Кейинчалик фокус сояларининг контурлари аниқроқ булиб, уларнинг атрофидаги ўпка тукумасида фиброзли узгаришлар кучайиб боради, кисталар пайдо булади. Касалликнинг авжланганда ва ўпкада инфилтратив узгаришлар зурайиб борганда деструкция сохалари пайдо булиб, фибриноз ёки экссудатив плеврит ривожланади.

Жараён кукрак кафаси деворига утганда унда зич инфилтратлар ва йиринг ажралиши билан кузатиловчи купгина торакал окма яралар пайдо булади. Ташхис балгамда ёки окма ярадан ажралаётган йирингда актиномицеталарнинг аникланиши билан тасдиқланади.

Агар актиномицеталар балгамда ёки окма йирингда аникланмаса актиномикознинг яллиғланган туберкулездан асосий фарқи булиб СМБларининг балгамда йуқлиги, бронхоген учокларнинг мавжуд эмаслиги ва туберкулезга қарши олиб борилаётган давога қарамасдан касалликнинг авж олиб кетиши хиобланади.

Зотилжам билан асоратланган *ўпка инфаркти* ва *ателектазини* айрим ҳолларда яллиғланган туберкулез билан таккослашга тугри келади. Ателектазга бронх йуллари утказувчанлигининг бузилиши сабаб булади, бунинг натижасида маълум бронх билан **вентиляцияланувчи** сегментлар ёки ўпка булаги хавосиз булиб ҳажм жигатдан кичраяди. Ателектаз сабаби булиб бронх обтурацияси ёки уни ташқаридан эзилиши хисобланади.

Туберкулез касаллигида ўпка вентиляциясининг бузилиши ва ателектазнинг ривожланиши купинча асоратланиб кечувчи бронхоаденитда кузатилади. Қам ҳолларда ателектаз туберкулез бронхитида ёки туберкулездан кейинги чандикли бронхостенозда пайдо булади. Сегментар ёки субсегментар ателектаз нафас олиш фаолиятини бузмайди. Булак ва айникса бутун ўпка ателектази секин – аста ёки бирдан кузатиловчи хансираш, цианоз, юрак фаолиятининг бузилиши билан намоён булади. Рентгенограммада ателектазда ўпканинг тегишли қисми ҳажмининг кичрайиши ва унинг бир текис интенсив сояланиши аникланади.

Меъёрида вентиляцияланувчи ўпка сохалари, қарама-қарши ўпка ва қуқ аъзолари хавосиз ўпка булаги томон туберкулезжиши мумкин ва доим ателектазга учраган ўпка томон туберкулезжийдилар. Рентгенограммада ателектаз соҳаси сояси гомоген, аниқ контурли булиб бу уни ногомоген туберкулез инфилтратидан фарқлайди. Ателектазнинг якуний ташхиси бронхоскопия утказилгандан сунг куйилади. Бунда бронх обтурацияси сабаби аникланиб даво муолажалари утказиш имкони ҳам тугилади.

Зотилжам билан асоратланган ўпка инфарктига учраган беморлар анамнезида флелбит ҳамда тоз ва оёқ томирлари тромбози, миокард инфаркти, юрак-қон томир етишмовчилиги мавжудлиги инобатга олинади.

Инфаркт ўпканинг хоҳлаган соҳасида жойлашиши мумкин, лекин купинча унғ ўпканинг пастки булагида кузатилади. У уткир бошланиб, кукрак кафасида огрик, балгамли йутал, хансираш, қон туфлаш, тана хароратининг ошиши билан намоён булади. Атрофдаги ўпка тукумасида яллиғланган туберкулезга хос бронхоген тарқалиш учоклари учрамайди.

Жароҳат соҳаси синчковлик билан текширилганда окклюзияга учраган ўпка артерияси тармоғи ва томир суратининг сусайиши аникланиши мумкин. Зотилжам билан асоратланган ўпка инфарктида ўпканинг жароҳатланган соҳасида йирингли жараён ривожланиши мумкин.

## Казеоз зотилжам

Казеоз зотилжам туберкулезнинг огир шиклларида бири хисобланади. У илгари соғлом инсонда мустакил равишда иммунитетни бирдан пасайиб кетиши натижасида ёки туберкулезнинг бошқа шакллари хатарли асорати сифатида ривожланиши мумкин.

Казеоз зотилжамнинг хусусиятларидан булиб туберкулез яллигланиш жараёнида яккол намоён булувчи казеоз-некротик таркиб, тез авж олиб бориши ва купгина парчаланиш бушлиглари шаклланиши хисобланади. Казеоз зотилжамда улим 50-60%га етади.

Иккинчи жагон уришидан сунг олиб борилган умумий соғломлаштирувчи ва махсус профилактик тадбирлар биринчи бор аниқланган беморлар орасида казеоз зотилжамни салмоғини кескин пасайишига сабаб булди. 1964 йилда казеоз зотилжам нисбатан кам учраши туфайли туберкулезнинг клиник таснифидан олиб ташланган эди. Бирок 30 йилдан сунг 1994 йилда вазият кескин узгарди.

Ижтимоий ва иқтисодий инкироз асосида, туберкулезга қарши кураш издан чиқиши натижасида туберкулезнинг бу шакли билан хасталанган беморлар сони ошиб кетди. Казеоз зотилжам қайтатдан туберкулезнинг клиник таснифига киритилди.

Охирги йилларда казеоз зотилжам биринчи бор аниқланган туберкулез беморлари орасида 3-5%ни ташкил қилмоқда.

Казеоз зотилжам билан маълум хавф гуруҳни ташкил қилувчи катталар купрок моил буладилар: ОИТС вируси билан зарарланганлар, алкоғоликлар ва наркоманлар. Иккиламчи иммунодефицит шу қаторда аҳолининг маълум турар жойига эга булмаган, мажбурий қучманчилар, қочқоқлари қаби ижтимоий қатламларида куп учрайди. Умуман казеоз зотилжам билан хасталанган беморларнинг ярмига яқини огир ижтимоий анамнезга эгадирлар.

Узоқ вақт кортикостероидлар ва цитостатиклар қабул қилиб юрувчи беморларда казеоз зотилжам ривожланиш эҳтимоли купрок булади. Казеоз зотилжам риволаниш хавфини оширувчи муҳим омиллардан булиб инсоннинг дориларга тургун СМБлари штами билан зарарланиши хисобланади.

Казеоз зотилжамнинг икки клиник шакллари фарқланади: лобар ва лобуляр. Лобар казеоз зотилжам одатда мустакил клиник шакл булиб ривожланади. Лобуляр казеоз зотилжам эса туберкулезнинг бошқа шакллари асорати булиб хисобланади.

**Патогенез ва патологик анатомия.** Казеоз зотилжамнинг пайдо булиши СМБларининг яккол кузатилувчи иммунодефицит ҳолатида ўпка туқимасида интенсив купайиши билан боғлиқ. Иммунодефицитнинг характерли белгиларидан булиб апоптозга юқори моиллик тугдирувчи фагоцит хужайралари ва лимфоцитларнинг метоболик тургун эмаслиги хисобланади. Бундай хужайраларнинг функционал потенциали яккол пасайган ва улар эффектив хужайралоараро муносабга кодир эмаслар.

Иммун жавобда иштирок этувчи хужайралар апоптозининг патологик ошиши казеоз зотилжам ривожланишида асосий патологик омиллардан хисобланади. Макрофаглар ва лимфоцитларнинг паст функционал фаоллиги хужайравий иммунитетнинг чуқур узғаришига олиб келади. Функционал фаол Т-лимфоцитлар (Т-хелперлар ва Т-супрессорлар) популяцияси кескин қамайиши, кон зардобида иммуноглобулин G концентрацияси ошиб кетиши кузатилади.

Натижада вирулент микобактерияларга қарши эффектив химоя амалда кузатилмайди. СМБлари фаол купайиб куп микдорда токсик моддалар ажратади. Улар бевосита хужайралар мембранасига шикастловчи таъсир курсатиб, бу уз навбатида иммункомпонент хужайралар, макрофагларнинг узаро муносабатини издан чиқаради ва иммунодефицит ҳолати чуқурлашиб боради.

Шу уринда микобактерияларнинг корд омили фаголизосом комплексларнинг ҳосил булишга ва макрофагларда ИЛ-1 синтезланишига қаршилиқ қилиб, Т-хелперлар томонидан гамма-интерферон синтезини сусайтиради. Т-хелперлар ИЛ-2 ва гамма-интерферон синетзлаш қобилиятини йуқотади.

Узига хос ёпик халка вужудга келади: микобактериялар мавжуд иммунодефитцит хисобига парчаланмайди, уларнинг купайиши эса иммун узгаришларнинг чуқурлашувига, иккиламчи иммунодефитцитга ва туберкулезнинг авжланишига олиб келади.

Туберкулезнинг уткир яллигланиш жараёни сегмент доирасида чегараланган казеоз зотилжамнинг бошлангич боскичи ( ациноз, ациноз-лобуляр, кушилиб борувчи лобуляр) жароҳат соҳасида хужайравий элементларнинг ёппасига нобуд булиши ва кенг казеоз некроз соҳаси шаклланиши билан характерланади.

Патологик жараён кейинги таркалган ва кайтмас боскичга тезда утиб кетади. Бунда казеоз-некротик узгаришлар бошлангич жароҳатланган сегмент доирасидан ташкарига таркалади. Ёнма-ён жойлашган ўпка тукумасида бир-бири билан кушилиб кетувчи казеоз учоклар ва фокуслар шаклланади.

СМБлари майда бронхлар, лимфатик ва кон томирлар буйлаб таркалади. Уларнинг таркалиши ва казеоз узгаришларнинг 2-3 хафта ичида авжланиб боириши ўпкаларнинг кенг жароҳатланишига олиб келади.

Макроскопик асосий жароҳат соҳасида кенг казеоз-некротик узгаришлар ҳамда иккала ўпкада купгина учокли ва фокусли узгаришлар яхши куринади. Казеоз некроз факат ўпка тукумасида эмас балки висцерал ва парител плеврада ҳам аникланади. СМБларининг лимфоген таркалиши бошка аъзолар ва тизимларнинг туберкулез билан жароҳатланишига олиб келиши мумкин.

Микроскопик текширувда жароҳат соҳасида аралаш типдаги зотилжамга хос манзара аникланади. Казеоз массалар альвеола ва бронхиолаларни тулдириб туради. Альвеолар тусиклар аввалига уз структурасини саклаб турса, кейинчалик казеоз некрозга учрайдилар.

Шаклланган массив казеоз некроз соҳаси аторфида эпителиоид хужайралар, дистрофияси кузатилаётган лимфоцитлар ва полинуклеарлар йигинидан иборат кам сонли хужайравий инфильтрация ривожланади. Макрофаглар камдан-кам холларда аникланади. Улар апоптозга юқори моиллиги, ИЛ-1ни кам синтезлаши ва усмаларнинг некроз омили (УНО- $\alpha$ )ни фаол ҳосил булиши билан фаркланиб туришади.

Казеоз зотилжамнинг морфологик хусусияти булиб ўпка тукумасидаги казеоз-некротик узгаришларнинг бошка специфик узгаришлардан кескин устуворлигидир.

Ўпка тукумасининг парчаланиш механизмида СМБлари ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг шикастловчи таъсири катта аҳамият касб этади. У макрофаглар цитолизига ва ўпка тукумасига агрессив лизосомал ферментлар, простогландинлар ва УНО- $\alpha$  йигилишига олиб келади. Уларнинг узаро таъсири ўпка тукумаси емирилишига олиб келади.

Казеоз-деструктив узгаришларнинг шаклланишида асосий патогенетик омил булиб казеоз зотилжамли беморларга хос 1-протеаза ингибитори ва 2-макроглобулинларнинг дефицити хисобланади. Ўпка тукумаси парчаланишида некротик васкулит туфайли келиб чиққан микроциркуляциянинг сезиларли бузилиши ҳам имкон тугдиради.

Казеоз массаларнинг ириши ҳар хил улчамдаги купгина парчаланиш бушлигларининг – уткир каверналарнинг ҳосилбулишига олиб келади. Ўпканинг некрозга учраган соҳалари эркин ётувчи секвестрларга айланиши мумкин. Ўпкадаги деструктив жараён жароҳат соҳасида вақтинча кислороднинг парциал таранглигини ошиши билан кузатилади, бу эса СМБларининг интенсив купайиши учун оптимал шароит яратади.

СМБларининг ҳаёт фаолиятида ажралаётган маҳсулотлар ва ўпка тукумаси парчаланиши натижасида пайдо буладиган токсик моддалар ўпка ва бошка аъзоларда микроциркуляциянинг систем бузилишига олиб келиб метоболизмнинг бузилишига сабаб булади. Гомеостазнинг жиддий бузилиши гиперфибриногенемия, плазманинг фибринолитик фаоллигининг ошиши, конда паракоагуляция маҳсулотларнинг пайдо булиши ва преальбумин концентрациясини кескин камайиши билан кузатилади.

Даво утказилмаса казеоз зотилжам улим билан якқунланади. Унинг асосий сабаби парчаланган ўпка тукумаси асосида ва яккол намоён булувчи интоксикация туфайли келиб чиқадиган ўпка-юррак еттишмовчилиги хисобланади.

Уз вақтида комплекс даво бошланганда жараённинг жадал авжланиб бориши тухталиб туради. Фиброз массаларнинг аста-секин органик узгариши карнификация сохаларининг пайдо булишини таъминлайди, бушликлар фиброз каверналарга айланади, казеоз-некротик учоклар фиброз тукима билан инкапсуляцияланади. Шундай қилиб ўпка тукимасидаги узгаришлар маълум даражада қайтмас ҳисобланган казеоз зотилжам ўпканинг фибро-ковакли туберкулезига трансформацияланади.

**Клиник манзара.** Одатда казеоз зотилжам уткир бошланади. Жароҳат соҳасида казеоз-некротик массалар ҳосил булаётган бошлангич даврда интоксикацион синдром устун туради. Бемор рангпар булиб жароҳат соҳаси томонида ёнокларнинг кизарганлиги куриш мумкин.

Тана ҳарорати 38-39 °С гача ошади. Калтираш, холсизлик, кучли терлаш, хансираш, иштаҳанинг кескин пасайиб кетиши, диспепсик бузилишлар пайдо булади. Ўтгал асосан курук булиб, айрим ҳолларда кийин ажралувчи кам балгамли булади.

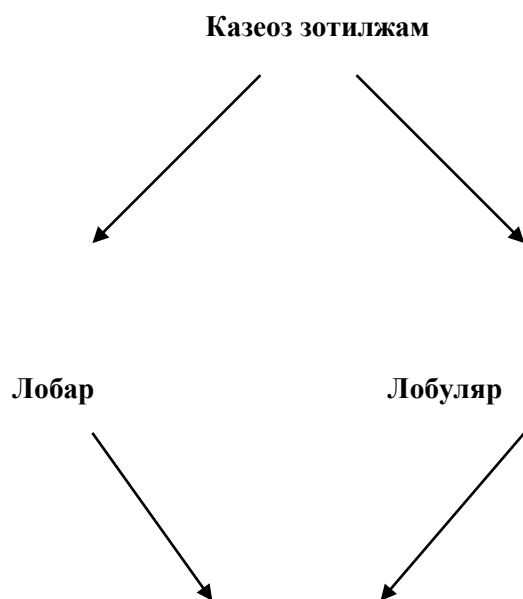
Казеоз-некротик массалар ириши ва ўпкада купгина парчаланиш бушлиглари пайдо булиши билан бронхо-плеврал синдром яқкол намоён булади. Ўтгал нам, куп миқдордаги балгамли булади. Беморларни куракдаги огриклар безовта қилади. Балгамда кон лахталари пайдо булиши мумкин. Хансираш кучаяди (1 дақиқада 40 тагача нафас), акроцианоз ривожланади. Нотугри типдаги гектик тана ҳарорати, кахексия кузатилади.

Физикал текширувда ўпканинг жароҳатланган соҳалари устида ўпка товушини тумтоқлашиши, сусайган бронхиал нафас, майда пуфакли нам хириллашлар аниқланади. Парчаланиш бушлиглари пайдо булгандан сунг хириллашлар куп сонли, жарангли, урта ва йирик пуфакчалига айланади. Ўпка артерияси устида II тон акцент ива тахикардия кузатилади. Купинча жигарнинг катталаниши кузатилади.

Туберкулезнинг бошқа клиник шаклини авжланиши натижасида ривожланган лобуляр казеоз зотилжамнинг клиник манзараси купинча унинг хусусиятлари билан боглик булади. Бирок доимо асоратланиш натижасида ривожланган казеоз зотилжам интоксикация симптомларинг кучайиши, ўпкада хириллашларнинг пайдо булиши ёки купайиши, ўпка етишмовчилигининг авжланиши билан характерланади.

#### Казеоз зотилжамнинг патогенези.





Купинча летал окибат. Эффектив даво утказилганда –  
фиброз ковакли туберкулезга трансформацияси,

**Диагностика.** Казеоз зотилжамнинг ташхиси беморни клиник, лаборатор ва рентгенологик текширувига асосланади. Иммунодефицит ҳолатининг мавжудлиги ва ўпкада туберкулез этиологияли яллигланиш эҳтимоли юқорилилигини тасдиқловчи анамнез маълумотларига асосий эътиборни қаратиш керак.

Касалликнинг оғир клиник кечиши тери синамасининг туберкулинга сезувчанлигини кескин пасайиши билан кузатилади. 2 ТБ билан утказилган Манту синамасига манфий анергия типик белги бўлиб ҳисобланади.

Касалликнинг 1-ҳафтасида беморлар деярли балгам ажратмайди. Бронх ювиндисини *бактериологик текшируви* касаллик кузгатувчисини аниқлай олмайди, чунки жароҳатланган ўпкада ҳали парчаланиш бушлиглари пайдо бўлмаган бўлади. Вазият касалликнинг 2-ҳафтасига келиб узгаради. Бу вақт ўпка туқимасида микобактериялар популяцияси кескин купайиши натижасида купгина парчаланиш бушлиглари пайдо бўлади.

Жуда куп балгам ажралиб, уни Циль-Нилсен усули буйича буяб тугридан тугри бактериоскопик текширганда куп микдорда СМБлари аниқланади. Уларнинг топилиши ташхис куйишда хал килувчи аҳамиятга эга.

СМБлари аксарият холларда дориларга куп тургун шаклда бўлиб, у культурал текшириш натижасида аниқланади. Балгамда СМБлари билан бир каторда хилма-хил носпецифик ва замбуругли флора аниқланади. Шу сабаб СМБларига параллел холда бактериограмма ва балгамни замбуругларга текшириш утказилади. Олинган маълумотлар даво тактикасида аҳамият касб этади.

Кукрак кафаси аъзоларини *рентгенологик текширувида* кенг тарқалган ва дагал узгаришлар аниқланади. Лобар казеоз зотилжамли беморларда тугри проекцияда олинган обзор рентгенограммада ўпка булагининг бутун ёки куп қисмини эгаллаган сояланиш аниқланади.

Аввалига сояланиш гомоген булса, касалликнинг авж олиб бориши натижасида нотугри урамсимон шаклдаги, ноаник контурли ёругланиш қисмлари пайдо булади. Кейинчалик казеоз массалар ажралган сари бушликлар аста-секин девори шаклланаётган коваклар қуринишига эга булиб боради.

Ёнма-ён жойлашган ўпка сегментларида ҳамда карама-қарши ўпкада бронхоген тарқалиш учоклари аниқланади.

КТда ўпканинг зич булагиди кенгайган урта ва йирик бронхлар оралиги яхши фарқланиб туради – «хаволи бронхография». Жароҳатланган ўпка булагиди эластиклигини йукотганлиги сабаб кичрайиб кетади.

Лобуляр казеоз зотилжамда олд проекцияда олинган рентганограммада йирик учокли соялар ва катталиги 1,5 смга яқин фокуси соялар қуринади. Соялар нотугри шаклда, урта ёки юқори интенсивликда, ноаник контурга эга булади. Қупинча улар иккала ўпкада деярли симметрик жойлашади. Томографияда ўпкаларда купгина парчаланиш бушлиглари аниқланади.

Казеоз зотилжамли беморларга *бронхоскопия* трахеобронхиал утқазувчанлик бузилганда, уткир ривожланган ателектазда, ўпкадан қон кетишда, айрим ҳолларда эса такқослама-ташхис мақсадида утқазилиши мумкин. Бронхоскопик текширув вақтида олинган диагностик материалда аниқланган казеоз некроз элементлари жароҳатнинг туберкулез этиологияли эканлигини тасдиқлайди.

Казеоз зотилжамли беморларда *умумий қон таҳлили* узғаришлари туберкулез интоксикацияси ва ўпкадаги яллиғланиш жараёнига мос келади. Яққол булмаган лейкоцитоз – қупинча  $13,0-15,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , қам ҳолларда  $20,0 \cdot 10^9/\text{л}$ . дан юқори булади. Жараённинг авж олиб бориши лейкоцитлар сонининг меъёридан паст қуратқичларга қасайиши билан характерланади.

Таёқча узанли нейтрофилларнинг анча ошиши (25-30%) ва яққол лимфопения (5-7%гача) қузатилади. ЭҚТ қескин ошади (40-60 мм/с), қупинча гипохром анемия ривожланади.

*Умумий сийдик таҳлилида* октуберкулезлар, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалин цилиндрлар аниқланади.

*Қон зардобининг биохимик тарқибиди* сезиларли узғарган: гипопротеинемия, альбуминлар қасайиши ва глобулинлар микдорининг ошиши билан намоён булувчи диспротеинемия, гипонатриемия.

Оғир интоксикация ва ўпкаларнинг қенг жароҳати ўпка ва юрак функциясининг жиддий бузилиши сабаби булиб ҳисобланади. Пайдо булган нафас етишмовчилиги аралаш типда булиб, қупинча рестриктив қомпонент устун туради. Юрак фаолиятини бузилиши миокард ишемияси, тахикардия, артериал гипотензиялар билан намоён булади.

**Такқослама ташхис.** Клиник амалиётда қупинча беморларни текшириш натижаларини нотугри талқин қилиш натижасида, казеоз зотилжамни қеч аниқлаш қабиди диагностик ҳатоликлар қузатилади. Масалан, туберкулинга жавобан манфий анергия ва қасаллик бошида бактерия ажралишининг йуклиги жароҳатланишнинг туберкулез этиологияли эмаслиги белгиси булиб ҳизмат қилади.

Уз урнида туберкулинга манфий реакция казеоз зотилжамнинг типик белгиси ҳисобланадиган манфий анергия натижасидир. Яна шу айтиб тақидлаб утиш қеракки, казеоз зотилжамли беморларда бактерия ажралиши қасалликнинг фақатгина 2-3 ҳафтасида қузатилади. Бу муҳим ҳолатларни қилиш ва ҳисобга олиш қупол ва анча ҳавфли ҳисобланган диагностик ҳатоликларни олдини олиш имқонини беради.

## **Ўпка инфилтратининг таққослама ташхиси.**

Ўпка инфилтратининг ривожланиши, келиб чиқиши ,патогенези 200 дан ортиқ касалликлардан фарқланади. Шифокор амалий жиҳатдан ўпкадаги инфилтратив жараёни тез-тез таққослаб туриши керак. Ўпка инфилтрати касаллигини бир неча гуруҳга ажратиш мумкин.

1. Юқумли : пневмониянинг келиб чиқиш тури (пневмококк ҳамма тури, шунингдек стрепто- ва стафилококк, грамманфий бактерия (ичак таёқчаси, Пфейфер таёқчаси, протей, кўк йиринг таёқчаси)- шифохонада кенг тарқалган, ички касалликлар чақирувчи, пневмония, грамм манфий таёқчаси, сув таркибидаги клибсиелалар (Фриндлер пневмонияси), вирусли пневмония (грипп, аденовирус, цитомегаловирус), бактерия-вирусли пневмония, микоплазма, пневмоцитли пневмония (бемор иммунитетининг бузилиши, айниқса ОИТСда, замбуруғ чақирадиган пневмония, хламидиялар, риккетсиялар ва бошқалар. Атипик кўзгатувчилардан хламидия, легионелла, микоплазмаларнинг ҳам инобатга олиш зарур.
2. Яллиғланган ўпка туберкулёзи
3. Ўпка абсцесси
4. Ўпканинг интерстициал касалликлари - бу бир турга мансуб бўлмаган касалликлар гуруҳи. Ўпка интерстициал тўқималарининг яллиғланиши ва диффуз шикастланиши тарқоқ фиброзни ривожлантиради.  
а)маълум этиологияли: пневмокониозлар, милиар ўпка туберкулёзи, экзоген

аллерген алвеолит, радиацион пневмонит, ўпканинг дорилардан шикастланиши (туберкулёзга қарши воситалар, блеомицин, олтин воситалари) янги маълумотларда (альвеола хужайра ўсмаси, бронхоген ўсма, лимфосаркома) ўпкада димланиш (ўпка шиши).

б) номаълум этиологияли. Бу гуруҳ касалликлар иммунопатиянинг бузилиши билан кечади: идопатик фиброзли альвеолит (Хамман –Рич касаллиги), саркоидоз (Бен-Бек-Шауман касаллигида), ўпка бириктирувчи тўқимасининг диффуз жароҳатланиши (ревматоидли артрит, системали склеродермия, системали қизил бўрича), тизимли васкулит (тугунли периартрит, Вегенер гранулёматози, геморрагик васкулит), Гудпасчер синдромида (геморрагик пневмонит ва гломерулонефрит кўринишдаги ўпка ва буйракнинг тизимли капиллярети), лимфогранулёматоз, ўпка гемосидерози (“темир” ўпка, ўсиб борувчи пневмо-геморрагик анемия).

5. Ўпканинг эозинофилли инфилтрати –паразитли (аскаридоз, трихинелла, лямблиоз, Марфан синдроми), доривор (антибиотиклар-пенициллин , сульфаниламидлар, нитрофуран, В гуруҳ витаминлари), ўсма, аспергиллез, ўпка бронх аллергияси (моғорли замбуруғлар –*Aspergillus fumigatus*), бронхиал астма касалларида.

6. Туғма юрак касаллигининг ривожланиши ва ирсий касалликлар: фиброзли кистоз, ўпка микролитиази, альвеоляр протеиноз.

7. Катталарда респиратор- дистресс синдроми (ўпка “шоки”) -ўпка шиши, ўпка капиллярлари ўтказувчанлигининг шартли ортиши (шок бўлганда гиповолемия, захарли газлардан бўғилиш, септицемия, меъда ширасининг аспирацияси ( нафас олиш пайтида нафас олиш йўлларига овқат парчалари,тўқима қисмлари,қон,бактерия,кимёвий моддалар ва турли бегона нарсалар кириб қолиши ),бактерияли пневмония, куйиш касалликлари,уремия,ДВС-синдроми).

8. Ўпка инфаркти.

Инфилтратларининг қиёсий ташхиси муаммолари, ўпкадаги катта миқдордаги инфилтратив жараён кўринишида кечувчи ўткир пневмония қиёсий ташхиси билан боғлиқ .

Инфилтрат –яллиғланишнинг марказий нуқтаси бўлиб ,яллиғланишнинг экссудатив босқичини камраб олади.Демак бунда инфилтрация тез усади, яъни яллиғланиш нуқтаси атрофида лимфоцит ва лейкоцитларкелиши давом этади .Фтизиатрлар шу каби бир неча инфилтрат турларини ажратадилар. Уларга:

Думалок (ўмров ости инфилтрати)1920 йилларда Ассман ифодалаб берган. Ўмров ости соҳасида юмалоқ инфилтратлар,лекин ўчоқли туберкулёздан фарқли равишда 10 мм катта (15 -25 мм чегарасида), инфилтрат аниқ чегарага эга бўлмаган юмалоқ шаклли бўлиб, янги яллиғланиш жараёни эканлиги ҳақида билиш мумкин.



Булутсимон-ногомоген 1 ёки 2 сегментни камраб олади .Улар ўпкани бутун бир қисмини ҳам эгаллаб олиши мумкин –лобит, ўпканинг 1 ёки 2 сегментига тарқалади , лекин тўқималар аро ёрик йўлида (яъни плевра чегараси тугалланганда) перициссуритланади.

Носпецифик пневмониядан фаркли равишда ҳамма симптомлар инфильтрат ўлчамига боғлиқ бўлади. Бу туберкулёз шакли баъзида инфильтратив пневмония деб номланиб, 1973 йил бу тур классификацияда бўлган, баъзида клиник кўриниши ўткир бошланиб, бемор тана ҳарорати 1-2 кун ичида 39 С°га етади . Бемор ётоқ режимида, фаоллиги сусайган, оғир вазиятда бўлади. Бу туберкулёз ўчоқли туберкулёздан фаркли равишда тезлик билан деструкциянинг бузилиши –жуда тезлик билан бу инфильтрат ўпка тўқимаси емирилишига олиб келади, натижада бўшлиқлар пайдо бўлади. Бу туберкулёз шаклида организмда гиперергик ҳолат, яъни беморда инфекцияга қарши ўта сезувчанлик пайдо бўлади. Шунинг учун экссудатив фаза келиб чиқади. Хужайралар микобактерияларни фагоцитоз қилиб, казеоз массани лизис қилувчи протеолитик ферментлар ажратади. Казеоз масса сўрилади, ўчоқлар 1-3 бронхлар билан дренажланади ва беморлар балғам ажратиб ташлайдилар, унинг ўрнида бўшлиқлар пайдо бўлади. Бундай беморлар массив бактерия тарқатувчи бўладилар. Бу эса атрофдагилар учун хавфли. Асосан лобит турли инфильтратив туберкулёзда казеоз масса катта миқдорда бўлса, у лизисланиб беморнинг йўталиши натижасида бу масса бошқа ўпкага ҳам тарқалади (бронхоген тарқалиш ), жуда тезлик билан иккала ўпкага тарқалади.

Бундай ҳолатларда адекват терапия зудлик билан ўтказилмаса беморни жуда тез йўқотиб қўйишимиз мумкин. Инфильтратив туберкулёзнинг якуни – тўлиқ даволаш (иложи борича тезрок). Ўмров остидаги юмалоқ инфильтратлар ўтказилган терапия оқибатида из қолдирмасдан сўрилади. Кам ҳолларда фиброз ўчоқли жойлари қолиши мумкин. Булутсимон (1-2 сегмент+деструктив ўзгаришлар) кўринишда, даволашдан кейин кенг фиброз ўчоқли майдон ўпка тўқимаси деформацияси билан асоратланади (умри охиригача рўйхатга қўйилади). Лобит (кенг казеоз ўзгаришлар) жуда катта ўзгаришлар рўй бериб, сурункали касалга айланади. Чунки бу қатламни ёпиб бўлмайди. Агар тезликда жарроҳлик амалиёти ўтказилмаса, сурункали каверноз, кейин эса фиброз-каверноз шаклга ўтади.

### **Ўпка инфильтратив туберкулёзининг рентгенологик кўриниши.**

**Бронхолобуляр инфильтрат**-бу фокус бўлиб, у ўпканинг юқори қисмидаги 1-2 сегмент бўлимларида жойлашган, юмалоқ, нотекис контурли, 1-3см диаметри, томографияда 2-3та бир-бирига қўшилишиб кетган марказлардан иборат. Асоратларсиз ўтади, функционал ўзгаришларсиз. **Юмалоқ** инфильтратлар - бу овалсимон ёки юмалоқ хиралашган фокуслар бўлиб, уларни аниқлаш қийин, 1,5-2 см диаметри 1, 2 ва 6 сегмент оралиғида жойлашган. Шулардан ўпка илдизига яллиғланиш жараёни кетади. **Булутсимон инфильтратлар** нотекис хираликлар-соя контурлари сузувчан, 1 ёки бир қанча сегментларга тарқалган. Туберкулёз инфильтрати носпецифик пневмонияга ўхшаб кетади, лекин рентген ўзгаришлари кўринарли.

**Перициссуритлар** ёки қийшиқ инфильтрат, Сержан учбурчаги-бу булутсимон инфильтрат бўлаклари орасида жойлашган. Учбурчак чўққиси ўпка илдизига йўналган, асоси ташқарига қараган. Устки чегаралари ёйилувчан ва ўпка тўқимаси ҳам ўзгарган кўринишга ўтади. Пастки чегаралар бўлаклараро плеврага мос тушади. Шунинг учун аниқ инфильтратив яллиғланишдаги ўзгаришлар, оғир ва чандикли тўқималар томографияда аниқ кўринади. **Лобит**-яллиғланишли туберкулёз жараёни ўпканинг барча жойларига тарқалган бўлади. Ўзининг структур шакли ва оғир асоратлари билан ажралиб туради. Кузатувлар шуни кўрсатадики, лобитдан кейин унча катта бўлмаган инфильтратив фокус қолиши мумкин. Касаллик ривожланган сари, ўпканинг барча жойлари шикастланиб боради.

**Казеоз пневмония**-иммунобиологик чидамлилиги йўқ бўлган айрим касалларда инфильтрат казеоз пневмонияга айланиб кетади. Казеоз пневмония ўпка тўқималарида казеоз инфекцион яллиғланиш жараёни ривожланишида намоён бўлади. Казеоз – пневмоник ўчоқлар ўпканинг бутун майдонига тарқалади. Рентген – томографик текширувларда анча мустаҳкам тарқалган ўчоқларни, плеврал ўзгаришлар ва кесилган тўқималарни аниқлаш мумкин. Юмалоқ инфильтратлар ривожланганда перифокал яллиғланиш майдони кенгаяди, каверна пайдо бўлади. Кавернада секвестр ва пневмонияни бўшлиқ суюқлиги бўлади. Бронхоген тарқалиш натижасида ўпканинг соғ қисмида турли катталиқдаги ўчоқлар пайдо бўлади.

Казеоз пневмонияни ривожланишида бир қанча нокулай омиллар: овқатланишнинг бузилиши, хомиладорлик, диабет, кўплаб юқори вирулент туберкулёз микобактериялари билан касалланиш таъсир кўрсатади.

Бундан ташқари пневмония, ўпкадан қон кетганда туберкулёз микобактерияларини қонга тушиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин. Ўпкадан қон кетиши эса ўпка кавернасининг ёрилиши ва соғ ўпка тўқимасига туберкулёз таёқчаларининг тарқалиши билан характерланади.

Пневмонияни клиник кечиши унинг тарқалиш даражаси ва морфологик ўзгаришларининг интенсивлигига боғлиқ.

### **Яллиғланган туберкулёзнинг клиникаси.**

Клиник белгиларнинг яққол юзага келиши ўпканинг катта майдонидаги специфик шикастланишига боғлиқ, кўп ҳолларда ўчоқли пневмония юқори ҳарорат билан бошланиб, грипп ёки ўчоқли пневмония типига кечади. Фақатгина беморларни синчковлик билан сўроқ қилинганда бу касалликнинг ўткир бошланишидан олдин туберкулёз интоксикацияси белгилари юзага келганлигини аниқлаш мумкин.

Кўпинча яллиғланган - пневмоник туберкулёзнинг бирламчи белгилари қон туфлаш ва қон кетиш ҳисобланади. Касалликнинг ўткир кечиш муддати турлича: бир неча кундан бир неча ҳафтагача бўлади.

Шикоятлардан кўпинча кўкрак қафасининг шикастланган соҳасида оғриқ, қуруқ йўтал ёки кам миқдорда балғам ажралиши юзага келади, бундан ташқари туберкулёз интоксикацияси белгилари, иштаха йўқолиши, кўп терлаш, уйқунинг бузилиши, кўзғалувчанликнинг ошиши, тахикардия ва умумий ҳолсизлик белгилари ҳам характерлидир.

Казеоз пневмония - касалликнинг бошланиши ўткир кечиб тана ҳарорати 40-41°C гектик турда, яъни эрталаб тунги ҳароратларнинг ўзгариб туриши хосдир. Бу ҳолатларда туберкулёз интоксикацияси ҳам юзага келади, кескин адинамия, кучли терлаш, кўкрак қафасида оғриқ, йирингли балғам келиши, хансираш ҳамда беморларнинг кескин озиб кетиши кузатилади.

Физикал текширувда яллиғланиш туберкулёзнинг бошланғич кечишида кўкрак қафасининг шикастланган соҳасини нафасда ортда қолиши, шунингдек нафас актида кучаниш ва кўкрак қафаси мушакларининг оғриқлилиги, овоз титрашининг кучайганлиги аниқланади.

Катта майдонли пневмониянинг лобит турида ва яллиғланиш жараёнининг чириш, каверналар ҳосил бўлиш босқичида тукиллатиш ҳамда аускультация аниқ маълумотлар беради. Бунда шикастланган соҳада перкутор товушнинг бўғиқлашуви, бронхофония, бронхиал нафас ҳамда турли ўпкадаги нам жарангдор хириллашлар эшитилади.

Яллиғланган туберкулёз турини ташхислашда лаборатор текширувлар асосий ўринда туради, айниқса чириш босқичида балғамда ёки бронхларнинг ювинди сувида етарли миқдорда туберкулёз микобактериялари аниқланади.

Рентгенологик текширувларда ўпкада оқариш майдонларининг ҳосил бўлиши ва уларнинг катталаниб оролсимон шаклга кириши, каверналар атрофида перифокал қоронғиланувлар сақланиб қолганлиги - пневмоген каверналар аниқланади.

Казеоз пневмония билан касалланган беморларни рентген текширувларда кўп сонли, шакли ноаниқ, йирик, ёйилган фокусларни кўриш мумкин.

Касалликнинг жадал кечишида кўп сонли каверналар ва бронхоген метастазланиш натижасида ўчоқларнинг пайдо бўлиши характерли.

Бўлакнинг бактериал ва вирусли пневмонияси, у айниқса ўпка туберкулёзининг яллиғланишли пневмоник турини ва лобал казеоз пневмонияни ташхислашда асосий ўринда туриб, бу касалликлар ҳам худди бактериал пневмония каби ўткир бошланиши ёки иккиламчи бактериал

пневмония каби аста-секин бошланиши мумкин. Беморларнинг тери касалликнинг иситмали босқичи иссиқ ва куруқ, терлаш ва криз пайтида кузатилади.

Носпецифик пневмонияда балғам, кўп миқдордаги глюкопротеид ҳисобига, жуда ёпишқоқ бўлиб, туфлаганда ажралиши қийин бўлади.

Туберкулёз пневмониясида эса ёпишқоқлик бу даражада бўлмайди. Пневмония кўпинча субфебрил бошланиб, оғриқ кўпинча ён томонга, чап бўлакнинг базал сегмент проекцияси бўйлаб тарқалади. Туберкулёздаги параневмонияли плеврит оғриқни юзага келтириб, у кўпинча кўкраклар орасига тарқалади, бу жараён апикал сегментнинг пастки бўлаги ва юқори бўлакнинг орқа соҳаси проекциясига хос. Ташхислашда эса тукиллатиш ва аускультация бироз чегараланган.

Шуни қайд этиш керакки, туберкулёз билан касалланган беморлар шикоятларни кам билдиришади, касаллик қачон бошланганини аниқ кўрсатиб беролмайди. Кўп ҳолларда рентген текширувида яллиғланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши касалликка ташхис қуйишда муҳим белги ҳисобланади.

Рентген текширувда туберкулёзда яллиғланиш ўчоғи сояларнинг катта интенсивлиги ва аста-секин юзага келиши ўпка илдизига қараб йўлакчаларнинг ҳосил бўлиши хосдир.

Бронхоскопик текширувларнинг натижалари, балғамда Кох таёқчаларининг аниқланиши ҳамда одатдаги антибиотик терапиянинг натижа бермаслиги туберкулёзнинг исботланишини белгилайди.

Қиёсий ташхислашнинг асосий кийинчилиги узоқ давом этадиган пневмония ҳисобланади (30% беморларда). Пневмониянинг узоқ давом этишига сабаб кеч мурожаат қилиш ҳамда касалликнинг эски усуллар билан даволаш ҳисобланади.

Бундан ташқари касалликнинг узоқ кечиши вирус- бактерияли инфекциялар билан бирга кечиши ва флоранинг грамм манфий бўлиши ҳамда организмнинг иммунологик фаоллиги сусайиши сабаб бўлади. Баъзида узоқ давом этувчи пневмония кўкс оралиги лимфа тугунларининг катталашуви билан кечиш, бу эса ўз навбатида бластомоз жараёндан фарқлашни тафовут этади. **Бронхоген ўсманинг клиникаси**, яллиғланиш жараёнларининг асорати сифатида қаралиб, ўсма туфайли ўлган беморнинг ҳар иккитасидан бирида ҳаёт пайтида пневмония билан касаллангани аниқланди. Касалликнинг клиникасида ўхшашлик мавжуд: кўпинча 42-50 ёшли эрақларда учраб шикоятлар-кучли йўтал (куруқ ёки балғамли), кўкрак қафасида оғриқ, субфебрил ҳарорат, қон туфлаш. Беморларнинг анамнезида кўпинча чекиш аниқланилади, бундан ташқари перкутор - аускультатив белгилари ҳам ўхшаш. Бронхлардаги ўсма жараёни уларнинг йўллари торайтириб, сегментар ёки бўлакли обструктив пневмонит ёки ателектазни юзага келтириши мумкин.

Бронхоген ўсмага ташхис қўйишда бронхоскопия ҳамда балғамни гистологик текшириш асосий ўринда туради.

Шундай қилиб ўрта ва катта ёшли одамларда учровчи пневмониянинг турли кўринишларини ўсманинг асорати сифатида юзага келиш эҳтимоли мавжудлигини инобатга олиш ва бронхоскопия, томография текширувлари кераклигини таъкидлаш керак.

**Ўпкани альвеолар раки** иситма, йўтал, нафас сиқиши ва кўкракда оғриқ пайдо бўлиши билан ажралиб туради. Қон таркибида лейкоцит кўпайиши, ЭЧТ тезлашиши кузатилади. Ўпка сояси бир-бири билан тез-тез қўшилмайди, гўё бронхопневмония ўпка бўлақларининг яллиғланиши каби таассурот қолдиради.

Айрим ўсма тугунлари баъзида пневмониянинг кучайиши билан емирилиши мумкин. Бундай ҳолларда бактерияга қарши даволаш самара бермайди. Кичик бронхта ўсма борлиги учун ҳам бундай ҳолатларда бронхоскопия ҳам натижа бермайди. Бунда фақат томография ва балғамни синчиклаб текшириш усули кўпроқ фойда беради.

**Ўпканинг ўткир пневмонияси остида кечувчи лимфогранулематоз (Хожкин касаллиги)**- яъни лимфа тугунларининг бирламчи ўсма касаллигидан келиб чиқади ёки шунга сабаб бўлади. Бронхта лимфа тугунчаларининг катталашуви босими оқибатида ўпканинг бужмайиши ва яллиғланишнинг ривожланади, лимфа тугунларининг бирламчи ўсмаси дастлабки клиник кўриниш бўлиши мумкин. Бактерияга қарши даволаш самара бермайди.

Қиёсий ташхис мезонлари бундай ҳолларда анамнез йиғиб ўпкадан ташқарида касаллик пайдо бўлиши томографик текширувлар ва лимфа тугунларининг биопсияси ҳисобланади.

Ўпка ва плевранинг бир вақтда яллиғланиши кўпинча касаллик белгилари тўсатдан пайдо бўлиши билан характерланган ўпка инфарктига олиб келади. Бу эса кўпинча қон туфлаш, ўпкада тўлиш ўчоқлари пайдо бўлгани аломатларидир, ўпка базал сегментлари шикастланиши билан характерланади. Ўпка инфаркти тўғрисида қуйдагилар асосида тахмин қилиш мумкин: агар бемор ўпкасидаги артериялардан бирида вена яллиғланиб тромб ҳосил бўлиши касаллиги туфайли операция бўлганлиги ёки қаттиқ шикастланган бўлса, шунингдек юрак нуқсони, юрак уриш ритмининг бузилиши, турли дориларни узоқ муддат қабул қилиш натижасида келиб чиқади.

**Плевропневмония.** Кўпчилик ҳолларда ўпка инфаркти билан ташхислаш керак бўлади, чунки ўпка инфаркти ҳам тўсатдан кучли оғриқ юзага келиши, баъзан қон туфлаш ўпка тўқимасида зичлашган ўчоқларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Ўпка инфаркти учраши беморларнинг илгари травма ёки операция бошдан кечириш ёки ўпка артериясининг бирор - бир шохларининг тромбоземболиясидан, яъни юрак нуқсони, ҳилпилловчи аритмия, тромбофлебит, контрацептив моддаларни қабул қилиши оқибатида юзага келади. Агар ўпка инфаркти битта сегментни қамраб олган бўлса, у ҳолда учбурчак шаклидаги гомоген қорайиш кўринади. Бу учбурчак асоси висцерал плеврага, чўққиси ўпка дарвозасига қараган бўлади. Ташхис қилиш қийин бўлган ҳолларда радиоизотоп текширув ўтказилади. Пастки бўлақларининг инфилтратив ўзгаришларида кўпинча ўпка шишиши кузатилади. Бунда инфилтрация жароҳатланган илдиз олди майдонларида «капалак қаноти» шаклида бўлади. Ўпка альвеоларининг шишиши қиёсий ташхислаш қийинчилик туғдирмайди ва клиник кечиши бўйича аниқланади. Бундан ташқари уремик пневмония ва ўпка шишиши бактерияли пневмониядан фарқланиши қийин. Бу ҳолат кўпинча гиперозотемия фонидида келиб чиқади. Бунда илдиз атрофи майдонида инфилтрация кучайган ва капалак қаноти шаклини олган.

Ўткир пневмония инфилтрланган ўпка тўқимасида милиар ўчоқларнинг юзага келиши билан кечади. Милиар соя кўпинча тўрсимон кўринишга эга бўлади. Ўчоқларнинг кичик бўлишига қарамай касаллик оғир кечади. Юздан ортиқ касалликлар иситмалаш, йўталиш, ҳансираш ва ўпкада милиар соялар бўлиши билан кечади. Милиар пневмонияни қиёсий ташхисда биринчи ўринда туберкулёзнинг гематоген тарқалган тури киради. Милиар сояларнинг ҳосил бўлиши саркоидоз учун характерли. Саркоидоз- системали яхши кечивчи касаллик бўлиб, унинг асосида казеозсиз эпителиоид хужайрали гранулёма ва туберкулёз микобактерияси қатнашмаган перифокал яллиғланишни ҳосил бўлишида ретикулоэндотелиал системанинг жароҳати ётади. Саркоидозда 80-90% ҳолларда бронхопульмонал лимфа тугунларининг жароҳатланиши кузатилади. Ўпкада бу жароҳатнинг тарқалиши иситмалаш, хириллашларнинг пайдо бўлиши билан кечади.

I-босқичда рентген текширувида (кўкрак ичи лимфа тугуни тури) бронхопульмонал лимфа тугунларининг икки томонлама катталашуви кўринади.

II-кўкс оралиғи ўпка турида катталашган бронхопульмонал лимфа тугунлари фонидида майда ўчоқли сояларнинг пайдо бўлиши, 1 ёки 2ла ўпкага диффуз тарқалиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш қийин, шунинг учун саркоидоз билан касалланган беморлар фтизиатрлар кўриғида узоқ вақт бўладилар.

III-босқич (ўпка турида соялар юмалоқ, ноаниқ шаклдаги конгломератлар ҳосил қилиб бактериал пневмониядаги ўзгаришларни эслатади. Саркоидоз бошқа жойларда ва системаларда патологик жараённинг кечиши билан пневмониядан фарқ қилинади. Бундай лимфа тугунлари, жигар талоқ жароҳатланади. Артрит ва тугунли эритималар юзага келади. Ташхис қўйишда Квейм синамаси ва лимфа тугунларининг биопсияларидан фойдаланилади.

**Диффуз фиброзувчи альвеолит (Хаммен-Рич синдроми)**—идиопатик ривожланувчи фиброз) – кўпинча альвеолаларда экссудат ҳосил бўлиши (лимфоцит, плазмоцит хужайраларини сақлайди) ретикуляр ва коллаген толалар ўсиб кетиши билан характерланади. Фиброз бронхиолаларга тарқалиб ўпка архитектурасини бузади ва майда кисталарни ҳосил қилади. Касаллик турли иммунопатологик феноменларни юзага келиши билан характерланади. Вақт ўтиши билан альвеоляр – капилляр блок юзага келади (патогенетик механизм асосида ётиб, нафас етишмовчилиги билан юзага келадиган клиник кўринишларни ифодалайди), бу эса газлар диффузиясини сусайишини гипоксия, ўпка гепертензиясини (Эйлер – Лилъестераид рефлeksi) ва ўпка юраги ривожланишини таъминлайди. Клиник белгилари: ҳансираш, қуруқ йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, тана ҳароратининг

кўтарилиши; аускультатив текширганда крепитация ва куруқ хириллашни юзага келтиради. Ренгенологик текширувда ўпка суратининг кучайиши, ўчоқли соялар, кистоз ўзгаришлар, айниқса ўпканинг пастки бўлагида (асалари уяси ўпкаси) аниқ ифодаланган. Якуний ташхис биопсия маълумотларига асосланилади.

Альвеолитларнинг ривожланшида турли экзоген алергенлар- экзоген алергик альвеолит, интерстициал гранулёматоз пневмонит, экзоген ўпка гранулёматози, пневмонияга юқори сезувчанлик ҳам кузатилади. Экзоген алергик альвеолит учун характерли- органик ва ноорганик чангларга юқори сезувчанлик кузатилиб, махсус антители ва иммунокомплекс ҳосил бўлиши характерли, сурункали ўпка касалликларида бронхлар ўтказувчанлигини бузилиши ва нафас етишмовчилигининг юзага келиши характерли. Клиник белгилари: тана ҳароратини кўтарилиши, йўтал, ҳансираш. Клиник текширувда инфилтратив пневмоник ўзгаришлар кузатилади.

**Аспергиллез-** ўпканинг *Aspergillus* замбуруғи билан жароҳатланиши бўлиб, бронхит, пневмония (ўткир ва сурункали), альвеолит (куруқ ва экссудатли), эозинофилли инфилтрат, бронхиал астма, аспергиллёмага ўхшаб кечади. Аспергиллёманинг ривожланиши симптомсиз кечиб баъзан кон туфлаш, тана вазнининг камайиши, талоқ катталашуви ва иситманинг пайдо бўлиши билан характерланади. Ренгенологик белгиларда ўпка майдонининг гомоген қорайиши кузатилади. Аспергиллёз пневмонияда инфарктнинг чириши ва каверна ҳосил бўлиши билан кечади. Ташхис балғамда аспергиллаларнинг топилиши билан (махсус серологик реакция) қўйилади.

#### **Ўпканинг эозинофилли инфилтрати.** Унга:

А) оддий ўпка эозинофилли (Лефлер – учувчи) инфилтрати 7-10 кундан кейин киради. Клиник кўриниши симптомсиз ёки озгина йўтал, кўкрак қафасида оғриқ билан кечади. Қонда эозинофиллар миқдори 7-70% ни ташкил этади. Узоқ давом этувчи ўпка эозинофилияси бир ойдан ортиқ давом этади. Белгилари кучли иситмалаш, балғам билан ажралувчи йўтал, ҳансираш, кортикоид терапия таъсирида клиник рентгенологик белгилар йўқолади.

Б) Эозинофилли инфилтрат, гижжаларни миграцияси туфайли юзага келади, оддий ўпка эозинофилияси хос.

В) Дори воситалари чақирган инфилтрат – фурадонин антибиотикларни киритиш орқали юзага келади. Ўпка эозинофилли системали васкулит туфайли юзага келиб, хусусан тугунли периаартеритда кузатилади.

**Қон томирли пневмония.** Клиникада кам балғам ажралувчи йўталнинг юзага келиши, баъзан кон туфлаш, иситмалаш ҳисобланади. Асосий қиёсий ташхис белгиси антибиотик таъсирининг камлигидир. Рентгенологик белгиси: қон томирлар расмини кучайганлиги, ўпка димланишини эслатувчи ҳамда ўпканинг пастки бўлагида инфилтрация ҳосил қилиши билан ифодаланади .

**Интерстициал пневмония.** Кам учровчи касаллик ҳисобланади. Ренгенограммада ўпка расмининг кучайиши ва деформацияси аниқланади.

**Вегенер гранулёматози.** Гигант хужайрали гранулёматоз- некротик системали васкулит бўлиб кўпинча ўпка, юқори нафас йўлларининг жароҳатланиши ва буйракларнинг жароҳатланиши билан асоратланади. Клиникада кўпинча иситмалаш, қон оқиши билан кечадаган синусит белгилари ва бурундан қон кетиши билан характерланади. Ўпкада деструктив жараёнларнинг кечиши, каверналарнинг ҳосил бўлиши, ўпкадан қон кетиши билан ифодаланади. Рентгенологик текширувда юмалоқ инфилтратларнинг чириш жараёнини кечиши кўринади.

Аутоиммун бузилишларнинг асосида **Гудпасчер синдроми** ётади. У геморрагик пневмонит ва гломерулонефрит кўринишидаги ўпка ва буйрак системали капилляритини ўз ичига олади. Кўпинча 13-30 ёшли эркаклар касалланадилар. Клиник кўриниши ривожланган қон туфлаш, ҳансираш, озиб кетиш кузатилади. Аускультатив текширганда нам жарангли хириллашлар ўпканинг пастки бўлагида эшитилади. Рентгенологик текширганда кўп сонли ўчоқларнинг пайдо бўлиши ,ўпка расмининг тўрсимон деформацияси аниқланади.

**Ўпкадаги инфилтратив жараён.** Бириктирувчи тўқиманинг диффузли касалликларида (системали склеродермия, системали қизил бўрича) фиброзланувчи альвеолит кўринишида кечади.

Фиброзланувчи альвеолит рентгенограммада деформациялашган ва ўпканинг тасвири кучайган ҳолда кўринади, бу ҳолат интерстициал компонент ҳисобига бўлади. Некрозли қон томир пневмонияларида ва бўшлиқлар ҳосил бўлиши билан ўзгаришлар ҳам кузатилиши мумкин. Пневмофиброз тизимли склеродермияда кўпроқ ўпканинг базал қисмларида кузатилади. Типик фиброзланувчи альвеолит сурати кузатилиши мумкин;

Рентгенологик: ўпка суратининг кучайиши ва ўпка деформацияси, баъзида «асал катакчаси»ли кистоз ўзгариши билан кузатилади.

Диффуз инфилтрация, фиброзланувчи ўпка сурункали касалликлари ёнма-ён келади, кўп чанг хидлаш мобайнида юзага келадиган пневмокониозлар, силикоз – кремний икки оксиди, биссиноз-пахта чанги билан нафас олиш натижасида келиб чиқади. Диффуз ўзгаришлар ўпкада камдан- кам учрайди. Ўпка гемосидерози (авж олувчи пневмогеморрагик анемия) кам учровчи касаллик, болаларда ва катта ёшдагиларда учрайди. Клиникаси: ўпка диффуз инфилтрацияси, кўп йўталиш, анемия, балғамда гемосидерин тугувчи макрофаглар топилади. Ўпка тўқимасига кам қон қуйилади. Бемор профуз қон кетишидан, нафас етишмовчилигидан ўлиши мумкин.

**Альвеолар протеинози** камдан - кам учровчи касаллик, бунда альвеола ва бронхларда микропротеинлар йиғилиш мумкин, таркиби бўйича сурфактантга ўхшайди. Касаллик секин ривожланади, йўтал ошиб боради, нафас қисилиши, субфебрил иситма, бемор озади.

Аускультатив: сусайган везикуляр нафас, крепитация эшитилади.

Рентгенологик: кичкина ўчоқли соялар, бир – бири билан қўшилувчи ва илдизга яқин базал жойлашади. Рестриктив ўпка вентиляцияси бузилади, ташхис ўпка биопсияси орқали қўйилади.

**Катталардаги респиратор дистресс синдроми** – бу ўпканинг ҳар хил шикастланишининг охириги фазаси. Шикастловчи факторлар ўпкага нафас йўллари орқали таъсир қилиши мумкин (аспирацион синдром, зичлашиш, токсик газлар) ёки ўпка томирлари (бактериал токсинлар, қон ҳужайралари агрегатлари, иммун комплекслар, микроэмболлар). Катталардаги респиратор дистресс синдромида ўпка капиллярлари эндотелийларида диффуз бузилишлар кузатилади. Клиникасида ўткир нафас етишмовчилиги, ҳансираш, йўтал, қонли балғам, ўпкада майда пуфакли нам хириллашлар, цианоз кузатилади. Эрта босқичларда гипервентиляция кузатилади. Эрта босқичи тугаганда сўнг ўпканинг интерстициал шиши кузатилади, бу микроциркуляция бузилишига олиб келади. Рентгенологик сурат диффузли икки томонлама инфилтрация кузатилади.

**Ўпка инфаркти**-асосий касалликларининг асорати ёки бир тури, ўпка томирлар системасида тромбоз эмболик жараёнлар натижасида юзага келувчи. Эмболия кўпинча юрак нуқсонли бор одамларда, миокард инфаркти, тромбофлебит бор одамларда юзага келади. Ўпка артерияларининг шохлари тромбози унинг деворининг атеросклеротик жароҳатида кузатилади, яна кичик қон айланиш системасида қон оқими секинлашуви ва ивувчанликка қарши системаларнинг бузилганида кузатилади. Катта шохлар эмболияси кўкракда бирданига оғриқ билан бошланади, тахикардия, цианоз, коллапс белгилари кузатилади. 24-28 соатдан кейин ўпка инфаркти шаклланади, кўп қон йўқотади, тана ҳарорати ошади, склера сарғаяди. Перкутор овоз бўғиқ, майда пуфакчали хириллашлар, плевра ишқаланиш шовқини эшитилади.

Рентгенологик симптомлар – уч бурчак соя, учи илдизга караган, овал ва юмалоқ шаклда. Ташхис қўйиш қийинроқ, чунки унинг симптомлари крупоз пневмония ва миокард инфарктига ўхшаб кетади. Крупоз пневмониядан фарқи шундаки, бунда биқиндаги оғриқ қалтираш ва иситмадан олдин бошланади, қон туфлаш оғриқдан кейин пайдо бўлади. Қиёсий ташхислашда ЭКГ натижалари ҳисобга олинади.

## “Ақлий хужум” усули

### Босқичлар:

1. Талабалар 2 гуруҳга бўлинади.
2. Кичик гуруҳларга (3-4 киши) саволлар берилади.
3. Гуруҳ ичидаги муҳокамага 30' ажратилади.
4. Жавоблар ёзма равишда расмийлаштирилади.

Вазифа муҳокамасида ҳар бир талабани иштироқи инобатга олинади. Талабалар ўқитувчи билан бирга ҳамма жавоб вариантларини фаол муҳокама қилишади. Нотўғри жавоблар ва нотўғри вариантлар танқидий баҳоланади.

Талабалар билимини мустаҳкамлаш мақсадида жавоб вариантлари ёзиб олиш учун берилади.

### 1. Яллигланган силни клиник-рентгенологик турлари.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	а) лобуляр, б) юмалок	30	20-30	5-19	0-4
2.	в) булутсимон	20	10-20	5-9	0-4
3.	г) перицисурит, д) лобит	20	10-20	5-9	0-4
4.	е) казеоз пневмония	30	20-30	5-19	0-4

### 2. Яллигланган силда нафас олиш характери ?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	а) везикуляр	30	20-30	5-19	0-4
2.	б) бронхиал	20	10-20	5-9	0-4
3.	в) везикуло-бронхиал	20	10-20	5-9	0-4
4.	г) бронхо-везикуляр	30	20-30	5-19	0-4

### 3. Яллигланган силда қандай қатарал узғаришлар қузатилади ?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	а) курук локал хириллашлар	30	20-30	5-19	0-4
2.	б) майда пуфакчали намли хириллашлар	20	10-20	5-9	0-4
3.	в) уртача пуфакчали намли хириллашлар	20	10-20	5-9	0-4
4.	г) қатта пуфакчали намли хириллашлар	30	20-30	5-19	0-4

### 4. Яллигланган силда туберкулин синамаларининг натижалари ?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Манфий	30	20-30	5-19	0-4
2.	Шубхали	20	10-20	5-9	0-4
3.	нормергик- мусбат	20	10-20	5-9	0-4
4.	гиперэргик- мусбат	30	20-30	5-19	0-4

**5. Ялийланган силда гемограммада кандай узгаришлар кузатилиши мумкин?**

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Баланд ёки ўртамиёна лейкоцитоз	30	20-30	5-19	0-4
2.	Лимфопения	20	10-20	5-9	0-4
3.	лейкоцитар формулани чапга силжиши	20	10-20	5-9	0-4
4.	ЭЧТни ошиши	30	20-30	5-19	0-4

**1.Амалий машғулот № 11:** Лимфаденопатия синдроми. Туберкулезнинг бирламчи клиник шакллари. Регионал, кўкрак ичи, мезентериал лимфа тугунлари. Лимфоаденопатияни қиёсий ташхислаш. Туберкулезнинг дориларга турғун тури. (МЛУ-ТБ). ОИВ/ОИТС ва туберкулез. **Болаларда лимфоаденопатия.** (Сукенников буйича кўкрак ичи лимфа тугунларини схематик тасвирлаш (чизиш).

<b>Машғулотнинг давомийлиги –6,5 соат</b>	
<b>Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши</b>	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси;  -жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;  -ТСО: бинокуляр микроскоп, 5- машғулотнинг компьютер презентацияси.
<b>Машғулотнинг мақсади:</b>	



<p>Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий ташхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шаклларида қиёсий ташхисида клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.</p>	
<p><b>Педагогик вазифалари</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарқлашни ўргатиш.</li> <li>- Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш.</li> <li>- Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарқлашни ўргатиш.</li> <li>- Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш</li> <li>- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.</li> </ul>	<p><b>Ўқув машғулотини натижалари:</b></p> <p><b>Умумий амалиёт шифокори (УАШ) билиши зарур:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;</li> <li>- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биокимёвий механизми.</li> <li>- Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар.</li> <li>- Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш</li> <li>- Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонда туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари.</li> </ul> <p><b>УАШ бажара олиши лозим:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни.</li> <li>- Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни.</li> <li>- ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш;</li> <li>- Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни.</li> </ul> <p><b>УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари</b></p>

	<p><b>керак:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат.</li> <li>- Балғамни бактериоскопик текшириш.</li> <li>- Клиник ва биоқимёвий анализларни интерпретация қилиш.</li> <li>- Рентгенограммани баҳолаш.</li> <li>- Туберкулин синамаси</li> <li>- Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш.</li> <li>- Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.</li> <li>- Эпидемиологик режимни бошқариш.</li> <li>- Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш</li> </ul>
<b>Таълим усули ва воситалари</b>	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч босқичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, суҳбат, кейс-стади
<b>Таълим жараёни ташкил этиш шакллари</b>	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкаридагилар билан ишлаш
<b>Таълим воситалари</b>	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
<b>Баҳолаш усуллари ва воситалари</b>	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тулдириш кох пробаси амалий куникмасини бажариш

### **Лимфоаденопатиялар.**

*Ўпкада 2 лимфатик тармок фаркланади.*

- юза (весцерал плевра ва упка булакларининг четки субплеврал кисмларида жойлашган).
- чукур (булакчалараро бронхлар буйлаб булакчалар ичида ва кон томирларда, булакчалараро тусикда жойлашган.)

***Лимфа циркуляцияси йуллари.***

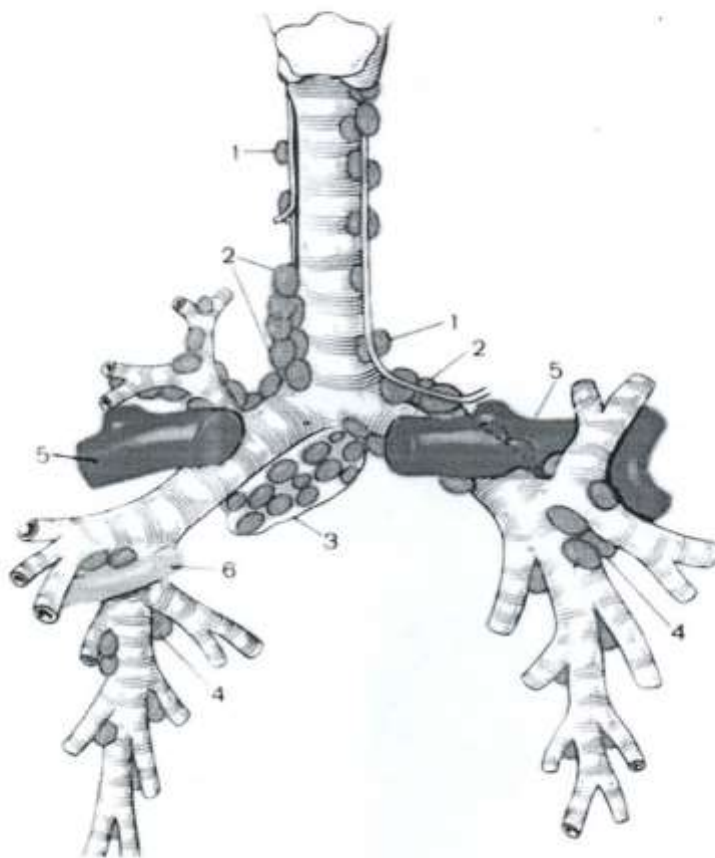
- унг булак юкори 1/3 кисми икала булаклардан – унг трахеобронхиал л/т
- унг юкори булак асоси + пастки булак чуқкиси – оркаташки илдиз л/т
- урта булак + унг пастки булак медиал кисм-бифуркацион л/т
- чап юкори булак юкори кисми – Ботгалов йули л/т
- пастки булаклар базал кисмлари – корин парда ичи ва корин парда орти л/т

***Лимфатугунлар нормал улчамлари.***

- купчилик 1-3 мм
- паратархеал 5-7 мм
- 10мм (юкорири чегара) > катталашган
- лимфа тугунлар умумий сони нормада 100 га якин

***Лимфа тугунлари таснифи (В.А.Сукенников)***

- паратрахеал
- трахеобронхиал
- бронхиопульмонал
- бефуркацион



***Катталашган лимфа тугунлар гурухлари рентген криниши***

- бронхопультмонал тугунлар – упка илдизи кенгайиши, полициклик кирралар.
- унг трахеобронхиал – ток вена сояси дефференцияланишининг йуколиши.
- пастки паратрахеал – куке оралиги юкори унг кирраси шишган, полициклик ва юкори ковак вена сатхида куке оралиги соясининг интенсивлиги ортиши.
- парааортал – юкори куке оралигининг чапга кенгайиши.
- аортапультмонал – аортал дарчанинг ен проекцияда сояланиши, хамда тугри проекцияда кутарилувчи аорта ва чап упка артерияси орасидаги бурчакнинг йуколиши.
- бифуркацион – бифуркация бурчаги катталашиши, контрастланган кизилунгачнинг силжиши.

***Упка илдизи рентген анатомияси.*** Рентгенологик упка илдизида бошчаси (упка артерияси ёйи ва ундан кетувчи томирлар) ва танаси (упка артерияси танаси) фаркланади. Ундан ичкарида оралик бронх жойлашган. Илдизнинг бу қисми шаклланишида танасидан кетувчи артериялар ва веналар (юкори, кам холда пастки упка венаси) ҳам иштирок этадилар. Танадан дистал қисмда илдизнинг дум қисми жойлашади (упка артериясининг пастки зоналарни кон билан таъминловчи проксимал шохчалари ва пастки веналар ).

Упка илдизи кундаланг кесими (тана қисмида) 2.5 см дан ошмаслиги керак. Бу улчов урта соя чеккасидан то упка артериясининг ташки қиррасигача улчанади. Упканинг ташки қирраси нормада тугри ёки бироз эгилган. Ушбу критерийлар нормал упка илдизидан патологик узгарган упка илдизини фаркларашга ердан беради.

### **Кукрак ичи лимфа тугунлари зарарланиши билан кечувчи касалликлар.**

Кукрак ичи лимфа тугунлари патологик ҳолатининг рентген қуриниши купинча упка илдизи кенгайиши ваурта соянинг деконфигурацияси билан ифодаланади.

#### **Текширув услублари.**

1. полипозицион рентгеноскопия ва полипроекцион рентгенография.
2. тугри , ен ва кийшик проекцияларда томография, КТ.
3. пневмомедастинография.
4. кизилунгач контраст рентгенографияси.
5. бронхография ва бронхологик текширув.
6. периферик лимфа тугунлар биопсияси.
7. медиастеноскопия биопсия билан.

### **Периферик лимфа тугунлар сили.**

**Симптомлар ва белгилар.** Маълум бир жойлашишга эга булган катталашган лимфа тугунининг борлиги (купинча буйин лимфа тугунлари). Анамнезида касалликнинг узок кечгани, туберкулёз билан касалланган бемор билан контактда булгани ; тез-тез касалланиб туриш, оддий носпецифик даволашнинг фойдасизлиги; интоксикация белгилари: холсизлик, куп терлаш, субфебрил харорат, бош огриги. Курув вақтида периферик лимфа тугунларининг пайпасланиши, улчамининг катталашганлиги, босиб қурилганда кучсиз огрикнинг борлиги ва марказида юмшок қисмининг аниқланиши, баъзида окмаларнинг пайдо булиши ҳамда касаллик қайталаган пайтда маҳаллий хароратнинг булиши билан характерланади.

**Ташхислаш.** Окмадан ажралган пунктатни бактериологик ва цитологик текшириш, олиб ташланган лимфа тугунини гистологик текшириш, периферик лимфа тугунлар УТТ си, терига Манту синамаси 2 ТБ билан, кукрак кафаси рентгенографияси.

#### **Қисий ташхис:**

Носпецифик лимфоаденопатиялар, усмали (лимфома, лимфагранулематоз) ёки лимфа тугунларининг метастатик зарарланиши, фелиноз, саркоидоз.

**Жаррохлик усули Билан даволаш.** II,III категорияли беморларда зарарланган лимфа тугунларни олиб ташлаш, абсцессларни очиш, окмаларни кесиш амалиети бажарилади. Зарарланган лимфа тугунларини даволашнинг бошлангич фазасида, яъни 4- хафтада олиб ташланади. Абсцессларни очиш 2- суткада, окмаларни кесиш 6-8 хафтада амалга оширилади.

### ***Кукрак ичи лимфа тугунлари сили (бронхоаденит).***

Кукс оралиги йирик бронхлари ва трахея атрофии ег туқимасидаги лимфа тугунларининг яллигланиши. Упка силининг алоҳида клиник формасига эга булган, болалар ва усмирларда бирламчи зарарланиш натижасида пайдо буладиган бронхоаденит клиникада ва амалиетда ката ахамиятга эга.

Куп холларда бронхоаденит пневмония, бронхит, бурунхалкум яллигланиш касалликлари, шунингдек, лимфа тугунларининг умумий зарарланиши натижасида ривожланади.

Упка илдизи, кукрак ичи ва кукс оралиги лимфа тугунлари сили бирламчи туберкулёз комплексининг таркибий кисми булиши мумкин – бирламчи еки жараенга иккиламчи кушилиши мумкин.

Биринчи навбатда трахеобронхиал гурухдаги л.т лар зарарланади, 2-3 холларда унга. Зарарланиш частотасига кура кейинги уринда бронхопульмонал гурухга кирувчи упка илдизининг унг томонидаги л.т туради. Айрим холларда бифуркацион гурух л.т лар жараенга кушиладилар.

Бу холда рентген куруниш етарли маълумот беради . Обзор рентгенограммада зарарланган лимфа тугуни сояси урта соянинг бир томонлама кенгайиши курунишида булади. Тугри ва ен проекциядаги томограммаларда зарарланган л.т сояси трахея ва бронхнинг хаво устунни устига тушади. Якка лимфа тугун зарарланганда 1x2, 3x4 см ли овал соялар куринади. Соянинг ташки кирралари текисрок ва аникрок. Илдиз лимфа тугунлари катталашиси Билан бирга упка тукумасида силга хос узгаришлар (инфилтрат еки туберкулема ) булиши силли бронхоаденитнинг типик рентген варианты хисобланади. Бунда бемордаги туберкулёз инфилтрат еки туберкулема лимфа тугунлари зарарланган тарафда жойлашади ва яккол лимфангит (илдиз томон чузилган излар) курунишида булади.

Упкадаги бу узгаришларнинг бирга келиши бирламчи туберкулёз комплексининг классик шаклига хос. Асосан бронхопульмонал гурух зарарланади.

Ундан ташкари кукрак ичи лимфа тугунлар силининг атипик шакли хам мавжуд. Бунда упка илдизининг еки кукс оралигининг алохида гурух лимфа тугунлари, упка тукумасида специфик узгаришлар ва кальций тузлари йигилишисиз, зарарланади. Рентгенологик бир томонлама яккол деформация ва илдиз улчамининг катталашиси куринади. Томограммада катталашган л.т лар узлуксиз когломерат шаклида бронхни ураб олади. Бронх бушлиги узгаришларсиз.

**Лимфогранулемотоз**- тушунча, шакллари(Ходжкин касаллиги, Ходжкин лимфомаси) – лимфа тукумасининг бирламчи усма касаллиги. Лимфа системасининг бир органида, махаллий бошланади, кейинчалик жараен бошка л.т ларга лимфоген ва гемотоген таркалади.

Турт гистологик шакллари бор :

1. лимфоид хусусиятли
2. нодуляр склероз
3. аралаш хужайра шакли
4. лимфоид танкислик

ЛГМнинг доимий гистологик белгиси – Березовский-Штернберг гигант хужайраларининг топилиши.

**Клиник куруниши.** Турли курунишда, лекин аник синдромларни ажратиш мумкин(расмга каралсин). ЛГМ клиникасида лимфапролифератив синдром асосий хисобланади. Тахминан 2=3 беморларда касалликнинг дастлабки куруниши периферик лимфа тугунларининг регионар катталашиси (купинча буйин ва умров усти) хисобланади. Катталашис куринарли даражада, тугунлар зич, узаро битишган, тери билан битишма хосил килмаган, огриксиз, дастлаб харакатчан кейинрок усган сари харакат камаяди. Куп холларда рентгенда кукс оралиги лимфа тугунлари катталашганлиги куринади.



ЛГМнинг нисбатан кам учровчи белгиси – тулкисимон иситма. ЛГМли беморларда тери кичиши кам учровчи хол булсада, ката ташхисий ахамиятга эга, чунки терида хеч кандай узгаришлар булмаиди. Интоксикация белгилари сифатида умумий ахволнинг огирлашуви, тунги терлашлар куринади. Гемограммада ЭЧТ тезлашган, лейкоцитоз, лимфоцитопения, эозинофилия белгилари. Протеинограммада альфа-глобулинлар ошган, фибриноген ошган, «уткир фаза» курсатгичлари ошган. Ташхисда хал килувчи усул - зарарланган лимфатугуни биопсияси ва гистологик текшируви хисобланади. Биоптатда Березовский-Штеренберг хужайраларининг топилиши ташхисни аниқ белгилайди. Шу билан бирга ЛГМнинг гистологик варианты аникланади, уз навбатида бу касалликнинг оқибати ва даволаш усулини белгилайди.

Беморни текшириш боскичлари:

1. лимфа тугунлар биопсияси
2. гистологик ташхис куйиш
3. жараен боскичларини аниклаш
4. курак кафаси рентгеноскопияси, суялар рентгенографияси, контраст лимфография, УТТ, КТ, ташхисий ва даволаш лапаротомияси спленэктомия билан бирга, мезентериал лимфа тугунлари биопсияси, айрим холларда тораотомия.

ЛГМнинг замонавий таснифини ишлаб чиқишда Ходжкин касаллигида утказилувчи ташхислаш амалиети хам таклиф қилинган. Ташхис амалиети 4 категорияси:

1. барча холларда утказилиши зарур;
2. зарур текширишлар натижалари билан боғлиқ;
3. шарт эмас, лекин қушимча сифатида фойдали;
4. фақат айрим холларда керак;

I-категорияга курак оралиги ва упка рентгенографияси, тугри контраст пастки лимфографияси; II-га зарарланиш белгилари бор органлар рентгенологик ва радионуклид текшируви; III ва IV-га упка КТ си, ташхисий ва даволаш лапаротомияси, диагностик спленэктомия кирад.

### Абдоминал туберкулёз.

Упкадан ташқари туберкулёз шакллари орасида абдоминал туберкулёз 2-3% ни ташкил этиб, уз ичига хазм аъзолари сили, ингичка ичак туткичи лимфа тугунлари сили, корин парда орти сохаси сили, корин парда силини олади.

**Белгилар ва симптомлар.** Коринда огрик, куп холларда киндик атрофида жойлашган (силли перитонитда хам кузатилади). Анамнезида касалликнинг узок кечиши, туберкулёз билан касалланган бемор билан контактда булганлаги. Интоксикация белгилари: субферил харорат, иштаханнинг пастлиги, кунгил айниши, ошқозон-ичак сохасида нохуш сезги (дискомфорт). Силли перитонит

касаллик уткир кечиши билан бирга, бутун корин буйлаб таркалган еки махаллий огрик ва яккол интоксикация белгиларининг булиши билан ифодаланади. Силли мезаденитда унг ен бош ва чап ковуга ости сохасини туташтирувчи чизик буйлаб огрик булади(Штеренберг сим). Олдинги корин девори оркали лимфа тугунларининг гадир-будир пакетини пайпаслаш мумкин. Корин бушлигига экссудат йигилиши хисобига корин катталашини мумкин. Ичак силида корин бир текисда шишган, унг ен бош сохасида огрик булиши ва ен бош ичакнинг терминал кисмининг аркон сингари пайпасланиши кузатилади.

**Ташхислаш.** Копрограмма, Грегерсен реакцияси (нажасдаги яширин конга). Тери ичи Манту синамаси 2 ТБ билан. Корин бушлиги обзор рентгенограммаси ва УТТ да – мезентериал тугунлар сохасида кальцинатлар борлиги аникланса, рентгенологик текширувда (ичак силида) фукионал ва органик узгаришлар аникланади. Гистологик ва бактериологик текширувлар учун биопсия ва экссудатни лапароскоп ердамида олинади. Фиброколоноскопия(ректороманоскопия). Кукрак кафаси рентгенографияси. Корин бушлиги аъзоларида утказилган жаррохлик амалиетида олинган материални патоморфологик ва бактериологик текширув учун юборилади.

#### **Киесий ташхислаш.**

- абдоминал силнинг уткир шаклида : уткир носпецифик мезаденит, уткир аппендицит, уткир холецистит, уткир панкреатит, уткир ичак тутилиши, Крон касаллиги.

- абдоминал силнинг сурункали шаклида : сурункали гастрит, сур.носпецифик мезаденит, яра касаллиги, энтероколит, емон сифатли усмалар, сур. Генекологик касалликлар.

#### **Даволаш-Химиотерапия.**

I-категорияли беморларни жаррохлик давоси даволашнинг бошлангич фазасининг 4-6 хафтасида деструкция учогини ва зарарланиш жойини олиб ташлаш, корин бушлиги санацияси ва дренажлаш максатида утказилади.

**Силикосилли бронхоаденит.** Касалликнинг бошлангич боскичларида бронхопультмонал гурух лимфа тугунларининг икки томонлама симметрик катталашини, бирлашишга мойилликнинг йуклиги, йирик бронхлар буйлаб жойлашини, баъзида бронхлар деформацияси булиши билан характерланади. Булардан ташкари силикосилли бронхоаденит учун лимфа тугунларининг «тухум пучоги» типиди охаккниши хос, куплаб аник чегараланган паратрахеал гурухга кирувчи л.т нинг охакланиши, кайсики оддий силли бронхоаденитда бунарса кузатилмайди.

**Лимфагранулематоз(ЛГ).** Силли бронхоаденитдан фарк килиб купчилик беморларда кукс оралиги лимфагранулематози уткир шаклда юзага келади, бунда ЭЧТ ошади, умумий кон тахлилида лейкоцитоз кузатилади. Силдан фаркланиб ЛГ да катталашган лимфа тугунлар конгломератлари аникланади. Периферик л.т ларининг катталашини кузатилади.ЛГ да маркзий ва олдинги кукс оралигининг ва ретростернал соханинг сояланиши кузатилиб, бу силли бронхоаденитда кузатилмайди.

**Медиастенал рак .** босилиш синдроми, хансираш, баъзида кон туфлашнинг борлиги. Лимфа тугунлар конгломератларининг массивлиги, уларнинг гадир –будир ва «нурсимон» булиши. Томограммада катталашган лимфа тугунлар атрофидаги бронхлар бушлиги торайган. Гистологик верификация аник фарклаб олишга ердам беради.

**Макрофоликуляр лимфабластома.** Бронхопультмонал лимфа тугунларидан бирининг зарарланиши булиб, чегаралари аник, упка тукумасининг интакатлиги; томография, бронхография ва бронхоскопияда бронхларда узгаришларнинг йуклиги, шикоятларнинг булмалиги, туберкулин синамасининг манфийлиги ва конда узгаришларнинг йуклиги силли бронхоаденит ташхисини инкор килишга ердам беради.

#### **Кукрак ичи лимфа тугунлари саркоидози.**

Саркоидоз (Бенъе-Бек-Шауманн касаллиги) ноаник этиологияли системали гранулематоз касаллик булиб, турли аъзоларнинг бир вақтда еки кетма-кет зарарланиши билан (жигар, талок, бош мия, юрак мушаклар, МНС) ифодаланади. Касаллик кечишига караб уткир ва сурункали булади.

Касаллик уч боскичга булинади :



I-боскич. Медиастенал упка илдизи лимфа тугунларининг упка тукумаси зарарланишисиз катталашиси.

II-боскич. Касалликнинг зурайиб бориши ва жараенга упка тукумасининг хам кушилиши. Бунда упка илдизи лимфа тугунларининг хам катталашиси кузатилади.

III- боскич. Упкада тугунлар конгломератланиши билан ривожланувчи пневмосклероз, баъзан парчаланиш белгилари билан кечади.

К. Wurm буйича саркоидоз булинади:

I- Кукрак ичи лимфа тугунларининг алохида холда зарарланиши;

II- Лимфа тугунлари ва упка тукумасининг бирга зарарланиши;

III- Юкоридагиларнинг яккол фиброз Билан келиши.

Саркоидознинг I боскичи. Бемор одатда хеч нарсага шикоят килмайди. Кам холда уткир бошланади. Силли бронхоаденитдан фаркли уларок л.т аник чегарага эга булмаган тулик конгломератлар билн коплангани ва катталашганлигини куриш мумкин. Яна хар бир л.т «тангасимон» алохидаланганини хамда, яккол булмаган лимфангит ва периферик кон томирларининг тулаконлиги билан ифодаланади. Туберкулин синамаси ташхисни аниклаштиришга ердам беради, лекин саркоидозда хам 10% гача (+) натижа бериши мумкин. Саркоидознинг I боскичида 80% холларда типик вариант кузатилади.

*Рентгенологик куришиш:* бу беморларда обзор рентгенограммада 2 томонлама купрок унг томонлама бронхопультмонал гурухга кирувчи л.т ларнинг, айрим холларда трахеобронхиал ва паратрахиал тугунларнинг катталашганини куриш мумкин. Тугри проекцияли томограммада одатда аник чегараланган л.т ларнинг катталашганлиги, бир-бирига кушилмаслиги, диаметри 2-4см гача булиши куринади. Катталашган лимфа тугунлари фониде узгармаган еки бир оз торайган бронхларни куриш мумкин. Купинча плеврал бушликда швартларни куриш мумкин. Бронхографияда 25% холларда «саркоидозли эктазия» куринади. Атипик вариантда л.т лар бир томонлама зарарланади. Бу холда силли бронхоаденит, медиастинал рак, лимфагранулематозлар билан киесий ташхис утказилиши керак.

**Упка ракининг медиастинал шакли.** Купрок бир томонлама зарарланиш хос. л.т ларнинг катта конгломератлари гадир- будир, нурсимон шаклда булиб, зарарланган л.т лар алохида курирмайди. Ривожланувчи медиастинал упка раки клиникаси узига хос. томограммада бронхлар бушлиги яккол торайган.

**Макрофолликуляр лимфобластома.** Факатгина бир томонлама л.т ни зарарланади, у катта улчамларга етади. Саркоидозда эса бир томонлама жараен булганда хам бир неча гурух л.т лар зарарланади.

**Силикозилли бронхаденит.** 4 хил узгаришлар фаркланади:

- 1- бронхопультмонал гурух л.т ларининг 2- томонламо катталашиси;
- 2- шундай катталашис ягона охакланиш билан бирга;
- 3- жараеннинг трахея ва паратрахеал л.т ларга таркалиши билан;
- 4- илдиз ва кукс оралиги барча гурух л.т ларининг «тухум пучоги» шаклида охакланиши.

Обзор рентгенограммада симеттрик кенгайиш ва упка илдизининг деформацияси куринади упка майдонининг пастки кисмларида упка сурати яккол деформацияланган.

Упка илдизи сатхи томограммасида бронхопультмонал, баъзида бошка гурух л.т ларининг енгил катталашиси ( 0.5-1 смгача) аникланади. Л.Тлар аник чегараларга эга. Ен ва кийшик проекциядаги томограммада туберкулёз билан зарарланган л.т лар куплаб майда юмалок соялар куринишида булади. Улар йирик бронхлар буйлаб занжирсимон жойлашадилар. Бронхлар узгаришсиз. 3-ва 4-гурухга типик рентген картина хос: бунда куплаб «тухум пучоги» шаклида охакланган трахеобронхиал ва паратрахеал л.т лар аникланади.

**Емон сифатли. Ноходжкин лимфомалари.**

Лимфасаркома, фоликуляр лимфобластома, ретикулосаркомалар мисол булади. Улар хозирда иммунцитологлар томонидан хар – хил иммун жараенларнинг усма куруниши хисобланмоқда. Улар хар –хил хужайравий таркиб билан фаркланадилар, лекин асосан бета- хужайравий тизимга кирадилар. Шу билан бир вақтда ЛГ Т-хужайра тизимига мансуб.

Емон сифатли усмалар рентгенологик куруниши узаро ухшаш. ЛГ дан фаркли уларда эрта боскичларда купинча кукс оралигининг 2ла тарафи л.т зарарланадилар, жараен авж олиш динамикаси якколрок ифодаланади. Ундан ташкари емон сифатли лимфомаларда упкалар, кизилунгач, кукс оралиги, плевра купрок ва кучлирок зарарланади.

Фаркларга карамай ноходжин лимфомаларининг рентген курунишини ЛГ билан умумийлиги мавжуд. У урта соянинг юкори ва урта кисмлари кенгайиши билан характерланади. Кенгайган соянинг чегаралари одатда аник, купинча тулкинсимон, баъзида полициклик. Ретростернал соха торайган, баъзида бутунлай сояланган.

**Упканинг медиостинал раки.** Ушбу ном остида аникланмаган упка еки бошка органлар усмасида бронхопульмонал ва трахеобронхиал л.т ларининг метастатик зарарланиши тушинилади. Бу шакл кам учрайди ( 1%гача). Беморлар ахволи огирлашганлигини айтадилар, анамнезида симптомлар: куракда турли интесивликда огрик, курук йутал, хансираш кузатилади. Типик вариантда л.т ларнинг бир томонлама катталашини кузатилади. Купрок паратрахиал, трахеобронхиал ва бронхопульмонал гурух л.т лар зарарланадилар.

**Рентгенологик.** Обзор рентгенограммада урта соя бир томонлама(купрок унг) бутунлай кенгайганлиги, алохида гурух л.т лар зарарланганда – тегишли кисм кенгайди. Упка тукумаси узгармаган. Томограммада массив, бир текис конгломерат курунади. Чегаралари йирик тулкинли еки гадир – будир. Бронхлар ва трахея катталашган л.т лар жойлашган жойда торайган, лекин рака хос чулток хосил килмайди.

#### ***Айрисимон без патологияси рентген семиотикаси.***

Glandulae thymus 2 булакдан иборат. Болаларда буйиннинг пастки кисми юкори кукс оралигида, туш суяги дастаси ва танаси ортида жойлашган. Тушдан галвирсимон(рыхлый) ег тукумаси билан ажралган. Олдиндан туш суягига; ортдан трахеяга ва унг брахеоцефал, ички буйинтуруг веналарига тегиб туради. 2ла булакнинг ен юзалари плеврал копчалар билан епилиб туради. Тугри проекцияли рентгенограммада катта кон томирлардан чикиб турмайдиган айрисимон без аникланмайди. Эксцентрик жойлашганда эса унинг бир булагини урта соянинг юкори кисмида( купрок унг томонда) кирра хосил килади.

Айрисимон без гиперплазиясида кукс оралиги плевра варақларини ташкарига суради. Айрисимон без бир турли, интенсив, четки кирралари аник булган соя хосил килади. Кирралари буртган, полициклик, тугри еки кийшайган булиши мумкин. Гиперплазияда айрисимон без олдинга ва оркага кенгайиб кукс оралигини турли даражада тулдиради. Айрисимон без гиперплазияси усма ва патологик л.т лардан фаркли уларок, клиник белгилар бермайди. Динамик кузатувда улчамларини саклайди. Олдинги кукс оралиги юкори ва юкори- урта булимий хосилалари ичида учраши буйича 1 уринда айрисимон без усмаси еки тимома туради.

***Айрисимон без усмалари ва кисталари рентген семиотикаси.*** Мия ва пустлок каватининг хужайра элементлари хар хил усмаларга замин булиши мумкин. «Тимома» атамаси 1900 й да Grandhommm томонидан таклиф килинган булиб айрисимон без усмаларини умумлаштиради ва хозиргача кулланилади.

Тугри проекцияда урта соянинг чап еки унг киррасида урта еки юкори интесив, нотугри шаклли, ярим овал соя аникланади. Бу соянинг жойлашиш сатхи хар хил, купинча урта соянинг юкори еки урта сатхида булади. Соянинг структураси бир турли, чегаралари гадир- будир, йирик тулкинсимон, баъзида текис. Тимомалар сояси пульсосияга эга.

Ен проекцияда текшириш сояни олдинда жойлашганини ва туш соясига кушилишини курсатади. Айрим холларда каватма кават томография килишга тугри келади. Айникса пневмомедиостинумда яхши натижа беради.

Одатда айрисимон без усмасининг гистологик табиатини клинико-лаборатор текширувлар оркали анилаб булмайд, шунинг учун ҳам «тимома2» атамаси унинг барча ноаник турларида ишлатилади.

Усманинг аниқ чегаралари тимоманинг хавфсиз шакли хақида тахмин қилишга имкон беради. Хавфли тимома шаклида урта соянинг 2 томонлама кенгайиши, чегараларининг ноаник гадир-будирлиги ва тез катталашishi фониди беморнинг оғирлашиши кузатилади.

Киесий ташхислаш. Тимома туш орти букогидаги буйин сохаси билан боғлиқлик йуқлиги ва юкори чегарасининг аниқ булиши билан фаркланади. Ундан ташқари усма сояси ютинганда юкорига кутарилмайди.

Кукс оралигининг шу қисмида жойлашган дермоид ва тератоидлардан тимомани гадир-будир чегара фарқлаб беради. Одатда тератоидлар текис чегараларга эга.

**Айрисимон без кисталари.** Тугма ва ортирилган булади. Бир камерали ва куп камерали булиши мумкин. Куп камерали кисталар тулкинсимон еки гадир-будир чегарага эга. Бир камерали кисталар эса силлик шаклига эга булган учун, дермоид кисталарга ухшаб кетади.

**Туш орт ива кукрак кафаси ичибукоги.** Букокнинг бир неча хиллари фаркланади. Туш орти букоги деб, калконсимон без билан кенг боғланган, лекин тананинг ҳар қандай ҳолатида ҳам кукс оралигидан чиқмайдиган ҳосилга айтилади.

Сузувчи букок туш орти букогидан, беморни горизонтал ҳолатда қурқанда, бундан ташқари кучанганда юкорига силжиши ва куп қисмининг кукс оралигидан чиқиши билан фаркланади.

Кукрак кафаси ичи букоги кукс ортида жойлашиб қолмай, орқа кукс бушлиги сохасига ҳам кириб боради. Куп ҳолларда калконсимон без билан алоқа сақлайди, лекин айрим ҳолларда ундан узокда жойлашиб, у билан анатомик боғланмаслиги ҳам мумкин.

Туш орти ва сузувчи букокни рентген қуриниши бир бирига анча ухшаб кетади. Бу урта соянинг юкори қисмида жойлашган ярим овал еки яримюмалок соянинг мавжудлиги бу ҳолат қупрок унғ томонда булади. Айрим ҳолларда кичикрок соя чап тарафда булиши мумкин. Соянинг ен чегаралари аниқ, айрим ҳолларда йирик тулкинли. Юкори чегаралари аниқланмайди – сояланиш буйича утиб кетади. Соянинг пастки қисми аорта ейига етиб боради. Ен проекцияда ретростернал бушлиқни сикилиши қуринади. Трахея унинг изидан, кизилунғачнинг юкори қисмлари ортга силжиган рентгеноскопияда ютиниш вақтида букок сояси юкорига силжийди.

**Дермоид кисталар ва тератомалар.** Гетеропластик дисэмбриомалар куп ҳолларда кукс оралигининг урта булимида жойлашиб, маълум улчамларга етгач урта соянинг маҳаллий кенгайишига олиб келади. Дермоид киста деб, деворлари эктодерма ва мезодермадан иборат, таркиби тер безлари маҳсулоти булға неғ ва тердан ташқил топган ҳосилга айтилади. Тератомалар – экто-, мезо-, эндодерма ҳосилаларидан иборат булган усма.

Тугри проекциядаги рентгенограммада урта соянинг унғ еки чапда, куп ҳолларда унинг урта қисмида жойлашуви яримовал, яримюмалок соя қуринади. Соя юкори интенсивликда, чегаралари текис, соянинг бошқа қисми қуринмайди.

R.Lenk (1929) 2 қоидани езган. Биринчи : кукс оралигининг урта соядан чиқиб турувчи киста еки усмаларнинг упқа ичихосиласидан фарқи, унинг кенг асоси урта сояси билан қушилиб кетади ва барча проекцияда ундан ажралмайди. 2 қоида: кукс оралиги ва упқа чегарасида жойлашган яримюмалок ва яримовал сояни хаелан тулик доира шаклигачадавом эттирсак, Ушбу шаклнинг маркази урта соя фониди булса усма кукс оралигида булади. Агар шакл маркази упқа майдонига тугри келсаупқаичи усмаси ҳисобланади.

Ленкнинг 2 қонунини Ф.А.Фанарджян тулдирган: усманинг кукс оралиги усмасида усма соясининг узун уқи урта соя фониди булади; упқа ичи усмасида у упқа майдонига тугри келади. Е.А.Зинахина кукс оралигида жойлашган киста ва усмага ҳос булган утмас бурчаклар симптомини тушинтирган. Кукс оралиги усмаларининг экспансив усишида медиастинал плевра ташқарига сикилади ва киста еки усма билан утмас бурчак ҳосил келади. Упқа ичи усмаларида бу симптом булмайди.

**Урта соя кенгайиши ва деконфигурацияси билан кечувчи патологик ҳолатлар.**

**Уткир медиостенит.**

**Гематомедиостенум.**

**Медиостинал липомалар.**

### **“Уч босқичли интервью” усул**

#### **Босқичлар:**

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Ҳар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, ҳар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - ҳам “врач” ҳаракатларини, ҳам “бемор” ҳаракатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси ҳаракат тўғри бажарилган;
- қайси ҳаракат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхишлаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг ҳаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни ахамияти ва узоқ муддат даволаниши ҳақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

**Бола беш ярим ёшда. Икки ёшигача туберкулёз билан касалланган қўшниси билан мулоқотда бўлган. Ҳозирда йуталга, тана ҳароратининг 38,0 С гача ошишига шикоят қилади. Уч кундан бери бетоб. Туғруқхонада БЦЖ билан эмлангандан сўнги чандиқ 1 ёшда-6мм, 3 ёшда-3мм, 4ёшда-0мм.**

**Объектив: озгин, рангпар, 5 гуруҳ периферик лимфа тугунлари эластик консистенцияда. Ўпка перкуссиясида ўнг ўпканинг пастки соҳаларида перкутор товушнинг тўмтоқлашиши, аускультацияда шу ернинг ўзида суст везикуляр нафас фониди кам сонли майда пуфакли нам хириллашлар эшитилмоқда. Кўкрак қафаси умумий ретгеограммасида ўнг томонда пастки соҳада ўрта интенсивликдаги ўпка илдири билан боғланган соя аниқланмоқда. Р. Манту 2ТБ - 16мм**

**1.Сизнинг тахминингиз?**

2.Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширувлар ўтказиш керак?

3.Умумий қон таҳлилида қандай ўзгаришларни кутмоқдасиз?

4.Мазкур касалликни қандай касаллик билан таққослама ташхислаш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг бирламчи туберкулёз комплекси	30	20-30	5-19	0-4
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон таҳлили.	30	20-30	5-19	0-4
3	Лейкоцитоз, эозинофилия, лимфопения,	20	10-20	5-9	0-4

	ЭЧТнинг ошиши.				
4	Ўнг томонлама пневмония, бронхит, тонзилит интоксикацияси.	20	10-20	5-9	0-4

### «Ўргимчак тўри» усули

Ўргимчак тўри усули талабалар дарсинг теоритик қисмини муҳокама қилиб бўлганларидан сўнг, ип ўрамини бир\*бирларига узатган холда (натижада ўргимчак тўри хосил бўлади) ўзлари мустақил тайёрлаган саволларга ўзлари жавоб беришга асосланган. Берилган савол ва жавобларнинг тўғрилигини ўқитувчи томонидан назорат қилинади.

#### Қадамлар:

6. **Ўтилган** мавзу бўйича талабалар саволлар тайёрлашига вақт берилади.
7. **Қатнашувчилар** айлана бўлиб ўтирадилар.
8. **Қатнашувчилардан** бирига ип ўрамини берилади ва у ўзи тайёрлаган саволини беради (берилган саволнинг тўлиқ жавобини ўзи билиши керак), ипнинг бир учини ушлаган холда ип ўрамини хоҳлаган қатнашчига узатади.
9. **Ўрамни** олган талаба берилган саволга жавоб беради (бунда савол берган қатнашувчи жавобни шарҳлаб боради) ва у ҳам савол беради ҳамда эстафетани бошқа қатнашувчи давом эттиради. Барча қатнашувчилар ўргимчак тўрига тушмагунча савол жавоб давом эттирилади.
10. **Талабалар** савол бериб бўлгандан сўнг, ўрам ушлаб турган талаба, охирги савол берган қатнашувчига ўрамни қайтариб беради ва савол беради, бу жараён то ўрамни тўлиқ ўраб олгунча давом эттирилади.

**Эслатма:** талабаларга ҳар бир савол ва жавобга эътиборли бўлиш ҳақида огоҳлантириш керак, чунки улар кимга ип ўрамини тушишини олдиндан билмайди.

#### Амалий машғулот № 12:

**Хансираш синдроми. Хансираш механизмининг патофизиологик асослари. Турли шаклдаги туберкулез ва туберкулездан кейинги қолдиқ ўзгаришларда хансираш. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулезини қиёсий ташхислаш. (Хансираш билан кечадиган касалликларнинг асосий клиник белгилари ва лаборатор кўрсаткичларининг қиёсий ташхислаш ).**

Машғулотнинг давомийлиги –6 соат			
<b>Машғулот жихозланиши</b>	<b>ўтказиш жойи,</b>	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси;  -жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;  -ТСО: бинокуляр микроскоп, 6-машғулотнинг компьютер презентацияси.	

### Машғулотнинг мақсади:

Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий ташхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шаклларида қиёсий ташхисида клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.

#### Педагогик вазифалари

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарқлашни ўргатиш.

- Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш.

- Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарқлашни ўргатиш.

- Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.

#### Ўқув машғулоти натижалари:

##### *Умумий амалиёт шифокори (УАШ) билиши зарур:*

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;

- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биоқимёвий механизми.

- Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар.

- Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш

- Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонда туберкулёз кечилишининг ўзига хослиги ва асоратлари.

##### *УАШ бажара олиши лозим:*

- Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни.

- Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни.

- ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш;

- Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни.

##### *УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:*

- Қасбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат.

- Балғамни бактериоскопик текшириш.

- Клиник ва биоқимёвий анализларни интерпретация қилиш.

- Рентгенограммани баҳолаш.

- Туберкулин синамаси

- Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш.

- Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.

- Эпидемиологик режимни бошқариш.

- Туберкулёз билан касалланган беморларнинг

	тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш
<b>Таълим усули ва воситалари</b>	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч босқичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, суҳбат, кейс-стади
<b>Таълим жараёни ташкил этиш шакллари</b>	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташқаридагилар билан ишлаш
<b>Таълим воситалари</b>	Таркатма укув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
<b>Баҳолаш усуллари ва воситалари</b>	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тулдириш, Кох пробаси химиофилактикаси амалий куникмасини бажариш

#### Хансираш: патофизиологияси ва клиникаси

Хансираш-беморларнинг шифокорга мурожаат қилишига, тез тиббий ёрдам чақиритишига ва шошилиш ҳолатларда госпитализацияга олиб келувчи етакчи ҳолат ҳисобланади. Америка Торакал жамияти олиб борган илмий текширувининг мақсади: (Am J Respir Crit Care med Vol 159. pp 321-340, 1999) АКШ стационарларида мавжуд бўлган беморлар орасида хансираш синдромининг тарқалиши ва уларнинг шифокорга мурожаат қилишининг сабабини ўрганишдир.

Госпитализация қилинган беморларнинг 1/3 бирида хансираш, белдаги оғрик, умумий ҳолсизлик аниқланди ва бу энг кенг тарқалган шикоятлардан бири бўлди. Эпидемиологик маълумотларга қараганда, *хар йили шифокорларга мурожаат қилган беморларни 17 млн. ни хансираш шикояти билан шифокорга келган*. Беморларнинг кўп қисмида ўпка ёки юрак касалликлари мавжуд бўлган.

Тиббий адабиётларда Gierke фикрича, махсус нафас маркази мавжуд эмас, уларни турли тарқок гуруҳлардаги ва ишлаб чиқарилиши турлича бўлган нерв хужайралардан ташқил топганлиги ҳақидаги фикри устунлик қилиб келмоқда. Бу ишни юқори даражада Н. А. Мисловский бажарган. У нафас нейронларининг гетероген гуруҳ ядроларини тушунтириб берган. Хансираш муаммоси утган асрнинг 60-70 йилларида интенсив текширган .

Инсонни вентиляция функциясини параметрларини баҳолаш учун кенг клиник ёндашув усуллари керак бўлиб, улар замонавий дастурлаш орқали тушунтирилади, ҳамда тиббий клиник сифатни талаб қилиб, обструктив ва реструктив нафас бўзулишлар гуруҳига кирувчи беморларнинг ташхисини яхшилайти. Дембо ўзининг текширувлари мобайнида нафас етишмовчилигини ва юрак етишмовчилигини баҳолашда дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш билан катта ҳисса қўшган. У актив равишда ўпка – юрак етишмовчилигини клиникада кенг ишлатиладиган ва илмий изланишларда қўлланиладиган таснифини ишлаб чиққан. 60-70 йилларда клиник тиббиёт соҳасида етакчи бўлиб Б.Е. Вотчал тан олинган бўлиб у ўзининг клиник ишларида хансираш каби муаммоларга катта эътибор қаратган. Б.Е. Вотчалнинг охириги ишлари

1973 йилда кайд этилган. Охирги 30 йилликда хансираш механизми соҳасида катта ўзгаришлар юзага келган, айниқса инсонни когнитив қисмида бўлиб, бу инсонда хансираш жиддий муаммо эканлигини англаб етишга олиб келди.

Текширув программасига позитрон - эмиссион томограф ва ядро – магнит резонанс киритилиши хансирашнинг нейробиологик механизми ҳақидаги тасаввурни кенгайтди. Тарихда хансирашни ўрганиш жараёнида *респиратор система сенсор система фаолиятида куриб чиқилди*, яъни нерв импульсларини ўтказилишини таъминловчи система ва уларни сенсор анализларини таҳлил қилувчи механизм сифатида урганилди. Эволюция мобайнида нафас олиш системаси махсулаштирилган респиратор ва метаболик функцияларга ажратилди. Охирги 20 йилликда ўпканинг иммунологик фаолияти урганилиши бошланди. Ушбу планда асосий уринни, ўпка тўқимасининг бронхоассоциациясининг локал иммунитет ишлаб чиқарилишидаги роли ва нафас олиш йулларининг шиллиқ қаватини патоген кўзгатувчилардан химоя қилиниши, ёки булмаса уларнинг респиратор система хужайраларга инвазияси урганиб чиқилди. Сенсор система, бу нерв системасини қабул қилувчи сенсор рецепторлари бўлиб, улар ташқи ёки ички муҳитдан олинган ахборотни қайта ишловчи ва таҳлил қилувчи марказларга етказиб беради.

Сенсор сигналларни ўтказалиши, кўплаб уларни қайта ишланиши, қайта кодланиши туфайли амалга оширилиб, юқори анализ ва синтезда яқунланади ва организмнинг жавоб реакцияси шаклланади. Тажриба шароитларида кўплаб гуруҳ беморларда ўтказилган тажрибаларда натижасида хансирашнинг сенсор қабул қилиниши текширилиди ва одамларда респиратор тизимнинг янги функциялари ишлаб чиқилди. Хансираш патогенезида эфферент , афферент ва марказий механизмлар катта аҳамиятга эга.

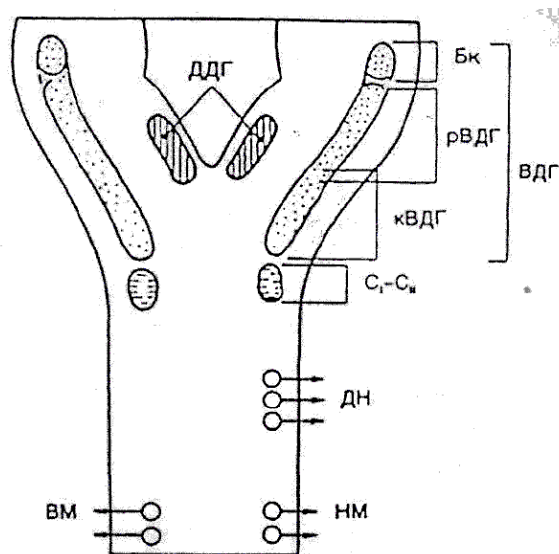
*Респирация* барча трик системаларнинг ягона ўзига хослиги бўлиб: респирация ўзунчок мия маркази орқали автоном бошқарилади , аммо нафас ирода кучи таъсирида ўзгариши мумкин, бу ўз навбатида бош мия пустлок фаолияти билан боғлиқ. Индивидум ўзининг нафас фаолиятини бошқариш кучига эга. Ўпканинг вентилицион ва газ алмашинув функциясини бошқарувчи системанинг бўзилиши асосида нафас олишининг нокулайлик хисси юзага келади. Кўпинча буни клиницистлар хансираш синдроми сифатида қабул қилади. Респиратор система физиологик метаболизм даражасини сақлаш учун ишлайди. Нафас мотонейронлари *medulla* нинг кластер нейронларидан келиб чиқади. Эфферент нейронлари зарядсизланиши ўз навбатида кўкрак қафаси рецепторларига таъсир қилиб вентилиция ҳажмини белгилаб беради. Нафас кислород , карбонат ангидрит ва кон, тўқимадаги водород ионлари концентрацияси билан бошқарилади. Периферик, марказий хемо рецепторлар ва ўпканинг нафас юзасидаги механорецепторлар таъсирланиб, нафас ритмининг генерациясига жалб қилиб, нафас паттерносини келтириб чиқаради. Карбонат ангидрид ва кислород миқдорининг ошиши *medulla* да жойлашган марказий рецепторлар ва уйку артерияси, аорта жойлашган хеморецепторлар орқали қабул қилинади.

Нафас нейронларининг дорсал (ДНН) ва вентрал (ВНН) гуруҳлари.



БК-комплекс бетцингера; рВНН ва кВННнинг – ВННнинг рострал ва каудал қисми; С1 – С2 орқа мия сегментлари. ДН, ИМ ва ТМ – диафрагмал нерв, ташқи ва ички коворғалараро мушак нерви.

РАСМ.



Бу сигналларни трасмиссияси нафас марказига қайтади, бу ҳолат билан организм кислота ишқор мувозанатини сақлайди. Hill ва Flask карбонат ангидритни газини нафас олдириш йули билан нафас етишмовчилик хиссини камайишини кўрсатиб беради, аммо қондаги газлар концентрацияси ўзгаришсиз қолди. Муаллифлар ҳар хил дозадаги карбонат ангидритни хидлатиш орқали таъсир эффтини ва нафас чиқаришда бир хил миқдорда ажралишини кўрсатиб беришди. Афферент импульслар ўпка ва нафас йулларидан чиқиб, нафас циклини генерациясига таъсир қилади. Таъсирланиш рецепторлари ўпка ҳажми ошганда таъсираланади. Бронхиолаларининг эпителийсини ўраб турувчи ирратант рецепторлари, бронх шиллиқ қаватини тактил таъсираланиши хавонинг юқори босимли оқими ва бронхларни туберкулёзлик мушакларининг тонусининг ошиши хисобига юзага келади. Ўпканинг интерстициал тўқимасида, альвеола ва капиллярларида “С фибриллар” жойлашган. Интерстициал тўқима ва капиллярларда босим бошқарилиши “С фибриллар” билан боғлиқ. Респиратор мушаклар ҳар хил сенсор рецепторлар орқали бошқарилади.

Дуксимон толалар афферент хусусиятга эга бўлиб, унга боғлиқ ҳолда спинал ва супраспинал рефлекслар қўшилади. Ташқи ва ички мушакларни бириктириб турувчи дуксимон мушаклар проприорецептив рефлекслар орқали респиратор марказга чарчаш ҳақида сигнал юборади. Инсон буни хансираш сифатида қабул қилади. Диафрагма пайдан иборат бўлиб, у орқали миянинг рецепторларига тормозловчи таъсир қилади. Кўкрак қафасидан ва ўпкадан келувчи импульслар мотонейрон ва премотонейрон орқали қабул қилиниб, вентилицион статусга ва респиратор мушак қисқаришига таъсир қилади. Бу ўз навбатида вентилицион функцияни аниқ шароитларга мослашишини таъминлайди. Хеморецепторлар, ўпка ва кўкрак қафасининг механорецепторлари қоннинг кимёвий ҳолатини ва вентилицион даражасини тўғридан тўғри баҳолашни таъминлаб, бош миянинг юқори марказларида ўз

аксини топади. Бу механизмлар хаммаси хансирашнинг пайдо бўлиш табиатини тасаввур қилиш учун жуда муҳимдир.

Нафас олиш марказининг инспираторли активлиги эрта инспираторли нейронларнинг кучли бошлангич разрядидан, қайсики узунчок мия нейронларининг вентрал нафас олиш гурухларидаги усувчи қисмида жойлашган қисимдан бошлананади. Бу қисимдан тўлиқ, кеч ва кейинги инспираторли нейронлар пайдо булади. Эрта инспираторли нейронларда вужудга келадиган разряд, яъни диафрагма нервининг активлигини кўзгатиш учун 100-200 мс давомида спонтан холда пайдо булади. Бу пайтда инспираторли нейронлар кейинги нейронлар томонидан ингибиралаштирувчи таъсирлардан озод этилади. Инспираторли нейронларнинг тўлиқ тормозланиши нафас олиш марказининг преинспиратор нейронларнинг активлик даврига тўғри келади, яъни экспиратор нейронларнинг активлиги бутунлай тухташига олиб келади. Бошлангич разрядли инспиратор нейронлар тулик инспираторли нейронларни активлаштиради ва атрофидаги нейронларнинг кўзгалишига олиб келади. Бундай турдаги нейронлар диафрагма ва қовурғалараро нервларнинг активлигини оширади, натижада диафрагма ва қовурғалараро мушакларнинг қисқариш кучи ошади. Эрта инспиратор нейронлар активлигини нафас олиш фазасининг уртасида тугатади. Респиратор циклнинг бу даврида кечки респиратор нейронлар активлашади, нафас олиш фазасининг охирида диафрагма ва ташқи қовурғалараро мушаклар қисқаради. Максимал частотали кечки инспиратор нейронларнинг разряди бошка нейронларнинг активлиги тугаши даврга тўғри келади. Нафас олиш марказининг барча турдаги инспиратор нейронларнинг активлиги тугаши постинспиратор нейронларни тормозлайди, қайсики нафас чиқаришнинг биринчи ярмида диафрагманинг бушашиш даражасини бошқаради. Нафас чиқаришнинг иккинчи ярмида ёки актив экспирация фазасида ритмогенезнинг инспираторли ва экспираторли активлиги механизмига боғлиқ. Респиратор циклнинг барча 3 фазаси нафас мушакларининг активлиги куйидагича ўзгаради, яъни инспирация фазасида диафрагма ва ташқи қовурғалараро мушак толаларининг қисқариш кучи аста-секин ошади. Бу даврда халкум мушаклари активлашади, яъни товуш тирқиши кенгайтириб, нафас йулларига кирувчи хаво окимининг каршилигини камайтиради. Нафаснинг постинспиратор фазасида ўпкадан чикаётган хавонинг хажми диафрагманинг аста-секин бушушиши ва халкум мушакларинг қисқариши билан бир вақтда назорат қилинади. Нафас чикишида товуш тирқишининг торайиши хаво окимининг каршилигини оширади.

Нафас чиқарилишининг иккинчи фазаси- актив экспирация фазаси. Респиратор цикл ўз ичига ички қовурғалараро ва корин мушакларни олади. Нафас олиш циклининг фазалари 1-расмда схема тарзида берилган. Нафас олишни рефлектор бошқарилиши альвеола, томир тизимидаги рецепторлар ва нафас олиш маркази нейронлар орқали нафас йулларининг турли механорецепторлари ёрдамида амалга оширилади. 2-расмда нафас нейронларининг дорсал ва вентрал гурухларининг жойлашиши схематик холатда ифодаланган. Инсон организмнинг нафас йулларида куйидаги механорецепторлар турлари жойлашган. Нафас йулларининг шиллик кавитида ирритатив рецепторлар, туберкулёзлик мушакларни таранглаштирувчи

рецепторлар ва J –рецепторлар альвеоляр тўсиқларда жойлашган. Нафас йулларнинг шиллиқ қаватидаги ирритатив рецепторларни кўзгалиши рефлектор бронхоспазмга, ёпик товуш тирқишига, брадикардияни юзага келтиради. Бурун бўшлиғини орқа деворини шиллиқ қаватининг рецепторларининг механик таъсирланиши, диафрагма ва ташқи қовурғалараро мушакларнинг кучли қисқаришига олиб келади, яъни бурун йуллари орқали нафас йулларини очади (аспирацион рефлекс). Кўп сонли нерв охирлари йирик бронх ва трахея шиллиқ қаватларининг эпителий хужайралари орасида жойлашган. Нафас йулларининг бу қисмида йутал рецепторлари жойлашган. Миелинизацияланган рецепторлар нафас йулларининг дистал қисмининг эпителийсида жойлашган. Уларнинг активлашиши бронхоспазм, шиллиқнинг кучли ажралиши ва гиперпноэнинг ривожланишига сабаб булади.

Альвеоляр тўсиқларда жойлашган J-рецепторлар, интерстициал тўқима босими ошиши хисобига активлашади, натижада ўткир ёки сурункали юрак етишмовчилиги юзага келади. Кислород, карбонат ангидрид концентрацияси ва водород ионлари концентрациясининг ўзгариши бош миянинг пустлок қисмига ҳамда нафас марказига тўғридан - тўғри таъсир этади. Бир нечта афферент йуллар мавжуд бўлиб, улар нафас ўзгаришини сезувчи ёки қабул килувчи йуллар орқали ўтказилади.

1. Нафас йуллари юқориги қисмининг механорецепторлари, харорат рецепторлари 2.Марказий ва периферик хеморецепторлар 3.Ўпка рецепторлари 4. Кўкрак қафаси рецепторлари

Хансирашнинг ўрганишдаги катта ютуқлар нейробиологик текширувлар билан боғлиқ бўлиб, бунда хансираш пайтида бош миянинг маълум қисмини активлашишини юзага келтиради. Нафасни баҳолаш бош мия марказлари билан боғлиқ бўлиб, яъни нафас марказларида юзага келувчи сигнал ишлаб чиқарилади.

Хансираш-бу нейрон механизмлар йигиндиси бўлиб, кўзгалиш, қабул қилишни тахлил қилиш, мотивация, мотор жавобга тайёргарлик ва ўзининг огир холатидалагини сезишдир.Баъзи бир нейрон механизмлар хансираш юзага келишида ягона характерга эгадир.

Хозирги даврда хансирашнинг юзага келишининг 3 методи мавжуд, бу ўз навбатида хансираш юзага келганда миянинг активлик хужжатини тўзишга имкон яратади: Компьютер томограмма, позитрон-эмиссион томограф  $H_2O$  билан (ПЭТ), локал кон айланишни баҳолайди: ядро-магнит резонанс локал кон айланишни ва кислородга бўлган талабни аниқлайди. Тиббиёт амалиётида бу усул кон айланиш баҳолаш учун қўлланилади. Эмиссион-позитрон томограф орқали биринчи мартаба текширувни Banzett олиб борган. Бу текширувлар шуни кўрсатдики, миянинг гипокамп қисмида  $CO_2$  ошиши ва мияда кон айланишнинг камайишида нафас етишмовчилик юзага келади: яъни insular нинг унги олдинги қисми ва паралимбик булимнинг активлашиши юзага келади. ЯМР текшириш орқали чакка булагини ва премотор қисмининг активлашиши аниқланди. Бош миянинг бу қисимларининг активлашиши натижасида огрик ва чанкаш юзага келган. Тажрибаларда хаво етишмовчилиги хисси чакирилган беморларда ҳам insularнинг олдинги булагининг активлашиши кўзатилади. Бу текширувлар орқали огрик ва хансираш орасида якин функционал боғлиқлик мавжудлиги аниқланди.

Миянинг лимбик структурасининг ва Insularнинг олдинги қисмини фаоллигини “ПЭТ” ўтказилганда топилган. Ҳозирги вақтда миянинг бу қисми салбий ҳиссиётларни таҳлил қиладиган марказ деб топилган. Хаво етишмовчилигида миянинг бошқа қисмида ( таламус ва тасмасимон ядро) ҳам нейронал фаоллик кўзатилган. Хансираш билан оғриган беморларда психоэмоционал соҳада катта ўзгаришлар кетишини ҳисобга олган ҳолда депрессиянинг нейробиологик асосларига катта қизиқиш билан қаралди.

Ҳиссиёт ва эмоционал бўзилишларни асосий анатомик субстрати бўлиб бош мия структуралари деб тан олинган. Лимбик системанинг таркибига қиради: гиппокамп ўтказув йуллари билан, шаффоф тўсиқ (septum pellicidum) бодомсимон комплекс ядролари (amegdale) белбоғсимон пушта (gyrus cinguli). Нейроморфология ва нейровизуал текширишлар (КТ, МРТ ва “ПЭТ”) га асосан депрессияли беморлар миянинг ён қоринчаларининг кенгайиши, гиппокамп ҳажмини камайганлиги (айниқса ок моддасини ва префронтал пустлокни ҳамда бодомсимон комплекслари) катталашини кўзгалган. Бу жараёнлар айрим аминокислоталарни (глутамат ва бошқалар) ва стероид гормонларни цитотоксик таъсири деб тахмин қилинди. Гиппокамп миянинг бошқа структураларига нисбатан фаол, чунки унда пирамид нейронлар билан ҳамкор кўзгалиш ва қайта кўзгалишларни таъминловчи глутаматэргик боғлар мавжуд бўлиб, ГАМКэргик системада қайтар тормозланиш нисбатан кучсиз булади. Бструктур функционал ўзгаришлар ҳозирги вақтда “нейропластик” деган термин билан белгиланган. Хансираш ва оғрик оғир касалликларнинг қуриши ҳисобланади. Хансираш касалликнинг терминал қисмида қучаяди. Оғрик эса кам даражада намоён булади. Кўп беморлар бу ўзгаришлар билан кўп тукнаш келадилар: Кўпроқ бу ҳоллар Юрак қон-томир системаси касалликларида усманинг терминал босқичларида, спонтан пневмотораксда, ён амиотрофик склерозда учрайди. Оғрик ва хансираш ўзини ҳиссий қирралари билан фарқ қилсада, уларни келиб чиқишида нейронал механизмлар ухшаш булади, лекин келиб чиқиш механизми урганилмаган. Хансираш ва оғрик, қанқаш, қайт қилиш оч қолиш бу организмда физиологик статусидан белгидаб ўзгаришларидан қалолат беради. Бу ҳолдаги ҳислар организм қослашинини белгилаб инсондан оддий рефлекслардан қура катта ҳаракатларни талаб қилади.

Бизни хансирашдаги изланишлардан қура оғриклар табиати соҳасида қилимларимиз изланишларда янги маълумотлар билан бойиди. Ҳансираш ва оғрикни изланишда кўплаб методологик ёндашувлар мавжуд, лекин хансиран ва оғрикни келиб чиқишида катта фарқлар бор. Оғрикка нисбатан хансираш комплекс ҳиссиёт ҳисобланади. Охириги йилларда оғрикнинг келиб чиқишига кўплаб маълумотларни таҳлил қилиш учун алоҳида эътибор қаратилди. Оғрик кўп инструментлар билан баҳоланиши мумкин. Энг қенг тарқалган Mc Gill суровномаси қабул қилинди. Қечроқ хансирашни баҳолаш даражасини қуриб чиқиш ҳақида бошқа суровномалар қуриб қикилди. (Elluott et al. Simon et al) лекин улар қенг клиник қўлланишга эга булмади. Хансираш ва оғрик уртасида кўплаб улчамлар мавжуд. Оғриқдан фарқли равишда хансираш ўзоқ қавом этмайди. Яъни фарқли қомони хаво етишмаслиги аниқ анатомик локализацияга эга эмас, бемор шифокорга нақас бўзилишидан шикоят қилади. Шифокор хансирашнинг интензивлигини ва уни келиб чиқишида айниқса омиллар роль уйнашини аниқлайди. Шифокорнинг

кейинги харакати беморни огрик безовта килса ўзгаради: У огрикни локализациясини аниклайди, харакатини аниклайди (ўткир, куйдирувчи, утмас), унинг иррадиациясини аниклайди. Шуни таъкидлаш керакки, талабалар хансираш безовта килган беморлардан анамнез ва шикоятларини етарли йига олмайдилар. Инсонга астманинг биринчи белгиларини, юрак етишмовчилиги . ўпка артерияси эмболиясини хислари айтиб бериши кийин. Биз факат бошимиздан кечирган хисларнигина тушуна оламиз. Бу муаммони ўзаро муносабат орқали шифокор бемор билан сухбатни аник тахлил қилишни билиш керак. Огрикни ўрганишда 3 та категория инобатга олинади: огрикни хиссий қабул қилиш: зарарланган орган ва системадаги огрикнинг локализацияси: огрикнинг сифати . Хансирашга бу ёндашув ўзини оклади. Хансираш инсонинг жисмоний активлигини чеклайди, хаёт сифатига катта таъсир ўтказди.

*Диспноэ* атамаси остида одамда буладиган нохуш хислар ётади. Хансираш кўпрок кўкрак қафасида сиқилиш хисси нафас олишни қисқариши, нафас олиш учун куч сарфлаш билан кечади. Охирги хислар « хаво камлиги» хиссига тенг. Огрикка ухшаб хаво етишмаслик дистресс чакиради. Хансираш ўткир бронхоспазм бўлганда ҳам юзага келиши мумкин. Бу холларда

O<sub>2</sub> хажми ва CO<sub>2</sub> миқдори ўзгармай қолиши мумкин. Ўпка рецепторлари стимуляцияси хар хил эффектларни келтириб чиқаради. Ирритатив ва кон томир рецепторлари ўпканинг минутлик вентиляциясини кучайтиради, нафас олиш сонини оширади. Нафас динамикасини ўзгаришига олиб келади. бронхиал астма бронхоконструкцияси бор беморларда кўзатилади.

Кўкрак қафаси механорецепторлари вентиляциясида катта роль уйнайди. Хеморецепторлар жараёнга кечроқ кўшилади. Бундв O<sub>2</sub> ва CO<sub>2</sub> физиологик мувозанатни урнатади. Бунда вентиляция хажмининг ортиши хаво етишмаслик хиссини ортишига олиб келади. Кўкрак қафаснинг сиқилиши бронхоспазм эпизодларига характерли афферент механизмлар хансирашга жавобгар огрикка фаркли равишда кўпрок учрайди.

Хансирашни улчаш интенсивлиги.

Сизни кай даражада хансираш безовта қилади? Сифати: хансирашни кандай қабул қиласиз? Дискомфорт: кай даражада хаёт тарзингизга таъсир қилади? 1 ва 2 жадвалларда америка беморларини хиссий кечинмалари берилган. хансирашни тасвирлашда инсонни маълумоти ахамиятга эга. Афро америка ва кавказ ахолисида суров указилган. Афро америка ахолиси бурун халкум қисмида таъсирланиш хиссини айтган булса , ок танлилар ахолисида енгил бронхоспазм хисси бўлишини таъкидлашган. Россия респиратор жамияти ўтказган суровномалар натижасида ахолини кўпинча хансираш ва хуруж безовта килганлиги аникланган. Кўп холларда беморларни нафас олиш кийинлиги безовта килган. Бронхообструктив синдроми билан оғриган беморларда нафас етишмовчилиги аникланган. Кўкрак қафаси сиқилиши ва огрик бўлиши кўзатилган. Бу холатлар юрак кон томир системаси билан биргаликда келган касалликларда кўзатилган. Неврозларга мойиллиги бор беморларда кўпинча нафас олиш коникмаслиги хислари безовта қилади.

Хансирашнинг физиологик жараёнлари ва сўзма сўз таърифи – хансирашни энг кийин тарафи. Хеморецепторлар ўткир гипоксия ва гиперкапния таъсирида нафас марказини стимуллайди. Агар кўкрак қафасида

органик ўзгаришлар булмаса у холда ўткир гипоксия ва гиперкапния ўпка вентиляциясининг ошишига олиб келади. марказий апоноэ кўзатилган беморларда хансираш хисси ўткир гиперкапния холатлари кўзатилмайди. Нафас дискомфорти нафас олишда таранглик хиссини келтириб чиқаради. Бунда келиб чиқадиган хансирашда бош миянинг марказий механизмлари кўшилган. Хансирашнинг бу турида нафас мушакларининг чарчаш синдроми нафас етишмовчилиги билан бирга кўзатилади. Обструкцияси бор беморларда нафас олиш вақтида гиперинфляция кўзатилади ва нафас системасининг периферик қисимларида орқали хаво ушланиб қолади “хаво копкони”

Юрак ва ўпка патологияси мавжуд беморларда хансираш келиб чиқишида бир катор патогенетик механизмлар кўзатилади. Бемор хансирашнинг хилма хил клиник курилишини айтиб бериши мумкин. Нафас олиш сонини ошиши хилма хил касалликларда кўзатилиши мумкин хансираш эса нафасни қабул қилишини бўзилишида юзага келади. Хансираш ўпкани обструктив ва рестриктив жараёнлари натижасида юзага келади. Обструктив типга характерли бўлган касалликларга, бронхит, бронхиал астма эмфизема, нафас йулларида ёт жисм, ателектаз киради. Хансирашни баҳолаш бир минутда нафас олиш сонига қараб белгиланади. Юрак зарарланганда ва бронхиал астма хуружида пайтида мажбурий утирган холатни эгаллайдилар.

Акроцианоз димланган юрак етишмовчилиги белгиси ҳисобланади. Диффуз цианоз ўпка артерияси эмболияси ҳисобига юзага келади . ўпканинг обструктив касалликларида хансираш шиллие йирингли балғам, йутал билан кўзатилади. Бирдан ошиб борувчи хансираш ўпка артерияси тромбоэмболияси ва пневмоторакси билан характерланади. Хансираш билан оғриган беморларни текширишда кўкрак қафасининг рентгенограммаси, ЭКГ, қонда газларни мидорини текшириш хансирашни табиатини аниқлаб беради. Кўкрак қафасининг рентгенморфологик тасвири пневмония, плеврит, ўпка шиши, гидроторакс, юрак клапан зарарланишларига характерли аниқ диагностик белгиларини кўрсатиб беради.

Ўпка юрагини, миокард инфарктини, аритмияларга хос бўлган белгиларни ЭКГ аниқ маълумот беради. Қондаги  $O_2$  ва  $CO_2$  миқдори гипоксия ва гиперкапния даражасини аниқлаб беради.

#### Нафас етишмовчилигини баҳолаш

Кўрсаткичлар	норма	1-даража	2-даража	3-даража
УТХ % кераклидан	90-85	84-70	65-50	50 дан кам
УМВ % кераклидан	85-75	75-55	54-35	35 дан кам
ОФВ%	85-75	75-55	54-35	35 дан кам
ОФВ / УТХ% (Тиффно синамаси)	65-60	59-50	49-40	40 дан кам

*Туберкулёзни ҳар хил шакллари авж олишида хансираш.* Ўпкани каверноз туберкулёзи каверна хотуберкулёз бўлиши билан ва рентгенограммада ўпкада халқасимон соя сифатида куриши билан характерланади. Туберкулёзнинг бу шаклида каверна мавжуд бўлган бир пайтда антибактериал даво киритилиши ва инфльтрация билан кўзатилиши мумкин. Каверна ўпкада

инфилтратив ва диссеминирлашган туберкулёзни мавжуд бўлганда юзага келади. Кавернани парчаланиши ўпкада нам хириллашлар, балғамли йутал, кон туфлаш, бактерия ажралиши билан намоён булади. Шаклланган каверна кам симптомли у кўкрак қафасини рентгенограммаси ва КТ да яхши куринади. Ўпкани каверноз туберкулёзи 2 йил мобайнида мавжуд бўлиб шу вақт давомида тулик тўзалиши (ўпка резекцияси) ёки фиброз каверноз туберкулёзигача ривожланиши ёки асоратланиши (аспиргил-лома) Туберкулёзни ривожланишида ўпкадан кон кетиш асорати (каверна ичида ўпканинг терминал артерияларини бўлиши), ўпкадан прфўз кон кетиши асоратини кучайтиради. Кон кетишнинг бошка сабаби – сурункали туберкулёз бўшлиғида аспиргилломани ривожланиши (санацияланган каверналар билан) Бу холларда кон кетиш туберкулёзни ривожланиши билан боғлиқ эмас. Туберкулёз кавернасини плевра бўшлиғига ёрилиши туберкулёз эмпиемсига ва бронхоплеврал окмага олиб келиши мумкин.

### Ўпканинг фиброз - каверноз туберкулёзи

Ўпканинг фиброз-каверноз туберкулёзи – ўпка туберкулёзининг бошка шаклиларини ривожланиши, деворида яккол фиброз компоненти бўлган каверна хотуберкулёз бўлиши билан юзага келади. Ўтказиб юборилган фиброз –каверноз туберкулёзининг келиб чиқишига аоссий сабабини ва манбасини аниқлаш кийин.
Касалликнинг ривожланиши контакт ва бронхлардан юқоридан пастга йуналишда ривожланади. Ўпканинг фиброз-каверноз туберкулёзини барча холларида бронх дарахтини зарарланиши кўзатилади.
Ўпкадаги ўзгаришлар хар хил бўлиши мумкин. Жараён бир томонлама ва икки томонлама, бир ёки кўп кавернали улиши мумкин.
Кўпинча кавернани дренажловчи бронх зарарланади. Ўпкада бошка морфологик ўзгаришлар хам юзага келади: пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктазлар.

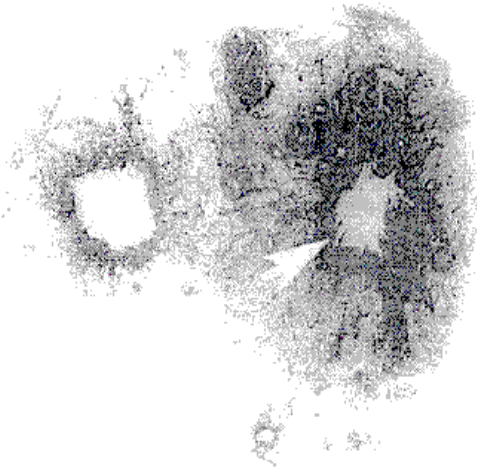
Ўпканинг цирротик туберкулёзи иккиламчи туберкулёзнинг охириги шакли бўлиб, фиброз каверноз инволюцияси натижасида юзага келади. Ўпкада ва плеврада дагал бириктирувчи тўқимани усиши характерли. Бу ўпка туберкулёзини терминал шакли хисобланади, лекин хавфли эмас. Бундай касалларни даволаниши муаммоли хисобланади, чунки ўпканинг ўзгарган тўқимасига туберкулостатикларни диффўзияси камайган булади. Локал шакллари жаррохлик йули билан даволанади.

Хансираш туберкулёзда ўпка тўқимаси кенг зарарланиши ёки массив плеврага суюклик йигилиши натижасида юзага келади.

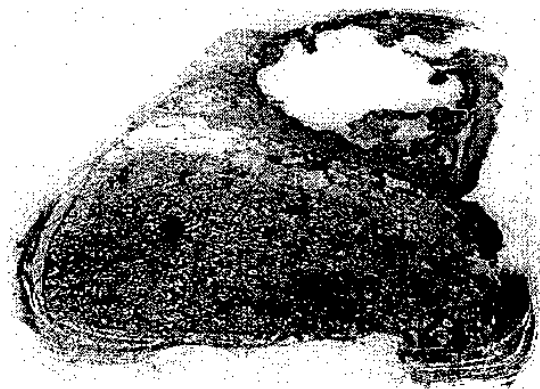
### *Симптомлари ва кечиши*

Жараён ўзок ва тулкинсимон кечади. Нисбий тўзалиш яккол интоксикация ва авж олишдар билан алмашади. Йутал кучаяди, балғам миқдори ошади, кон туфлаш ва ўпкадан кон кетиш, ўпкадан янги учокларни пайдо бўлиши кўзатилади. Жараённи авж олиб бориш борасида организмни барча системаларда ўзгаришлар ва хар хил органлар зарарланиши кўзатилади. Ўпкада

турли характерга эга хириллашлар эшитилади. Гемограммада яккол туберкулёзжишлар кўзатилади: ЭЧТ ошади. Рентген тасвирда: ўпкада хар хал катталиқдаги каверналар, атрофида кўплаб янги ва эски туберкулёз учоклари,ўпка тўқимаси ва унинг кобикларининг зичлашиши куринади.



Макропрепарат: Фиброз-каверноз туберкулёз. Уч қаватли каверна: Ички қават некрози, унинг остида туберкулёзли грануляцион тўқима қавати ва ташқи неспецифик грануляцион тўқима қавати



Ўпканинг цирротик туберкулёзи. Ўпка тўқимаси диффўз бириктирувчи тўқимани усиши билан биргалиқда ўпка тўқимасининг деформацияси ва бронхоэктазларни ривожланиши. Каверналар деформациялашган.

Ўпка циррози бу ўпкани фиброз каверноз туберкулёзини инволюция фазаси ва ўпкада бириктирувчи тўқимани усиши натижасидир. Массив склеротик ўзгаришлар ўпка тўқимаси ўзок давом этган ателектази натижасида юзага келади.

Ўпканинг цирротик туберкулёзи. Киёсий ташхисот.

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ НОСПЕЦИФИК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ушбу патологияга киради:

Сурункали обструктив бронхити (СОБ)



Эмфизема

Бронхиал астма

Муковисцедоз

Бронхоэктатик касаллик

Облитерацияловчи бронхиолит

Ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари термини (УСНК) ўпканинг сурункали обструктив касалликлари (УСОК) терминига баробар. Касалликнинг огирлиги ва окибатини белгиловчи бронхообструктив синдром хисобланади. Сурункали обструктив бронхит ва эмфизема – ягона нозологик бирликка – яъни ўпканинг сурункали обструктив касалликларига киритилган. Патологик жараёнга бронхлардан ташқари (сурункали обструктив бронхит), ўпканинг респиратор қисимлари ҳам қўшилиб, бунда кечадиган кайтмас ўзгаришлар (эмфизема) га олиб келади ва юқори даражадаги ривожланиб борувчи ногиронлик каби окибатларга олиб келади. УСОК бу бронхларни сурункали диффўз ноаллергик яллигланиш касаллиги бўлиб, ривожланиб борувчи ўпка вентилизациясининг, бронхообструктив типдаги газлар алмашинувининг бўзилишига, бошқа орган ва системалар билан боғлиқ булмаган холда йутал хансираш ва балғам ажралиши билан кечадиган касаллик хисобланади. УСОК билан касалланган беморларда нафас йуллари обструкцияси механизмлари:

I. Қисиман қайтар ривожланишга мойиллиги кам бўлган жараёнлар

1. шиллик қаватнинг шиши

2. бронх бўшлиғини куюк секрет билан обтурацияси (дискринияси)

3. шиллик қават безларининг гипертрофияси (гиперкринияси)

4. бронх мушакларининг гипертонуси

II. Кайтмас ривожланиб борувчи жараёнлар. Ўпканинг респиратор қисмининг зарарланиши яъни эмфизема билан боғлиқ бўлган жараёндир. Айнан эмфизема касалликнинг огирлик даражасини ва окибатини белгилаб беради. Эмфизема – бу СОБ (ХОБ) асорат ёки ёндош касаллик булмай, балки УСОК ларни мавжуд элементи хисобланиб, кўп холларда ногиронлик ёки летал лкибатларга олиб келади. Эмфизема кўп хрлларда ўпканинг юқори қисимларида булади. эмфиземанинг келиб чиқишида асосий сабаби ўпка тўқимасидаги протеаза ферменти активлигини (эластаза), антипротеаз (альфа 1 антитрипсин) дан устунлиги хисобланади. Бунинг окибатида альвеолалараро тўсиқларнинг деструкцияси юзага келади.

Протеазанинг манбалари:

8. альвеоляр макрофаглар экзоген факторлар таъсирида активлашади.

9. бактериал инфекция окибатида нейтрофиллар парчланади.

10. наслий мойиллик натижасида антипротеазанинг фаоллигини пасайиши.

Европа респиратор бирлашмасига мувофик УСОК нинг огирлик даражасини баҳолаш мезонлари

Огирлик даражаси	ОФВ керакли катталикининг %
Енгил	Кам ёки 70 га тенг
Урта огир	50-69
Огир	50 дан кам

Америка кўкрак кафаси (торакал) жамияти буйича УСОК даражалари таснифи.

I. ОФВ 50% дан кам. Турмуш сифатига таъсири кам. УАШ нинг кўзатуви кам.

II. ОФВ 35-49% турмуш сифати огирлашган. Пульмонолог шифокори кўзатувида булади.

III. ОФВ 34 % дан кам. Турмуш сифатининг кескин ёмонлашиши.

Турмуш сифати бу оралик (интеграл) кўрсаткич бўлиб, беморда касаллик бошланишига мослашиши ва бемор учун ишда ва хужаликда одатий ишларни бажариши мумкинлиги, унинг социал экономик турмуши билан боғлиқ.

УСОК келиб чиқишидаги хавф омиллари.

Эхтимоллиги	Ташқи мухит омиллари	Ички мухит омиллари
Аниқланган	Чекиш, хаводаги кўп миқдордаги чанг ва газнинг бўлиши, касб зарарлари	Альфа 1 антитрипсин етишмовчилиги
Юқори эхтимоллик	Атроф мухитни нокулай шароити (SO <sub>2</sub> ), ижтимоий иктисодий ҳолатнинг пастлиги, алкоголь, пассив чекиш	Касалликнинг оилавий характери, кам вазн билан тугилиш
Мумкин бўлган эхтимоллик	Аденовирусли инфекция, витамин С дефицити	Генетик мойиллик, 1 кон гурухи, иммуноглобулин А йуклиги

УСОК ва бронхиал астманинг киёсий ташхисот мезонлари

Белгилари	УСОК (ХОБЛ)	Бронхиал астма
Аллергия	Характерли эмас	Характерли
Йутал	Доимий ҳар хил интенсивликдаги	Хуружсимон
Хансираш	Доимий, яқкол	Экспиратор хансираш хуружлари
ОФВ нинг суткалик ўзгаришлари	Кераклидан 10% кам	Керакли катталиқдан 15% кўп
Бронх обструкцияси	Қайтмас жараён, ўпканинг ривожланиб борувчи фаолиятининг сусайиши	Қайтар жараён, ўпканинг ривожланиб борувчи фаолиятининг сусайиши хос эмас
Эозонофилия	Характерли эмас	Характерли

Бронхиал астма - бу нафас йулларининг яллигланиши бўлиб, туберкулёзлик мушакларнинг реакциясини ошиши ва қисқариш реакцияларига тайёргарлиг билан кечувчи касаллик. Касалликнинг огир дврвжвлвридв ўпкада гипервентилция ва газ алмашинуви фаолиятининг бўзилишига олиб келади. Бронхиал астма бу шундай касалликки бунда бугилиш хансирашнинг энг огир даражасидир. Нафас драйверининг фаолияти астматик ҳолат вақтида ошади,

бунда кондаги газлар миқдори ўзгармаслиги мумкин. Бронхиал астманинг авж олиш давридаги хансирашнинг белгиси бўлиб, кўкрак соҳасининг сиқилиши билан характерланади. Касалликнинг ута огир кечишида ўпканинг вентилиацион фаолиятининг зарарланиши ортганда беморларда жисмоний зуриқишда кучаядиган таранглик хисси юзага келади. Хаво етишмаслик хисси ва чуқур нафас ололмаслик касалликнинг ута огир кечишидан далолат беради. Бундай ҳолатларда яъни ўпкада бронхиал астмага хос аптофизиологик ўзгаришлар юзага келади, малакали шифокор учун касаллик фаоллик даражасини аниқлашда яхши маълумот була олади. Бронходилятаторлар таъсирида хансираш тезда сунади. Маълум ваки мобайнида нафас функцияси ўзгаришсиз қолади.

Ўпканинг обструктив касалликларида (УОК) –ўпканинг ушиб боровчи гиперинфляцияси билан характерланади. Хансираш касалликнинг ута огир даражаларида юзага келади. Бу жараён асъя –секин ривожланади. УОК билан оғриган беморларда хансираш жисмоний иш вақтида кучаяди ва эффектив нафас олиш учун ортикча куч сарфланади. Касаллик авж олиб боришида беморларда чуқур нафас ололмаслик юзага келади, нафас олиш кийинлашади. Бу ўзгаришлар нафас олишни пасайганлигидан юзага келади. Хансираш куркув, огрик хисси ва ваҳима билан биргаликда юзага келиши мумкин. Бу психоэмоционал ўзгаришлари ўпка вентилиациясининг ошишига олиб келади.

*Гиперинфляция синдроми УОК билан оғриган беморларда хансирашга олиб келади.* Бу категориядаги беморларга ваҳима депрессив ҳолатлар характерли: мустакил формаси мавжуд: гиперинфляцион синдромиги нафас дискомфорти хисси характерли. Бемор одам ўзини ҳолати ўткир кризисда деб баҳолайди, лекин чуқур клиник текширувларда беморда ўпка ва юрак соҳасида ҳеч қандай патология аниқланмайди. Бундай беморлар чуқур нафас ололмаслик ва нафас олишдан қониқмаслик хисси безовта қилади. Унинг ривожланиши инсонни психоэмоционал сферасининг ўзига ҳослигига ёки кўкрак қафаси ва ўпканинг механорецепторларига гипокапния билан боғлиқ бўлган реффлектор таъсирга боғлиқ. Астматик хуружлар МНС нинг кайфиятга ва ҳулққа тегишли марказларни кўзгатади. «Кайфият кластери» Ўпка касалликларини манифестациясида куркув ва ваҳима реакциялари устунлик қилади. Simon et al... ишлаб чиқарган суровнома абробациядан утиб, кейинчалик беморларни жавоби ва уларни интерпретациясига қараб модификация қилинди. Кейинги этап суровнома текширишлар билан боғлиқ бўлган турли касалликларда хансирашни тарифлаш бўлди. 3-жадвалда турли касалликларда хансирашни характери ҳақида маълумотлар берилган. Кластер анализи айрим қонуниятларни очиб берди. Бунда иш/ куч сарфлаш универсал характерда бўлиб, турли хил катуберкулёзликлардаги ҳамма беморлар хансирашни жисмоний зуриқишдан кейин юзага чиқишини таъкидлашди. Бронхиал астма хансирашни кучига ва жисмоний фаолиятга қарамай кўкрак қафасини сиқили билан характерланади. Ўпканинг интерстициал касалликлари учун иш/куч сарфлаш кластери характерли ва нафас тезлашганлигига шикоят қилишади. 2. Нейромушак касалликлари бор одамларда нафас олишнинг кийинлиги нафас тезлашганлиги ва жисмоний зуриқишдаги хансираш кластерлари характерли. Бугилиш юзаки нафас ҳаво етишмаслиги қуйидаги анализ буйича маълум гуруҳ касалликлари билан боғланмаган, нафас чиқариш кийинлиги УОК ва БА

касалликларида учради. Шунинг таъкидлаш керакки, кўрсатилган маълумотлар ахволи коникарли бўлган беморлардан олинган. Нафас органларининг кўплаб касалликлари клиник кечиши билан фаркланади. Шунинг учун, хансираш суърати хар хил. У касалликнинг авж олиши даврида бошқача тусга кириши мумкин Халқаро клиник тавсияларда хансираши бор беморларни олиб боришда хансирашни огирлик даражасини баҳолаш мезонларларидан фойдаланиш тавсия килинди.

### Амалий машғулот № 13:

Туберкулёз клиникасида шошилиш ёрдам талаб этувчи ҳолатлар. Спонтан пневмотракс. Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши. Кўкрак қафасида оғриқ ва ўпкадан қон кетишни қиёсий ташхислаш. Ташхислаш ва тезкор терапевтик чора-тадбир усуллари.

#### 1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

<b>Машғулотнинг давомийлиги – 5соат</b>	
<b>Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши</b>	<p>-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1          терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1          клиник лабораторияси;</p> <p>-жадваллар мажмуаси, услубий          кўлланмалар, реактивлар мажмуаси,          бинокуляр микроскоп, видеофильм;</p> <p>-ТСО: бинокуляр микроскоп, 1-          машғулотнинг компьютер презентацияси.</p>
<b>Машғулотнинг мақсади:</b>	
<p>Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий ташхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шакллариининг қиёсий ташхисида клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.</p>	
<b>Педагогик вазифалари</b>	<b>Ўқув машғулооти натижалари:</b>
- Туберкулёз ва ўпканинг	<i>Умумий амалиёт шифокори (УАШ)</i>

<p>сурункали касалликларида кўринишдаги йўтал ажралишини ўргатиш.</p> <p>носпецифик турли ва балғам фарклашни ўргатиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш.</li> <li>- Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарклашни ўргатиш.</li> <li>- Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш</li> <li>- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.</li> </ul>	<p><b>билиши зарур:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;</li> <li>- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биоқимёвий механизми.</li> <li>- Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар.</li> <li>- Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш</li> <li>- Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонида туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари.</li> </ul> <p><b>УАШ бажара олиши лозим:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни.</li> <li>- Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни.</li> <li>- ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш;</li> <li>- Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни.</li> </ul> <p><b>УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Касбий сўров, беморни кўриш, кариндошлар билан суҳбат.</li> <li>- Балғамни бактериоскопик текшириш.</li> <li>- Клиник ва биоқимёвий анализларни</li> </ul>
---	---

	<p>интерпретация қилиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рентгенограммани баҳолаш.</li> <li>- Туберкулин синамаси</li> <li>- Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш.</li> <li>- Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.</li> <li>- Эпидемиологик режимни бошқариш.</li> <li>- Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш</li> </ul>
<b>Таълим усули ва воситалари</b>	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч боскичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, сухбат, кейс-стади
<b>Таълим жараёни ташкил этиш шакллари</b>	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташқаридагилар билан ишлаш
<b>Таълим воситалари</b>	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
<b>Баҳолаш усуллари ва воситалари</b>	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш, плевра бушлиги пункцияси амалий куникмасини бажариш

### **Кўкрак қафасидаги оғрик.**

Кўкрак қафасидаги давомли ва кучли оғриқ кўп учраб туради. Кўкрак қафасидаги оғриқ хиссини аниқлаш учун фақат клиник маълумотлар камлик қилади. Клиник маълумотлар етарлича бўлмаса ҳам, уларга асосланиб доим тахминий ташхис қўйиш ва кейинги қилинадиган диагностик дастурни тузиш мумкин.

Кўкрак қафасидаги оғриқнинг 3 типи қабул қилинган:

- I. Периферик нервларнинг таъсирланиши натижасида юзага келадиган

оғрик.

**II.** Орқа мия орқа илдизчаси таъсирланишидан юзага келадиган оғрик.

**III.** Симпатик ва адашган нервлар таркибига кирувчи афферент толаларнинг таъсирланиши натижасида юзага келадиган оғрик.

Бу оғриқларнинг кўкрак қафасида жойлашган суяк-мушак аппарати ва аъзоларининг зарарланиш белгиси билан бирга келиши характерли клиник синдромларни ҳосил қилади. Синдромларнинг энг кенг тарқалгани юрак касалликлари сабабли юзага келадиганидир.

### **кардиалгиялар.**

“Стенокардия” термини коронар қон айланиш етишмовчилиги туфайли юрак мушакларининг озик моддаларга бўлган эҳтиёжини адекват қондира олмаслиги натижасида юзага келадиган клиник синдромлар йигиндиси.

Сабаблари: Тожсимон артериянинг стенозловчи атеросклерози, миокард гипертрофияси, юрак ишининг ортиши, юрак дақиқалик ҳажмининг ўткир камайиши, ўткир ёки яққол ривожланган анемия кузатилади. Оғрик - стенокардиянинг асосий синдроми. Стенокардиядаги оғриқлар жисмоний юклама, эмоционал зўриқиш, атроф - муҳит омиллари натижасида юзага келади. Оғрик интенсивлиги турлича бўлади. **ХАРАКТЕРИГА КЎРА:**

- Кесувчи
  - Босувчи
  - Куйдирувчи
  - Сиқувчи
  - Босим берувчи
- } **КЎКРАК ҚАФАСИГА**

Кўпинча оғрик кўкрак қафасининг ичидан, баъзан юқориги қисмидан, ёки кўкрак қафасининг чап томонидан, эпигастрал соҳага, чап курак ва чап елкага кузатилади. Баъзан оғрик юрак соҳасидан елкага, қўлларга ва тишларга тарқалади. Чап томон ўнгига нисбатан кўп зарарланади. Камдан - кам ҳолларда оғриқлар белга, қориннинг чап қисмига ва оёқларга иррадиацияланади. Оғрик аста-секин кучаяди, тез тўхтайтиди, кучайиш давомийлиги оғрик йўқолишини узайтиради. Оғрик бир неча дақиқадан бир неча соатгача чўзилиши мумкин. Агар нитроглицерин оғрик кучайиш вақтида қабул қилинса, оғрик бир неча минутда тўхтайтиди; агар оғрик чўққисида қабул қилинса эффеќти бўлмаслиги мумкин. Агар оғрик хуружлари овқатдан сўнг, жисмоний зўриқишдан сўнг, чекканда, совуќда, шамолда, эмоционал зўриқишдан сўнг юзага келса **ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ** дейилади. Жисмоний зўриқиш ёки эмоционал зўриқишга боғлиќ бўлмаган ҳолда юзага келса **ТИНЧЛИКДАГИ СТЕНОКАРДИЯ** дейилади. Кўп ҳолларда оғрик билан бирга кўнгил айнаиши, бош айланиши, ҳолсизлик, кеќириш, жиғилдон қайнаши, диффуз ёки маҳаллий терлаш, нафас олишнинг қийинлашуви кузатилади. Ниќобланган стенокардия хавфли ҳисобланади, бунда оғрик иррадиация соҳасига кузатил ва алоҳида қийналиш деб баҳоланади. Ҳансираш ва чап қўл мушагининг кучсизланиши кузатилиши мумкин.

### **КОРОНАРОГЕН БЎЛМАГАН КАРДИАЛГИЯ**

**НЦД** – касалликнинг кўп сонли субъектив белгилари яққол ривожланади. Турли хил даво чоралари самара бермайди. Касаллик иш қобилятини йўқотишга олиб келиши мумкин, лекин кардиосклероз, МИ, юрак етишмовчилигига олиб келмайди.

Юрак соҳасида тез-тез такрорланиб турувчи, узок давом этувчи, баъзида кучайиб борувчи оғриқлар – НЦД га тегишли. НЦД-да оғриқлар борган сари кучайиб, сустлашиб туради, бир неча соат ёки суткагача давом этиши мумкин, бир ваќтнинг ўзида юзаки нафаснинг сеќинлашиши кузатилиши мумкин, кўп ҳолларда экстрасистолиялар кузатилиши мумкин. НЦД-беморлар ҳеч қачон соғлом бўлмайди (ҳатто хуружлар орасида ҳам). Юракдаги оғрик титраш, қалтираш, гипертензия, полиурия, диарея билан кечувчи вегетотомир кризлари билан алмашинади. Хуружлар оралиғидаги даврда бош оғриғи, кўп терлаш, бош айланиши, жисмоний ҳолсизлик, жисмоний ва аќлий меҳнатдан тез чарчаш кузатилади (клиник белгиларнинг кўп қисми туберкулёз клиникасига ўхшайди). 50% беморларда юрак соҳасида гипергидроз, гипералгезия кузатилади.

НҚД беморда горизонтал ва вертикал туширилган ЭКГ да ST тишча соҳасида юрак қисқаришлари типиди фарқ кузатилади.

## КЛИМАКТЕРИК КАРДИОПАТИЯ

**Алоҳида клиник бирлик деб 1874 йилда ажратилган. Асосан аёлларда, тухумдоннинг гормонал функцияси йўқолган вақтида кузатилади. Клиникасида вазомотор синдром, вегетатив кризлар, кардиалгиялар фарқланади.**

Вазомотор синдром қуйидаги кўринишда кузатилади:

Тўсатдан кўкрак қафасининг юқориги қисмида, юз терисида, бўйинда қизиш, шу билан бирга қизариш ва тер ажралиши кузатилади. Парестезия, анемия, санчик, кўкариш ва эт увишиши кузатилиши мумкин.

Вегетатив кризлар: одатда қўл - оёқларнинг совқотиши, кўкрак қафаси ва қўл - оёқларнинг мушакларининг қалтираши билан бошланади. Кўп ҳолларда хуружлар пульсининг секинлашиши, тери қопламларининг оқариши, АД нинг ортиши билан характерланувчи симпатик нерв системасининг тонуси ошиши билан кечади. Хуруж охирида умумий ҳолсизлик, профуз тер ажралиши кузатилади. Хуруж вақтида юрак соҳасидаги оғриқ кучли ва давомли бўлиб, қон томирни кенгайтирувчи воситалар ёрдам бермайди. Тўлқинсимон кучайиб, сусайиб туради, юрак соҳасидаги оғриқ бир неча соатдан суткагача давом этиши мумкин, тана ҳарорати енгил ошган.

Давомли чидаб бўлмас даражадаги оғриқ фақат кардит билан асоратланган МИ да кузатилади. Климактерик кардиомиопатияда интенсив оғриқлар бир неча соатдан суткагача давом этиши мумкин; на қоллапсга, на яққол ривожланган ритм ўзгаришига ва бошқа юрак функциясининг бузилишига олиб келмайди. Оғриқ синдромининг интенсивлиги ва давомийлигининг номуносивлиги ва қон айланиш функциясининг қоникарлиги климактерик кардиомиопатияга хос, тарқоқ МИ га кузатилмайди.

## МИОКАРДИТ ВА КАРДИОМИОПАТИЯ

*ЮРАК СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР* миокардитнинг кўп учрайдиган дастлабки симптомларидан биридир. Оғриқ интенсивлиги кучсиздан чидаб бўлмас даражада кузатилиши мумкин. Оғриқлар давомли, жисмоний юкламага боғлиқ эмас, қўлга, елкага ва куракка иррадиацияланади. Миокардит билан оғриган беморлар доим юрагини сезиб туради. Миокардит ўрта ёшда ва ёшларда кузатилади. Типик ҳолатларда миокардит бирор бир касалликдан тузалгандан сўнг (инфекция) тезда бошланади, тана ҳарорати 38-39°C га кўтарилиб 1-3 кун сақланади. Субфебрилитетдан сўнг 50% ҳолатларда давомийлиги ўзгаради. Бу ораликда юрак соҳасида нохуш сезги пайдо бўлади. Миокардитда 44% ҳолатларда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошганлиги, 20% ҳолатларда лейкопения, 16% ҳолатларда ривожланган анемия кузатилади.

Миокардит бошлангандан қисқа вақт ичида юрак сезиларли катталашади, бели силликланади, қисқариш амплитудаси камаяди. Миокардитда беморларнинг тахминан ярмида юрак тонлари эшитилмайди. Кардиомиопатия билан касалланган беморлар кўп ҳолларда тинчликдаги ҳансираш билан шикоят қиладилар.

## РЕВМОКАРДИТ

Юрак соҳасидаги оғриқ юракдан ташқари иситма, артралгия, МНС зарарланиши ҳолатлари билан юзага келади

## АОРТАЛГИЯ

Аортанинг яллиғланиши ёки дегенератив зарарланиши «аорталгия» термини билан аталувчи оғриқлар билан кечади. Оғриқ синдроми аорта ёки шохининг артериити кўп ҳолларда субфебрилитет, ривожланган лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши фониди кузатилади, кўп ҳолларда ёш аёллар касалланади. Кўп ҳолларда юрак соҳасидаги давомли оғриқлар иррадиацияланмайди.

ЗАҲМ билан касалланган беморларга аорта шохининг яққол сиқилгандаги оғриқ синдромни, атеросклероздаги кўкрак сиқилишларидан фарқлаш қийин.



## **Аневризмада кўкракдаги оғриқлар манбаи 2 та:**

### **I. Деворда жойлашган рецепторларнинг таъсирланишидан**

### **II. Аортага яқин жойлашган аъзо ва тўқималардаги рецепторларнинг таъсирланишидан**

Аневризманинг секин ўсиши 20% ҳолатларда тез-тез оғриқлар билан кузатилади, кўкракдаги кучли оғриқ ёрилишдан олдин, баъзан ёрилиш вақтида кузатилади.

Аортанинг кўтарилувчи қисмининг аневризмаси одатда ўннга ва юқорига ўтади, баъзан сезиларли пульсацияланади, ҳатто кўкрак қафасида 2-3 қовурғалар орасида кўринади. Баъзан ўнг бронхни қисиб кўйиб йўтал ва хансираш чақиради. Девори эрозияси кам миқдорда қон кетиш билан бирга кузатилади, қовурғалар ва кўкрак қафаси эрозияси кўкрак қафасида кучли оғриқни юзага келтиради.

Аорта ёйи атеросклеротик аневризмасида оғриқ синдроми босилиш натижасида юзага келадиган бошқа кўпгина симптомлар билан бирга келади:

- Трахеяни (қурук йўтал)
- Қизилўнгачни (дисфагия)
- Чап бронхни, чап қайтувчи нервни (овознинг бўғилиши)

Бундан ташқари билан артерияларида пульс фарқи, кўриш ўткирлигининг бузилиши ва хушдан кетишга мойиллик билан характерланувчи миёда ноадекват қон айланиши характерлидир.

## **КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ БОШҚА АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.**

### **ЎПКА ВА ПЛЕВРА КАСАЛЛИКЛАРИ.**

Ўткир бронхит – йўталганда кучаювчи куйдирувчи оғриқлар кузатилиши мумкин. Бронхлар қўшилганда кўкрак қафаси ортида ва атрофида оғриқ кузатилади. Бронхлар шиллик қаватининг таъсирланишидан кузатиладиган оғриқ кўкрак қафасининг латерал томонида кузатилади. Трахея ва бронхларнинг афферент толалари адашган нерв таркибига киради, буни нерв кесилган томонда оғриқ йўқолишидан билиш мумкин. Кичик бронхларнинг шиллик қавати ва ўпка паренхимасида оғриқни сезувчи рецепторлар йўқ, шу сабабли уларнинг таъсирланиши ва қисилиши оғриқ чақирмайди. Йирик бронхлардаги ўсма оғриқ билан кечади, оғриқнинг энг юқори интенсивлиги кўкрак қафасида ўсма жойлашган проекцияда кузатилади.

Плеврал оғриқ кўп ҳолларда ўткир фибриноз плевритда кузатилади.

Ўпка инфарктида кўкрак қафасидаги оғриқ фақат патологик жараён висцерал плевра варағига ўтганда плевранинг рефаол яллиғланишида кузатилади.

Пневмотораксдаги оғриқ одатда чидаб бўлмас даражада бўлади.

Бронхиал рак ва ўпканинг бошқа ўсмаларида кўкрак қафасидаги оғриқ узлуксиз давомли бўлади (плевра инфилтрацияси билан боғлиқ).

Кўкрак қафасидаги доимий оғриқ плевранинг бирламчи ўсмасининг бегисидир.

### **КЎКС ОРАЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Перикарднинг ўткир яллиғланиш касаллиги, қизилўнгач тешилиши ва пневмомедиастинум ривожланиши чидаб бўлмас оғриқ билан кечади. Кўкс оралиғи ўсмалари узоқ вақт симптомсиз кечиши мумкин. Биринчи оғриқ ҳисси асорат билан боғлиқ ҳолда юзага келади, ўсма некрозланиб қўшни аъзони босиб кўйиши натижасида содир бўлади. Оғриқ интенсивлиги жараённинг тарқалганлигига боғлиқ. Ютинганда оғриқнинг бўлиши ўткир ва сурункали эзофагитнинг доимий белгисидир. Қизилўнгач пептик ярасида оғриқ ютинганда ва кекирганда кузатилади. Оғриқнинг овқатдан сўнг пайдо бўлиши катта қизилўнгач дивертикулига характерли. Кардиоспазм ва қизилўнгач ракидаги оғриқлар бўйинга, юқориги жағга ва орқага иррадиацияланади. Тез-тез такрорланувчи оғриқлар

қизилўнғач спазми туфайли кузатилиши мумкин, бунда оғриқлар дисфагия билан боғлиқ бўлади.

### **ДИАФРАГМА КАСАЛЛИКЛАРИ**

Диафрагма чурралари – марказий қисмининг таъсирланиши, диафрагма юзасининг юқориги ва пастки, ўрта қисмининг таъсирланиши трапециясимон мушакнинг юқориги қисмида оғриқ кузатилади, латерал (ён, олдинги ва орқа) қисмлари таъсирланда эса эпигастрал соҳада, белда ёки коворға ости соҳасида оғриқ кузатилади. Қизилўнғач диафрагмал қисми чуррасида 2 томонлама келиб чиқишга эга:

1. пептик эзофагит билан қўшилиб келганда
  2. чурра халтасига меъданинг кириб қолиши ва унинг функциясининг бузилиши, чурра халтасига кирган аъзоларнинг диафрагмал нервини таъсирланиши.
- Диафрагмал плеврит кўп ҳолларда пневмония ва перикардит билан қўшилиб келади.

Бу ҳолатда оғриқ елка устки қисмига ёки коворға ости соҳасига кузатилади. Диафрагма абсцесидида оғриқ диафрагмал плевритидагидек бўлади.

**Ремхемда синдроми** – ошқозон – ичакнинг дам бўлиши, семириш туфайли диафрагма юқорига кўтарилиб қолади ва кардиалгия кузатилади. Оғриқ овқатдан сўнг агар бемор ётса кузатилади, юрганда ва турганда оғриқ йўқолади.

### **КЎКРАК ҚАФАСИ ДЕВОРИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ковурғалараро нервнинг зарарланиши: қамраб олувчи темирлатки – коворғалар орасидаги оғриқнинг энг кўп сабаби ҳисобланади. Касалликни вируслар чақиради. I-II ёки 2-асимпатик ганглия ва улар билан боғлиқ бўлган периферик нервлар зарарланганда кучли куйдирувчи оғриқ кузатилади. Оғриқ пуфакчалар қуришидан 7-10 кун олдин бошланиб, улар йўқолгандан сўнг бир неча ой давом этади. Оғриқ сабаби коворғалараро нервларни фиброз тўқима ёки тоғай билан таъсирланиши ёки жароҳатланишидир.

VIII-X жуфт коворғаларнинг патологик силжиши. Йўталганда ёки кўкрак қафаси буралганда улар сиқилади ва кучли тешувчи оғриқ пайдо бўлади – сирпанувчи тоғай синдроми кузатилади.

### **КЎЛ ВА КЎКРАК ҚАФАСИ МУШАКЛАРИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ**

#### **Кўкрак қафаси мушакларида кузатиладиган оғриқ бўлиниди:**

- маҳаллий оғриқ, гематома ва травмада
- тарқоқ, (инфекцион касалликларда), трихинеллез, фибромиозит
- ҳаммага таниш бўлган физик зўриқишдан кейинги оғриқ (кам шуғулланганларга)

Травма, шамоллаш, кам ҳолларда МИ сабабли елка камари мушак тўқимаси фибромиозит билан зарарланади. Оғриқ одатда бир томонлама бўлади. Баъзан фибромиозит бир томонлама ёки икки томонлама коворғалараро мушакларга, бир вақтнинг ўзида олдинги тишсимон катта ва кичик кўкрак мушакларига тарқалиши мумкин. Пайпаслаганда оғриқли, қаттиқ тугун пайпасланади. Ҳаракатланганда оғриқ кучаяди. Сурункали ҳолатларда коворғаларнинг ҳаракати кузатилади.

Олдинги киприксимон мушак синдроми (скаленус синдром).

Олдинги ва ўрта киприксимон мушакларнинг юқориги учи ва қўшимча бўйин коворғаси ёки нормал биринчи коворға орасида томир- нерв чигалининг қисилиб қолиши натижасида кузатилади. Ҳолат бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Касаллик ўрта ёшда ўткир ёки аста - секин бошланади. Кўпроқ аёллар касалланади. Асосий шикоят буйинда, елкада, елка буғимида, қўлларда, кўкрак қафасининг олдинги юзасида оғриқнинг бўлиши хосдир. Кардиалгия икки томонлама ёки олдинги киприксимон мушакнинг чап томонлама синдромда кузатилади. Юракнинг тез уриши, юракнинг тўхташ ҳиссидан шикоят қилади ва улар бош айланиши, кўз олди қоронғилашиши, баъзан хушнинг йўқолиши билан бирга кузатилади. Диффуз бузилишларга мойил вегето-томир бузилишлар: умумий қалтираш, нафас олишнинг қийинлашиши, умумий ҳолсизлик, тери қопламанинг бирдан оқариши кузатилиши мумкин.

### **СУЯК ВА БЎҒИМ КАСАЛЛИКЛАРИ.**

Суяк илигининг касаллиги. Ўсмаларнинг суяк кўмигига метастази, суяк ички қисмидаги афферент толалар таъсирланмагунча оғриқсиз кечади. Миелома ёки лейкознинг турли босқичларидаги кўкрак қафасидаги тўмтоқ, ёмон локализацияланувчи оғриқлар шу билан тушунтирилади. Кўп ҳолларда оғриқ ҳисси умуман бўлмаганда ёмон сифатли ўсмаларни суяк кўмигига метастазини стернал пункция орқали аниқланади. Суяк синганда остеомиелитда суяк усти пардасининг таъсирланиши оғриқнинг яхши локализацияси билан бирга келади. Суяк усти пардаси ости гематомасида оғриқ қисқа вақтли бўлади.

Туберкулёзда, ЗАҲМда, актиномикозда суякларда сурункали яллиғланиш бўлганда анамнези ва белгиларига қараб диагностика қилинади. Остеомаляция, остеопорозда суякларнинг диффуз зарарланиши кузатилади. Тугалланмаган остеогенез рентгенда осон аниқланади.

Бирламчи қовурға ўсмасида маҳаллий шиш кузатилади, метастазланган ўсма пайпаслаганда ҳам умумий кўриқда ҳам, рентгеноскопияда ҳам аниқланмайди. Қовурғаларнинг спонтан синиши бу метастазларнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин.

Умуртқа поғонасининг бўйин қисми остеохондрозидида кўкрак қафасида оғриқ кузатилади. Остеофитлар ривожланиши билан умуртқалараро дискнинг ўсиб борувчи сиқилиши, базан умуртқалараро чурра ҳосил бўлиши кузатилади. Одатда ўрта ва катта ёшли кишилар касалланади. Бошида оғриқ бўйинда кузатилади, чурранинг шаклланиши ўткир оғриқ билан кузатилади, бошни ҳаракатлантирганда оғриқ кучаяди, елканинг ички юзасига, елка устига ва қўл бармоқларига тарқалади.

Увишиш, санчиқ ҳисси пайдо бўлади, ётганда оғриқ кучаяди. Характерли оғриқлар бўйинни тез, бир неча марта букиб, ёзганда кузатилади (Лермит симптоми).

Титце синдроми – қовурғалар тоғайининг оғриқли қалинлашиши (кўпроқ II ва IV қовурға)- юздаги тарқоқ оғриқ, 40 ёшдан катталарда кардиалгия билан бирга кузатилади. Патогенезида асептик яллиғланиш ётади.

## ДОРИЛИ АНАФИЛАКТИК ШОК

Дори қабул қилгандан сўнг 3-30 мин дан сўнг пайдо бўлади. Клиник белгилари турли хил. Беморлар кўкрак қафасида оғриқ, бош айланиши, ҳаво етишмаслиги, кўриш ўткирлигининг пасайиши, бармоқлар, тил, лаб увишиши, қоринда, белда оғриқдан шикоят қилишди.

Кўкрак қафасидаги оғриқ юрак касалликлари билан боғлиқ бўлмаган (non-cardiac chest pain) асоратланган гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, кардиал оғриқ синдроми билан чуқур қиёсий ташхис ўтказилиб, адекват даво талаб қилади. Рефлюкс-эзофагитда оғриқ горизонтал ҳолатда кузатилади ва антацидлар қабул қилганда йўқолиши билан характерланади.

**Лимфосаркома (ретикулосаркома)** лимфогранулёматоздан клиникаси (умумий ҳолсизлик, кўкракда ёт жисм борлиги, оғриқ ҳисси, компрессион синдром) ва яшинсимон кечиши билан фарқланади. Нозологик ташхисни биопсия тасдиқлайди.

## СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС

Кузги-баҳорги мавсумий кўзиш даврида туберкулёз касаллиги бор беморларда висцерал плевра бутунлиги бузилиб, плевра бўшлиғига эркин ҳаво тўпланиши, яъни спонтан пневмоторакс ривожланган беморлар тез ёрдам машинаси орқали кўп келтирилади. Плевра бўшлиғига ҳаво кўкрак қафаси бутунлиги бузилиши, ўпка зарарланиши, кўкрак қафаси ёки қорин бўшлиғи аъзоларидан (қизилўнғач, ошқозон, ичак) деворининг шикастланишидан кириши мумкин.

Спонтан пневмоторакс-ташқи таъсиротларсиз ўпка тўқимасининг бутунлиги бузулиши сабабли ўпкадаги ҳавонинг плевра бўшлиғига киришидир. «Спонтан пневмоторакс» терминини альтернатив травмадек биринчи марта 1803 йили А.Hard таклиф қилган, характерли симптомларини 1819 йили R.T.H. Laennec тўғри изоҳлаган. Клиник кечиши, диагностика ва даво тамойилларининг ўзига хослигига кўра специфик ва носпецифик

турлари фарқланади. Ўпка туберкулёзида пневмоторакс 15-20% беморларда кузатилади. Торакал хирургик патология билан госпитализация қилинган беморлар орасида носпецифик СП 10-12% ни ташкил этади. НСП билан йиллик касалланиш охириги ўн йиллик орасида 5:100000 ни ташкил этади, эркаклар аёлларга нисбатан 6 марта кўп касалланади. Кўпроқ 20-40 ёшли беморларда аниқланади, аммо ҳаётининг биринчи ойларида, ҳатто ўта кекса ёшда ҳам кузатилиши мумкин.

Ўпка-плеврал ўзгаришларнинг характериға қараб СП бирламчи ва иккиламчи турларға ажратиш қабул қилинган. Иккиламчи (симптоматик) СП ўпка кистаси, бактериал деструктив пульмонит, ўпканинг каверноз туберкулёзи, казеоз пневмония, муковисцидоз, ОИТС билан касалланганларда пневмоцистли пневмония, ўпка раки, эхинококкоз, қизилўнғачнинг спонтан ёрилиш асорати ҳисобланади. Бирламчи (идиопатик) СП анамнезида ҳеч қандай клиникали ўпка-плеврал патологияси бўлмаган беморларда кузатилади. «идиопатик СП» термини объектив қийинчиликлар билан ривожланиш сабаби аниқланиши билан боғлиқ, асосий касалликни аниқлашда одатий диагностик усуллардан фойдаланилади. Тан олиш керакки, СПни бундай фарқлаш шартлидир. СП албатта доим иккиламчи, чунки ўпка ёки плеврадаги патологик жараён асорати ҳисобланади. СП ривожланишининг морфологик субстрати бўлиб ўпканинг буллёз эмфиземаси (ЎБЭ) ҳисобланади. Хавфли омил бўлиб чекиш, ҳавонинг зарарланиши, ўпка инфекцияси, эркак жинс, баландга чиқиш, сувга шўнғиш, генетик омиллар ҳисобланади. Ўнг томонлама СП чап томонламага нисбатан икки марта кўп кузатилади. Қонуниятга кўра икки томонлама пневмоторакс учрайди. Патологик ўзгарган ўпка тўқимасининг ёрилишиға ва ҳавонинг плевра бўшлиғиға киришиға олиб келувчи омил жисмоний зўриқиш, йўтал, сув остиға шўнғиш бўлиб ҳисобланади. Рецидивланувчи бронхоспазм ва бронхообструкция обтурацион ателектаз, пневмофиброз ва компенсатор эмфиземалар билан қўшилиб келади. Буларнинг фонида ўпка паренхимаси кортикал бўлими ва висцерал плеврада ишемиянинг ривожланиши буллёз трансформацияға олиб келади. Нафас олгандаги ҳаво туфайли компенсатор кенгайиб зўриққан альвеолаларда юзаға келади. Шу билан бирға қўшни альвеолалар инфильтрацияланган ёки фиброзланган бўлади. Бу концепция ангиопульмонография ва бронхография маълумотларини тасдиқлайди. СП билан касалланган беморлар бронхларида яққол ривожланган терминал бронхиал ўтказувчанликнинг бузилганлиги, ўпка қон томирларида эса қон оқимининг секинлашганлиги кузатилади. Шу билан бирға ўпка «ёпинчиғи» соҳасида қон томир ва бронхларнинг функционал етишмовчилиги кузатилади. Бронхиал дренаж бузилганда коллатерал нафас механизми ишға тушади. Барча зарарланган бронхоальвеоляр комплексларға кириб бориб, ўз функциясини амалға оширади. Бунда бўлақлар ичидаги газ алмашинувини ўпка бўлимларидаги бронхиолаларнинг спонтан қисқариши таъминлайди. Коллатерал нафаснинг амалға ошишида альвеоляр тўқима аниқ ўпка ацинуслари ва бўлақларға бўлинмаган, ўпканинг чегара сегментлари соҳасида жойлашган «альвеоляр тўқиманинг булутсимон комплекси» катта роль ўйнайди. Шундай соҳаларда альвеоляр оғирлик, букилган узун бўлақлар бир сегментдан иккинчи сегментға ўтади. Альвеоляр шохларнинг сурункали тутилиши, пневмосклероз фонида коллатерал аэрацияси буллёз ривожланишиға олиб келади. Бронх ва бронхоальвеоляр шохда спазм ёки балғам тикилиши натижасида ўткир тутилиш коллатерал аэрациянинг кучайишиға олиб келади. Бунда альвеолаларнинг сезиларли кенгайишиға олиб келувчи циклнинг экспиратор бузилиши кузатилади, альвеолалараро тўсикнинг ва альвеоланинг ёрилиши СП ривожланишиға олиб келади.

Баъзи беморларда СП нинг ривожланиш сабаби зардобда эластаза ингибиторлари концентрациясининг камайиши генетик таъминланганлиги билан боғлиқ. Антитрипсин-1 ўпка каркасининг бузилиши ва альвеоляр йўлларнинг бирдан кенгайишиға олиб келади. Камдан - кам ҳолларда СП нинг ривожланишиға аутосом-доминант берилувчи туғма рецидивланувчи СП сабаб бўлади. Биринчи марта Sharpe I.K. et al (1980) оилавий СП нинг ривожланишини таъминловчи генни топишға ҳаракат қилган. Оилавий СП ривожланишиға алоқадор локуслар олтинчи хромосомада жойлашган. Аниқланишича антитрипсин-1нинг HLA-генотипланиши ва фенотипланиши патологик геннинг аниқ локализациясини аниқлашда муҳим ҳисобланади. Бу оилавий СП га мойил субъектларни аниқлашға, шу оила

вакилларининг оила кўришига амалий маслахатлар беришга ёрдам беради. Тез-тез рецидивланувчи СП катор ирсий ва генетик детерминациялашган бириктирувчи тўқиманинг системали дисплазияларида: антитрипсин-1 нинг туғма етишмовчилиги, Марфан синдроми, прогерия, Элерс-Данло синдроми, гистиоцитоз-Х ва б кузатилади. Буларга ўпканинг бирламчи эмфиземаси характерлидир. СП нинг рецидивланувчи кечишига менархиядан сўнг келиб чикувчи эндометриоз сабаб бўлади агар СП да хомиладорликда кузатилса ўпка лимфангиолейомиоматози ҳар ой такрорланиши мумкин.

СП да кузатиладиган патологик ўзгаришлар клиник манзараси куйидагиларга асосланган: а) плевра бўшлиғидаги ҳаво миқдори ва интраплеврал компрессия даражасига; б) бронхо-плеврал алоқанинг характерига; в) ўпка коллапси даражасига. Пневмоторакс ва ўпканинг зарарланиши нафас ҳажмининг камайишига, резерв ҳаво ва максимал минутлик алмашинувнинг камайишига, ўпкада қон айланишнинг олдин тезлашиб, кейин секинлашувига, қон зарб ҳажмининг камайишига, марказий веноз босим ва кичик қон айланиш доирасида босимнинг ошишига, артериал қон оксигенациясининг пасайишига олиб келади. Бронхоплеврал фистуланинг ўлчами ва ўзига хослигига кўра очик, ёпиқ ва клапанли СП фарқланади. Плевра орасидаги ҳаво плеврани таъсирлантиришидан кучли оғриқ кузатилади, плевродез ўпканинг чўкишига олиб келади. Ўпка коллапси даражасига қараб кичик, ўрта, катта СП фарқланади. Кичик СП бу ўпканинг бирламчи ҳажми 1/3 қисмининг чўкиши, ўрта 1/2, катта 1/2 дан кўп ҳисобланади. Кўп функция бажарадиган ўпка тўқимасида коллапс альвеоляр гиповентиляция, артериал қонда кислород парциал босимининг камайиши, нафас қисиши ва респиратор ацидозга олиб келади. Ўпканинг катта коллапсида кўкс оралиғи аъзоларининг зарарланган томонга силжиши кузатилади, соғлом ўпканинг кенгайиши эса уни янада кучайтиради. Бу эса йирик қон томирлар ва юрак фаолиятига ёмон таъсир қилади. Зўриқишдаги СП да плевра ичи компрессиясининг ошиб бориши натижасида кўкс оралиғи аъзоларининг соғ томонга силжиши кузатилади. Шунда нафас ҳажми ва газ алмашинувида қарама-қарши томонда жойлашган ўпканинг иштироки камаяди. Кўп ҳолларда кўкс оралиғи ва кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарининг эмфиземаси ривожланади. СП да плевра бўшлиғидаги босим градиенти кўкс оралиғининг флотацияси билан веноз қоннинг қайтиши бузилади, юракнинг зарб ҳажми камаяди, марказий веноз босим ошади, артериал қоннинг оксигенацияси пасайиши билан ўпка гипертензияси кузатилади. Шундан келиб чиққан ҳолда оптимал даво тактикаси қўлланилади, бошланғич даври ўпка-юрак бузилишлари, оғриқ, ўпка коллапси ва кўкс оралиғи аъзоларининг силжиши, ўпка плеврал асоратлари даврида экссудатив плеврит, плевра эмпиемаси, бронхоплеврал ёки бронхоплеврал-тери оқмаси кузатилади. Ўпка-юрак бузилишларининг оғирлик даражаси бемор аҳволига мос келиши пневмоторакс ҳажми, плевра бўшлиғига ҳаво кириш тезлиги, клапанли механизм, кўкс оралиғининг дислокация даражаси, беморнинг ёши, ёндош касалликлари ва тиббий хизматнинг ўз вақтида кўрсатилганлиги билан аниқланади.

СП нинг ташхиси сўраб-суриштириш билан бошланади. Характерлиси шундаки, рецидивланувчи СП да кўпинча беморлар ўзига тўғри диагноз қўя олади. Кўкрак қафасининг зарарланган томонида бирдан пайдо бўлувчи оғриқ (75-80%) касалликнинг эрта белгиси ҳисобланади. Оғриқ интенсивлиги плевра бўшлиғига ҳавонинг кириш тезлиги ва ҳажмига, ундаги чандиқ жараёнининг ривожланганлигига боғлиқ. 3/4 қисм беморлар ривожланиш даражаси ўпка тўқимасининг чўкиш тезлиги билан боғлиқ бўлган ҳансирашга шикоят қилади. Ўпка ва юрак қон томир системасининг компенсатор ҳолати ўзгармаган бўлади. Фақат 20% беморларда плевра интерорецепторларининг таъсирланишидан юзага келадиган йўтал кузатилади. 2/3 ҳолларда йўтал қуруқ, 1/3 ҳолатларда балғамли бўлади. Бошқа шикоятлардан ҳолсизлик, бош оғриғи, юрак ўйнаши, қон туфлаш, эпигастрал соҳада оғриқ кузатилади, лекин улар доимий бўлмайди, шунинг учун патогномоник ҳисобланмайди. Физикал текширганда овоз дириллашининг сусайганлиги ёки йўқолганлиги, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда нафас шовқинларининг сусайганлиги ёки йўқлиги кузатилади.

СП ни ташхислашда олдинги ўринни энг яхши усуллар (рентгенография, рентгеноскопия, чизикли томография, компьютер томография) эгаллайдики, улар ёрдамида куйидагиларни аниқлаш мумкин: 1) пневмоторакс мавжудлигини аниқлаш, 2)

ривожланишининг патофизиологик механизмини аниқлаш, 3) келиб чиқиш сабабини аниқлаш. Рутинли рентгенография ва кўп ҳолатли рентгеноскопия қуйидаги икки масалани ечишга ёрдам беради: коллапс даражасини ва мавжуд бўлган плеврал кенгайиш, кўкс оралиғи аъзоларининг силжиши, плеврал бўшлиқда суюқликнинг мавжудлигини аниқлаш. Ҳозирги вақтда учинчи масалани ечишда кўп маълумот олиш мумкин бўлган, 95% ҳолларда ЎБЭ ни аниқлашда спецификлиги тўғри бўлган ноинвазив усул - компьютер томографияси (КТ) ҳисобланади. У ўпкада кистозли, буллёз, ўсмасимон ва метатуберкулёз ўзгаришларни қиёслашга ёрдам беради. Бундан ташқари КТ пневмоторакс томонидаги каби коллатерал ўпкада ҳам патологик субстратларни топишга ёрдам беради. Бу кўпроқ СП ни профилактикаси мақсадида ЎБЭ ни оператив даволашда кўрсатмани аниқлашда ёки иккала плеврал бўшлиққа бир вақтнинг ўзида аралашувлар бажаришга муҳим ҳисобланади. СП да бронхоплеврал оқмаларни аниқлашда 60-75% контрастли плеврография ўтказилади, соғлом ўпка тўқимаси ва буллёзни қиёслаш учун ангиопульмонография ўтказилади. Охириги вақтда СПни аниқлашда бемор учун хавфсиз бўлган, кўкрак қафаси, плеврани зарарланиш характерини аниқлашга имкон берадиган, гидропневмотораксни эрта ташхислашда, плеврал пункция жойини оптимал танлашда, касаллик кечишини динамикада кузатишда ультрасонографиядан фойдаланилмоқда. СПда туберкулёз ёки ўпканинг хавфли ўсмасига шубҳа бўлса фибробронхоскопия ўтказилади. У бронхообструкцияни профилактикаси ва давосида, балғамнинг реологик таркибини яхшилашда, адекват бронхиал дренажни тиклашда алмаштириб бўлмайдиган усулдир. Бундан ташқари, брохоальвеоляр лаважда бактериологик ва иммунологик текшириш учун материал йиғишда ишлатилади. СП га олиб келувчи патологик ўпка-плеврал алоқаларини механизмини аниқлаш мумкин бўлган, манометр билан плеврал бўшлиқни пункция қилиш ҳозиргача ўз қийматини йўқотмаган.

СП ни замонавий ва кўп маълумотни диагностик усули видеоторакоскопия (ВТС) ҳисобланади. Бу орқали СП нинг ривожланиш сабабини ўпканинг буллёз зарарланган қисмининг ҳажмини плевралараро чандиқ жараёнининг ривожланганлигини 91,5-95% беморларда ўпка коллапсини аниқлаш мумкин. ВТСда буллёз ва швартларнинг йиртилиш локализациясини доим ҳам аниқлаб бўлмайди. Бу уларнинг ҳажмини кичиклиги ёки ўз-ўзини герметизациялаши билан боғлиқ. Операция вақтида олиб ташланган булла гистологик текширилганда уларда микропорали деворларининг борлиги аниқланган, бу эса СП ривожланишини тушунтиради. Висцерал плеврага маҳаллий фибриннинг бўлиши ва плеврал бўшлиққа чўкиши булла перфорациясининг билвосита бегиси ҳисобланади. Даво тактикасини танлаш учун ВТСдаги визуал белгилар 4 типга ажратилади: I тип - визуал патологиянинг йўқлиги; II тип – ўпкада ўзгаришларсиз плевранинг қўшилиб ўсиши; III тип – 2 см гача бўлган субплеврал булла; IV тип – диаметри 2смгача бўлган субплеврал буллалар.

Этиологияси ва патогенези. Травматик, операцион, спонтан, сунъий пневмоторакс ажратилади. Спонтан пневмоторакс буллёз эмфизема ўчоқларининг ёрилиши, киста, пневмосклерозидан келиб чиқади. Ўпка туберкулёзи ўтган юз йилликда пневмоторакснинг асосий сабаби деб ҳисобланган бўлса ҳам фақат 10% ҳолатларда учрайди. Ўпка туберкулёзида СП туберкулёз жараёнининг прогрессияланганда, чегараланган специфик ўзгаришларда, казеоз пневмонияда, фиброз-каверноз жараёнида юзага келиши мумкин. Плеврадаги деструктив ўзгаришлар натижасида субплеврал жойлашган туберкулёз ўчоғи ёки кавернасини перфорацияси кузатилади.

Патогенезига боғлиқ ҳолда СП нинг учта клинико-рентгенологик варианты – очик, ёпиқ, клапанли ажратилади.

1. Очик пневмоторакс. Агар плеврал бўшлиқ ва альвеоляр бўшлиқ орасидаги висцерал плевра дефекти нафас кириб, чиқиши сақланган бўлса, бу очик пневмоторакс ривожланишига олиб келади, ўпка ўзининг эластиклигидан ҳаракатда чўқади, кўкс оралиғи аъзолари силжимамайди.
2. Ёпиқ пневмоторакс. Плевра бўшлиғи ва альвеоляр бўшлиқ орасидаги алоқа вақтинчалик мавжуд бўлиб, кейин тўхтайдди. Бу пневмоторакс ўзи тузалиши мумкин.
3. Агар висцерал плевра дефекти нафас олганда очилиб, нафас чиқарганда ёпилса клапанли пневмоторакс ривожланади. Бунда ҳар бир нафас олганда плевра

бўшлиғидаги ҳаво миқдори ортади. Плевра бўшлиғидаги босим ошади ва атмосфера босимига тенг бўлади ва мусбат бўлади. Босимнинг ошганлиги кўкс оралиғи аъзоларини соғ томонга силжитади. Клапанли ПТ СПнинг бошқа турлари сингари беморнинг қоникарли ҳолатида кузатилади.

Симптомлари: СП клиникаси тўсатдан ён томонда оғриқнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Оғриқ нафас олганда, гапирганда, жисмоний ҳаракатда кучаяди. Оғриқ интенсив, давомли ва кўп ҳолларда шок ривожланиши билан бирга келади (бирдан оқариш, ҳолсизлик, совуқ тер, пульснинг секинлашиши, артериал босимнинг тушиши содир бўлади). Беморни ҳансираш ва куруқ йўтал безовта қилади.

Тахикардия, цианоз, субфебриль ҳарорат пайдо бўлади. Беморлар ўтирган ҳолатни афзал кўради. Кўкрак қафасининг экскурсияси юзаки, шикастланган томон нафас актида орқада қолади ва кўпинча кенгайган бўлади. Овоз дириллаши йўқолади. Перкуссияда ривожланган тимпаник товуш, пневмоплеврит ривожланиши билан кўкрак қафасининг пастки қисмида зарарланган томонда тўмтоқ товуш эшитилади. Нафас бирдан секинлашади ёки йўқолади.

*Карпиловский* симптоми – юракнинг перкутор чегарасининг соғ томонга силжиши кузатилади. Пульс секинлашган, АД пасайган. Бу симптомларнинг кучайиши клапанли СП ни қўллайди. Ташхисни рентген текшируви тасдиқлайди, динамик текширганда аниқроқ бўлади. Кўкрак қафасининг олдинги обзор рентгенограммасида одатда қисилган ўпканинг ташқи чети аниқ кўринади, атрофи ва кўкрак қафаси орасида ўпка сурати йўқолган. Агар кўкрак қафасидаги босим ошса, кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга силжиши кузатилади.

Даволаш.

Госпитализациягача бўлган босқич. Беморга биринчи ёрдам кўрсатишда дастлаб орқани кўтариб турадиган ҳолда ўтқизиш керак, беморнинг бошини кўтариш, ойнани очиш, кийимларини ва белбоғини ечиш керак. Клапанли СП да плевра ичидаги босимни пасайтириш керак. Бунинг учун плеврал бўшлиқ пункция қилинади ва 500-600 мл дан кам бўлмаган ҳаво олинади. Аспирацион игна одатда ўрта ўмров чизигидан иккинчи қовурға оралиғидан киритилади. Баъзан пункциядан сўнг *Сельденгер* (ўмров *ости венаси учун катетр*) плеврал микродренаж киритилади. Унга вена ичи инфузияси учун система уланади ва трубка суюқлик орқали ўтадиган шарикли флаконга туширилади. Транспортировка вақтида флакон беморнинг белидан пастга ушланади.

Стационар шароитида аналгетиклар қилиниб, йўталга қарши препаратлар буюрилади. Плевра бўшлиғини эффектив дренажлашда сув тикинли клапан *Бюлауни* қўллаб султ тўғрилаш ўтказилади, асосан ҳаво кўп миқдорда бўлганда (кўкрак қафасини троакар билан тешиб, трубкали дренаж ёрдамида плевра бўшлиғидан суюқлик ва ҳаво олинади). Плевра бўшлиғидаги ҳавони доимий ёки баъзан олишга қаратилган фаол усуллар сирасига *Гончарова ёки Лавринович-Каншино* асбоблари билан олиш киради. СП беморларга фаол дренажлашнинг оптимал жойи I. axillaris media дан IV-V қовурға оралиғида жойлашади. Ўпкани тўғрилагандан сўнг дефектни бекилиши ва плевра варақларини битмаслиги учун беморни камида 2-3 кун давомида фаол дренажлаш керак. Пневмоторакс сақланганда 5 суткадан кейин аспирацияни давом эттириш мақсадга мувофиқ эмас, чунки плевра бўшлиғининг инфицирланиш эҳтимоли ортади. Бундай ҳолатда висцерал плевра дефектини очик торакотомия ўтказиб тикиш керак. Хирургик усулга (5-15%) ўпка тўқимаси дефектини тикиш, кенгайган ва ҳаво билан тўлган пуфакларни кесиш, ўпка декортикацияси ёки париетал плеврэктомия, ўпканинг зарарланган қисми резекцияси киради.

### ЎПКАДАН ҚОН КЕТИШИДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ

Ҳозирги кунда бутун дунёда туберкулёз билан касалланиш ошди. Туберкулёзни даволашда сезиларли самарага эришилган бўлсада, деструктив ва ўткир кечувчи турларида қон туфлаш ва қон кетиш билан асоратланиш тез-тез кузатилмоқда. Бу эса касалликнинг ўсишига, бемор психикасига таъсир кўрсатади, баъзан эса ўлим билан тугайди.

Ўпка касалликлари орасида ўпка туберкулёзи – геморрагик асоратларнинг энг кўп сабаби ҳисобланади (32-66,3%). Туберкулёз билан оғриган беморларнинг шифокорга мурожаат қилишининг ягона симптоми қон туфлаш ҳисобланади. Туберкулёз этиологияли

қон кетишининг кўплиги, қуйидаги сабаблар билан тушунтирилади: туберкулёз жараёнининг ўпкада тарқалганлиги, унинг сурункали кечиши, мавсумий кўзиши, ўпка деструкцияси ва унинг деворида грануляцион тўқиманинг ўсиши, перифокал яллиғланиш ва қон томирларнинг туберкулёз билан зарарланиши, химиотерапия характери.

Туберкулёз билан касалланган беморларда ўпкадан қон кетишни ўз вақтида ва тўғри даволаш учун бу асорат асосида қандай патогенетик ва функционал ўзгариш ётишини аниқлаш керак.

Қон кетиш, шу жумладан ўпкадан қон кетиш ҳам қон томирлар аррозияси ёки диапедезга боғлиқ.

Туберкулёзда ўпкадан қон кетиш классификацияси анатомик асосига кўра ажратилган, бу шартлидир. Клиник амалиётда кўпинча ўпкадан қон кетишининг кетган қон миқдорига асосланган характеристикаси ишлатилади. Асосан қон кетиш бўлинад: кам - 100 мл, ўртача – 500 мл гача, кўп (профуз – 500 мл дан кўп.

Қон кетиш ва қон туфлаш бир марта ёки такрорий бўлиши мумкин. Шу сабабли рецидивланувчи қон кетиш ва қон туфлаш клиник жиҳатдан тасдиқланган.

Ўпкадан қон кетиш қон туфлаш ва қон кетишга бўлинад. Қон туфлаш асосида балғамда қоннинг кўп ёки камлигига айтилади. Шиллиқ балғам борлиги, қон билан аралашган ҳолда шуни такидлайдики, қон асосий ўпкадан ажралаётган субстрат эмаслигини, бу қоннинг шаклли элементларининг диапедези натижасидир-яллиғланиш жараёни ёки маҳаллий қон айланиши бузилиши натижасида капилляр деворларининг ўтказувчанлигини ошиб кетиши билан боғлиқ. Қон кетишини диапедез йўли қон ва капилляр деворини функционал ва хужайра-коллоид структурасининг шикастланиши билан тушунтирилади. Шундай қилиб қон кетиш томирнинг интакт девори орқалидир, бунда тробогеморрогик синдром ёки ДВС синдром киради.

Томир жароҳатсиз қон туфлаш сабаби ўпка туберкулёзида геморрагик диатезларнинг интоксикация натижасида пайдо бўлишидир. Бу аллергик-яллиғланиш ёки эрта қон кетишлар улар сабаби туберкулёз натижасидаги яллиғланишдир. Бу қон туфлашни ўпкадан қон кетиш билан фарқлаш керак, чунки улар томир аррозияси билан боғлиқ.

Эрта қон туфлаш янги ўчоқли туберкулёз шаклида 15%, инфильтративда 29% учрайди. Улар жараён фаоллигидан далолат беради, камдан- кам ҳолларда аспирация ва ателектаз билан асоратланади ва хирургик даво учун кўрсатма бўла олмайди. Бундай қон туфлаш шаклида этиотроп ва патогенетик даво чораларини кўриш, аллергик-яллиғланиш жараёнларини камайтирувчи, шу қаторда томир девор ўтказувчанлигини ва кўзғатувчини ҳаёт фаолиятига тўскинлик килувчи чораларни кўришни талаб қилади.

Айрим ҳолларда қон кетишни сабаби туберкулёз бўлган беморларда бир вақтнинг ўзида кичик томирларнинг деструкцияси билан, асосан веналарда перифокал яллиғланиш гепергик типда жараён кечишига боғлиқ. Бу қўшма жароҳатланишдан далолат беради: битта зонада қон кетишни рег гехп ва рег diapadesin бўлишидир.

Қон кетиш рег гехп қон томир деворини тўғридан - тўғри жароҳатланиши натижаси, анатомик тўлиқлигининг бузилиши натижаси, казеоз ёки йирингли бўлганда томир жароҳатланиши, аневризма ёки варикоз тугун узилишида кузатилади. Улар кўпинча (50-72% ҳолларда) каверноз, фиброз-каверноз ва цирротик туберкулёз шаклида бўлади. Клиник формалар ичида биринчи ўринда фиброз-каверноз туберкулёз туради.

Даврий қон туфлаш бронхлар жароҳатланганда, кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзида мумкин. Қон туфлаш сабаби бу ҳолларда аррозия, шиллиқ қават кичик яралари ва бронх девори перфорацияси бўлади. Казеоз лимфа тугуни бронхга ва трахеяга ёрилиши ва бир вақтнинг ўзида томир аррозияси билан летал қон йўқотишга олиб келиши мумкин. Охириги йилларда туберкулёз билан касал беморлар ҳаётининг узайиши натижасида ўпкада оператив манипуляциялари, узоқ химиотерапия ишлатилиши летал қон йўқотиш ҳолатларига олиб келади. Бу шуни кўрсатадики, қалтис беморлар гуруҳи ёки қон кетиш асорати бўлиши мумкин, беморларга фиброз – каверноз ва цирротик туберкулёз шакллари дидир.

Катастрофик ўпкадан қон йўқотиш рецидивланувчи геморрагик синдром билан бирга  $\frac{3}{4}$  беморларда пайдо бўлади. Туберкулёз билан касалланган беморларга ўз вақтида ва эффе́ктив ёрдам



геморрагик кўриниш билан кечувчи, фтизиатриянинг олдида кўйилган мақсадлардан бўлиб ўзига эътиборни тортади.

Охириги йилларда геморрагик асоратлар сонининг туберкулёз беморларида гемокоагуляция жараёнларининг бузилиши билан боғлайди Гемостаз ҳолати туберкулёзда ҳозирги пайтда яхши ўрганилган. Қондаги фибриноген миқдори туберкулёзда ошади, ошиш сабаби жараённи сурункали кечиши билан боғлиқ. Янги деструктив локал шаклларда фибриноген миқдори қонда нисбатан кўпайган. Бу организмни химоя реакцияси ҳисобланади, яллиғланган ўчоқни ўпкани соғ тўқимасидан чегаралашга қаратилган жараёндир.

Қон лахтасининг шаклланиш жараёни бузилмаган, 1 ва 2 ивиш фазаларида ўзгаришлар кузатилмайди, лекин туберкулёзда қон лахтаси сифати ўзгаради. Нормада фибрин лахтаси қаттиқ бўлади, эластик, мочевинода эрмайдиган хусусиятга эга. Фибринни бу хусусиятлари ФСФ (Фибринстабилловчи омил) ҳисобига бўлади. ФСФ молекулалараро боғни кучайтиради, фибрин молекуларида, молекулалараро гуруҳлашишни бажариб, шунинг натижасида фибрин лахтаси тўлиқ шаклланади. Туберкулёзда эса ФСФ фаоллиги пасаяди, асосан тарқалган, ўтказиб юборилган, деструктив туберкулёзли беморларда учрайди. Шундай қилиб туберкулёзда қон лахталари тез ҳосил бўлади, лекин турғун эмас, сийрак ва тез лизисга учрайди, у ўз навбатида қон кетишга хавф туғдиради ҳамда рецидивга олиб келади.

ФСФ фаоллиги пасайишидан ташқари, туберкулёзда гепарин алмашинувида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Туберкулёз бўлган беморларда қонни гепарин фаоллиги, гепарин миқдори (2-4 ЕД/мл нормада эса 7-9 ЕД/мл) ҳамда антитромбин 3 пасаяди.

Кўзга кўринадиган ўзгаришлар туберкулёзда фибринолиз системасида ҳам кузатилади. Беморларда умумий ва локал фибринолиз ошган: қоннинг фибринолитик фаоллиги ошган 200-400мм гача, нормада 75-80мм, балғам фибринолизи эса 1000-1200мм гача нормада 0.

Туберкулёз бўлган беморлар қонида плазминоген ва фаол плазмин миқдори ошган бўлади, шу вақт ичида уларнинг антагонистлари-антиплазмин камайган бўлади. Бундан ташқари фибриноген – гепарин комплекси фаол фибринолитик таъсирга эга. Шундай қилиб 2 хил фибринолиз мавжуд: ферментатив ва ноферментатив.

Бундан ташқари туберкулёзда ўпка тўқимасида **оқсил** парчаланиши кузатилади ва хужайра структураларини ҳалок бўлиши натижасида литик ферментлар фаоллиги ошади. Улар ўз хусусиятини системали циркуляцияда ёки локал намоён этиши мумкин. Бунга далолат бўлиб жароҳат ўчоғида ўпка тўқима фибринолизини ва балғам фибринолитик хусусиятининг фаоллигидир, асосан перикавитар зонада кўпроқ кузатилади. Туберкулёз бактериялари ҳаёти давомийлигида фибринни лизисга учратиш хусусиятига эга, таъсири бўйича профаолатор ва фаолатор плазминогенга ўхшаш модда ажратади. Микобактерияларни бу хусусияти яхши ўрганилган. Бу хусусиятларни намоён бўлиши асосан туберкулёзнинг ўткир тарқалган формаларда ва хрониклашган деструктив формада фаол фазада кузатилади. Кўрсаткичларнинг тез ўзгариши беморларда қон кетишидан олдин кузатилади. Қон туфлаш ва қон кетишни прогностлаш ва давомийлигини айтиб бўлмайди. Шунинг учун қон туфлаш аломатлари пайдо бўлса беморни стационарга госпитализация қилинади.

Стационарда беморда диагностик текширув ўпкadan қон кетишининг сабабини аниқлашга қаратилади. Клиник текширувлар шуни кўрсатадики, қон туфлаш сабаби кўпинча милклар, бурун қисми, халқум, қизилўнгач, ошқозон ҳисобланади, булардан кейин қон халқумнинг бурун қисмидан чиқади, тез ивийди, йўтал билан боғлиқ эмас ва қусиш пайтида чиқади.

Ўпкadan қон кетганда эса томоқ қичиши, бўғилиш ҳисси, кўкрак қафасида оғриқ, нафас сиқиши, йўтал, оғиздан кўпиксимон ва қон ажралиши билан кечади. Ўпкadan профуз қон кетишлар бош айланиши, оқариш, тахикардия, АД тушиши билан кечади, агар беморга ёрдам кўрсатилмаса ҳалок бўлади. Бемор асфиксиядан ҳалок бўлиши мумкин, чунки нафас йўллари қон билан тўлади. Бемор кўрилганда ўпканинг пастки қисмида қон кетган томонда майда пуфакчали хириллашлар эшитилади, рентгенда эса ателектаз ёки аспирацион пневмония кўрилади.

Ўпкadan қон кетишини ва қон туфлашни чақирувчи омилларга физик ҳолатлар ва психик ҳолат киради, у ўз навбатида кичик қон айланиш доирасида гипертензияга олиб келиши натижасида ўпкани жароҳатлайди, жароҳатланган қон томир деворининг бутунлиги бузилади. Туберкулёз бўлган беморларда ўпкadan қон кетиши ва қон туфлашда қон лахтасини ҳосил бўлиш механизмини билган

холда, уларни тўхтатиш учун фақат коагулянтларгина эмас, балки фибринолиз ингибиторларини бериш керак.

Қон ивиш физиологик жараёнини ҳисобга олмасдан коагулянтларни гемостатик сифатида буюриш, ўпка туберкулёзини геморрагик патогенезини ва коагулянтлар фармакологиясини тўлиқ ўрганмасдан буюриш мумкин эмас. Қон ивиш физиологиясидан маълумки гемокоагуляцияга жавобан ивишга қарши звено фаоллашади. Кенг тарқалган қон тухтатувчи препаратлар қоннинг прокоагулянт фаоллигига таъсир этади. Лекин кальций хлор кўплиги ивишни секинлаштиради. Викасол вена ичига юборилганда 5-6 соат таъсир қилади, мушак ичига 18 соат, перорал эса 24-36 соат кейин беморга тез ёрдам кўрсатилмайди.

Агар туберкулёз бўлган беморда қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш бошланса қуйидаги чоралар кўрилади. 1-чи суткада қон йўқотиш 500-1000 мл, шу пайтда беморда плазма фибринолизи ошган бўлади, ётоқ режими буюрилади. Қўл ва оёқ проксимал қисмига 30-40 мин жгут кўйилади. Вена ичига 5% аминокпропн кислотаси (АКК) юборилади.

Трасилол тавсия этилади, уни тез юбориш мумкин, ўпкадан профуз қон кетишда ёрдамни тезлаштиради. Бундан ташқари трасилол ферментатив, ноферментатив фибринолизни сусайтиради. Фибринолиз ингибиторларини вена ичига юборилгандан кейин 1-2 соат ўтгач АКК ни перорал 5 г дан суткага 4-6 марта буюрилади. 1 – суткада умумий 20-30 г АКК буюрилади.

Кичик қон айланиш доираси томирларида босимни камайтириш учун ганглиоблокатор препаратларини буюриш керак: 1,5% ганглерон 1-2 мл тери остига, 5% пентамин 1-2 мл тери остига, бензогексоний 0,1 г перорал 3-6 марта кунига 2-3 кун. Бу дори воситаларини кам дозадан бемор горизонтал ётоқ режимида юборилади, инекциядан 2 соат кейин АД назорат остида бўлади.

Капиллярлар деворининг ўтказувчанлигини камайтириш мақсадида ва десенсибилловчи эффект олиш учун вена ичига 10 мл 10% калций хлор, пиполфен ёки димедрол тери остига ёки перорал ва 3-5 мл 5% аскарбин кислота мушак ичига ёки 0,1г перорал 3-5 марта суткасига киритилади. Қўшимча 0,025% адроксон 1 мл мушак ичига ёки 1-4 маҳал кунига тери остига юборилади.

Юқоридаги муолажалар самара бермаганида пневмоперитонеум ёки сунъий пневмоторакс кўйиш, хирургик аралашув эҳтимоллиги бўлганда беморни хирургик бўлимга ўтказилади.

Беморга кодеин ва наркотик препаратлар буюриш мумкин эмас: чунки улар йўтал рефлексини сусайтиради ва нафас марказига тасир этади, у ўз навбатида қон лахталарини ва балғамни туриб қолишига ва аспирацион пневмонияга олиб келади.

2 - чи суткада қон кетиш бошланганидан қўшимча вена ичига томчилаб фибринолиз ингибиторларини юбориш ва АКК дозасини ушлаб туриш керак бўлади.

Агар беморда бир вақтда қайта 500 мл қон кетса натив, қуруқ ва янги музлатилган плазма, криопреципитат қуйишга кўрсатма бўлади. Плазма таркибида антитромбин III бор, у тромбогеморрагик синдром олдини олади. Қон ҳажмини тўлдириш учун юқори коллоид - осмотик фаоллигига эга эритма қуйиш керак( полиглюкин, реополиглюкин, желатинол, полифер ва альбумин).

Гематологик кўрсаткични текшириш: гемоглобин кўрсаткичи, эритроцитлар сони кам бўлса эритроцитар масса юборишлозим. Ганглиоблокаторларни, десенсибилловчи препаратларни, аскорбин кислотасини, сульфаниламид, нитрофуран препаратларини давом эттириш тавсия этилади.

3 суткада қон кетиш бошланишидан гемостатик терапия давом эттирилади. Беморда 3-5 суткада даврий қон туфлаш бўлади. Гипостатик пневмониянинг олдини олиш учун ярим ётоқ режими буюрилади. АКК дозаси 15 гр суткага камайтирилади. Шу вақтда десенсибилловчи, витамин ва яллиғланишга қарши терапия ўтказилади, ганглиоблокаторлар тўхтатилади.

Кейинчалик 5-7 суткада қон кетиш бошланганидан АКК 15 гр суткасига давом эттирилади. Вақт ўтгандан кейин ўпкада носпецифик яллиғланиш реакциясида яллиғланишга қарши терапия тўхтатилади ва специфик антибактериал терапия давом эттирилади.

Завмонавий гемостатик терапия жуда эффектив ва қон туфлаш ёки ўпқадан қон кетганда 95-99% беморларда тўхтатишга ёрдам беради. Мусбат кўрсаткичлар йўқлигида пневмоторакс ёки пневмоперитонеум ишлатилиши тўғрисида савол қўйилади. Шунинг учун ўпқадан қон кетганда ва қон туфлаганда тўхтамаса ўпка резекциясига кўрсатма ҳисобланади. Агар муолажа совуқ даврда ўтказилса, вақтинча қон тўхтаган пайтда кўрсаткич яхши бўлади.

Шундай қилиб, геморрагик асорат ривожланишига олиб келувчи омиллар кўп.

Туберкулёз бўлган беморларда қон кетганда бошқа муолажалар билан бирга фибринолиз ингибиторларини буюрилиши катта аҳамиятга эга, патогенетик чора сифатида қўлланилади.

Туберкулёзнинг деструктив формаларида қон кетиш профилактикасини беморларда контрикал ингаляциялари 2500-5000 ЕД дозаси билан ўтказилади ҳамда иммуномодуляторлар буюрилади, чунки гемостаз системаси хужайравий ва гуморал иммунитет билан тўғридан - тўғри боғлиқ. Курс 5-10 ингаляцияни ташкил этади. Бу ўз навбатида беморларни госпитализациясини икки марта камайтиради (17,1% дан 2,5% га қон кетишдан ҳалок бўлиш сони камаяди).

**Ушбу машғулотда қўлланиладиган янги технологик усуллар: “Уч босқичли интервью”, “Ургимчак тури” усуллари.**

### **“Уч босқичли интервью” усул**

#### **Босқичлар:**

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Хар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - ҳам “врач” ҳаракатларини, ҳам “бемор” ҳаракатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси ҳаракат тўғри бажарилган;
- қайси ҳаракат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхиллаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг ҳаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни аҳамияти ва узоқ муддат даволаниши ҳақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

**Бемор 25 ёшда. 6 ой аввал фарзандли бўлган. Шикоятлари: тана ҳароратининг 39<sup>0</sup>С га ошиши, холсизлик, тинч холдаги хансираш, балғамли йутал, қон туфлаш, кечкурунлари терлашга. Анамнездан: ёшлигида туберкулёз билан зарарланган, диспансер кўригидан олинган.**

**Объектив: рангпар, тери қопламаси нам, орик. НОС 28-30та бир дақиқада. Кўкрак қафаси ўнг томони нафас актида орқада қолмоқда. Перкуссияда ўнг**

ўпканинг кураклар соҳасида, олдидан 3-қовурғача ўпка товушининг тўмтоқлашиши, аускультацияда шу соҳаларда ҳар хил калибрдаги нам хириллашлар. Тахиардия, пульс 110 та бир дақиқада.

Рентгенограммада: ўпка илдизида петрификатлар, ўнг ўпканинг юкори 1/3 қисмида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, пастки чегараси аниқ, 3см гача ёруғланиш соҳалари бўлган сояланиш аниқланмода, пастрокда илдиз олди соҳасида оз мидорда чегаралари ноаниқ интенсив ўчоқли соялар аниқланмоқда.

Умумий қон таҳлилида: Нв-74 г/л, Лейк.-11500, ЭЧТ-44 мм/с. Балғам таҳлилида БК(+).

2ТБ даги Манту синамаси папула 24мм.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Асос: Ўнг ўпканинг юкори бўлагининг яллиғланган сили (лобит типиди) парчаланиш ва тарқалиш даврида. БК(+) Асорати: Ўпкадан қон кетиш	30	20-30	5-19	0-4
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон ва сийдик таҳлили. Динамикада Манту синамаси 2 ТБ билан. Динамикада рентгентомографик текширув.	30	20-30	5-19	0-4
3	Носпецифик пневмония Ўпканинг парчаланувчи ўсмаси Замбуруғ этиологияли пневмония Абсцесланувчи пневмония	20	10-20	5-9	0-4
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан ( кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0-4

## «Ўргимчак тўри» усули

Ўргимчак тўри усули талабалар дарснинг теоритик қисмини муҳокама қилиб бўлганларидан сўнг, ип ўрамини бир\*бирларига узатган холда (натижада ўргимчак тўри хосил бўлади) ўзлари мустақил тайёрлаган саволларга ўзлари жавоб беришга асосланган. Берилган савол ва жавобларнинг тўғрилигини ўқитувчи томонидан назорат қилинади.

### Қадамлар:

11. **Ўтилган** мавзу бўйича талабалар саволлар тайёрлашига вақт берилади.
12. **Қатнашувчилар** айлана бўлиб ўтирадилар.
13. **Қатнашувчилардан** бирига ип ўрами берилади ва у ўзи тайёрлаган саволини беради (берилган саволнинг тўлиқ жавобини ўзи билиши керак), ипнинг бир учини ушлаган холда ип ўрамини хоҳлаган қатнашчига узатади.
14. **Ўрамни** олган талаба берилган саволга жавоб беради (бунда савол берган қатнашувчи жавобни шархлаб боради) ва у ҳам савол беради ҳамда эстафетани бошқа қатнашувчи давом эттиради. Барча қатнашувчилар ўргимчак тўрига тушмагунча савол жавоб давом эттирилади.
15. **Талабалар** савол бериб бўлгандан сўнг, ўрам ушлаб турган талаба, охирги савол берган қатнашувчига ўрамни қайтариб беради ва савол беради, бу жараён то ўрамни тўлиқ ўраб олгунча давом эттирилади.

**Амалий машғулот №16:**

**Мавзу номи: БССТ кўрсатмасига асосан туберкулёз касаллигини аниқлашнинг ташкиллаштириш. ДОТС стратегиясига асосан туберкулёз таснифи ва даволаш. ДОТС стратегиясига асосан даво натижаси мониторинги ва баҳолаш. Силга қарши курашишда УДМнинг ўрни.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари.
	3. ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари.
	4.Силга қарши курашишда УДМ ўрни. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотни мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари, силга қарши курашишда УДМ ўрни тўғрисида маълумот бериш. Даволаш ва тек шириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари, силга қарши курашишда УДМ ўрни тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари, силга қарши курашишда УДМ ўрни тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид дори препаратлар..
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозаллигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш

	тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	
Ўқув машғулотига кириш 40 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 50дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 35 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 35 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 30дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 30дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

### ***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

#### ***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчок даражасини.

#### ***Талаба бажара олиши керак:***

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни кўйишни.
- Туберкулезга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулез ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар**

1. ДOTS стратегияси бўйича туберкулезни аниқлаш ташқилоти ҳақида тушунча беринг?
2. ДOTS стратегияси бўйича беморларнинг категорияси ва типларининг таснифини айтинг?
3. ДOTS стратегияси бўйича туберкулез билан касалланганларни даволаш босқичларини айтинг?
4. ДOTS стратегияси бўйича препаратларни комбинация ҳолида қўллаш усулларини айтинг?
5. Беморларни консультация қилиш хусусиятларини айтинг?
6. ДOTS стратегияси бўйича даволаш фонида юзага келувчи асоратларни айтинг?
7. ДOTS стратегияси бўйича беморлар терапевтик категорияларини курсатинг.
8. ДOTS стратегияси бўйича беморларни даволаш қандай босқичларда олиб борилади?
9. Кувватловчи фазада препаратлар қандай қабул қилинади?
10. Туберкулезга қарши препаратларни кўтара олмаганда қандай белгиланади?
11. Амбулатор даволанишни ўтказишга ким маъсул ҳисобланади?
12. Интенсив ва кувватловчи даволаш фазаларида қандай препаратлар қўлланилади?
13. ДOTS стратегияси бўйича интенсив ва кувватловчи даволаш фазалари муддатларини айтинг.
14. Алоҳида ҳолатларда (хомиладорлик, ОИВ в ах.к.) қандай даво ўтказилади?

### **Туберкулезни DOTS стратегияси бўйича аниқлашни ташкиллаштириш**

DOTS (Directly Observed Treatment Short) туберкулез касаллигига қарши илмий ёндошилган стратегия ҳисобланади, юқори касаллик кўрсаткичига эга бўлган давлатлар учун Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташқилоти томонидан тавсия этилган. Унинг асосий вазифаси туберкулезни аҳолии орасида тарқалишини пасайтириш ва у орқали келиб чиқадиган иқтисодий- ижтимоий талофатларнинг олдини олиш ҳисобланади.

*DOTS стратегиясининг асосий элементлари:*

1. Тиббий ёрдамга мурожаат қилган беморлардан туберкулезни аниқлаш мақсадида балғамни микроскопик текшириш.
2. Препаратларни қабул қилишни назорат қилган ҳолда стандарт қисқа муддатли химиотерапия.
3. Туберкулезга қарши препаратларни доимий ўтказиб бериш.
4. Барча туберкулезга қарши хизмат бўғинларида даволаш мониторинги ва олиб борилаётган ишлар назоратини амалга ошириш.
5. Дастурнинг давлат томонидан қўллаб-қувватланиши.

*DOTS стратегиясининг асосий мақсадлари қуйидагилар ҳисобланади:*

- Балғам суртмаси мусбат бўлган беморларни камида 70% ини аниқлаш;
- Бирламчи аниқланган туберкулез билан касалланган мусбат суртмали беморларда камида 85%ли даволанишга эришиш;

### **Туберкулезни аниқлашни DOTS стратегияси бўйича ташкиллаштириш.**

Диагностиканинг асосий мақсади фаол ҳолатларни клиник кўриниши бор беморларни аниқлаш ҳисобланади.

Қўйилган туберкулез диагнози ва бемор регистрацияси маҳаллий туберкулезга қарши муассасада ўтказилади.

### **Туберкулезни 4 кўрсаткичи асосида тасниф қилинади:**

- ўчоқ локализацияси



- касаллик оғирлиги
- балғам суртмасининг бактериоскопик натижаси
- илгари туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлиги

### **Бактерия ажратувчи ўпка туберкулези**

Бу: кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида камида 2 марта аниқланган бемор;  
 ёки: кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида 1 марта аниқланган ва ўпка туберкулезига хос рентгенологик ўзгаришлари бор бемор; бундай ҳолатда даволовчи врач (фтизиатр) беморда тўлиқ курсли туберкулёзга қарши химиотерапия ўтказишни ҳал қилади;  
 ёки: кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида 1 марта аниқланган ва культурал M.Tuberculosis тасдиқланган бемор.

Ўпка туберкулези билан касалланган бактерия ажратувчи беморлар катталар орасида умумий касалларнинг камида 65%ини, умумий касаллар орасида эса камида 50%ини ташкил қилиши керак.

### **Бактерия ажратмайдиган ўпка туберкулези**

Бу: қуйидаги мезонларга эга бемор:

- кислотага чидамли бактерияларни аниқлаш мақсадида балғам микроскопияси ўтказилганда (текширилганда камида 2 ҳафталик интервал бўлиши керак) икки марта манфий натижа берган;
- ўпка туберкулезига хос бўлган рентгенологик ўзгаришлар ва кенг спектрда таъсир этувчи антибиотиклар билан даволаниш курси ўтилганда ижобий натижа кузатилмаган;
- фтизиатр беморда тўлиқ курсли туберкулёзга қарши химиотерапия ўтказишни ҳал қилади;

ёки: қуйидаги мезонларга эга бўлган бемор:

- оғир касаллиги мавжуд;
- кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида текширилганда камида 2 марта манфий натижалари;
- ўпка туберкулезининг тарқоқ шаклига (интерстициал ёки милиар) хос рентгенологик ўзгаришлар бор бўлган;
- фтизиатр беморда тўлиқ курсли туберкулёзга қарши химиотерапия ўтказишни ҳал қилади;

ёки: балғам бактериоскопияси натижалари манфий бўлган, лекин кейинчалик бошланғич балғам намунасини культурал текширишда мусбат натижалар олинган бемор.

### **4. Илгари даволанганлар: узилишдан кейинги даво, мувофақиятсиз даво, рецидив.**

Туберкулёз таснифида шуни билиш керакки, бемор келишидан олдин туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлигини, бу қуйидаги масалаларни ҳал қилиш учун керак:

- Эпидемиологик мониторинг
- Препаратларга нисбатан турғун беморларни идентификацияси ва даволаш режаси.

### **Туберкулёз ҳолати таснифи (бемор типини аниқлаш).**

Диагноз қўйилгандан кейин ҳар бир беморга карта очилади (ТБ 01) ва регистрация қилинади. Туберкулёзни регистрация журнали туманда (ТБ 03) қуйидаги схема бўйича олиб борилади:

#### **1.Биринчи марта аниқланган беморлар, буларга қуйидагилар кирди:**

- Туберкулёз билан касал деб ҳисобланган беморлар
- Биринчи ой давомида туберкулёзга қарши препарат қабул қилганлар, лекин туберкулёз бўлмаган беморлар

#### **2. Рецидив.**

Беморлар олдин даволанишган, регистрацида соғлом деб ёзилган, фақат бактериоскопик балғам текшируви мусбат чиққан беморлар.

#### **3. Кечиши ёмон.**

- Янги ўпка туберкулёзи ҳолати, суртма бешинчи даволаниш ойида мусбат, даволанишдан олдин суртма манфий бўлган, икки ой химиотерапидан кейин мусбат бўлган бемор.

#### **4. Режим бузилганидан кейин даволаниш.**

Даволанишни икки ойдан кейин қайта бошлаган беморлар ва даволаниш пайтида балғам суртмаси манфий ёки мусбат бўлган беморлар.

Бемор икки ой олдин регистрация қилинган, лекин даволанмаган ва кейинги мурожаат даврида балғам суртмаси манфий ёки мусбат бўлган беморлар.

### **5. Ҳўтказилганлар.**

Бир тумандан бошқа туманга Ҳўтказилган беморлар, Ҳўзлари билан бирга бўлади:

- карта нусхаси ТБ 01

- касаллик тарихидан кўчирма.

### **6. Бошқалар**

• Оғир беморлар, клиник ҳолати туберкулёзни инкор этолмайдиганлар, бактериоскопик текширув ва рентгенологик текширув Ҳўтказила олмайдиганлар.

• Туберкулёз билан қайта касалланган, балғам суртмаси манфий беморлар.

• Туберкулёз билан қайта касалланган, илгарикандай туберкулёз билан касалланган бўлишидан қатъий назар Ҳўпкадан ташқари шакли.

• Тартибсиз даволанган шахслар, кўчиб келганлар, (шунингдек, қамоқхонадан озод бўлганлар) ва айни вақтда балғам суртмаси мусбат ёки манфий бўлганлар ҳамда (фтизиатр ва рентгенолог ҳулосасига асосан) химиотерапияга муҳтожлар шахслар.

• I ёки III категория бўйича интенсив давони тугатган, **балғам бактериоскопияси натижаси манфий бўлган**, лекин клинко-рентгенологик авж олган туберкулез (плеврал суюклик, периферик лимфаденит ва бошқаларни пайдо бўлиши) билан касалланган беморлар.

• Ҳўпка ва Ҳўпкадан ташқари аъзолар туберкулезибўйича операциядан кейин даволанишни бошлаган беморлар. Бундай беморларга II категория интенсив фазада даволаниш буюрилади. “Бошқалар” типига рўйхатга олганда қавс ичида тўлиқ маълумот берилади. Масалан:

Бошқалар (манфий суртмали, Ҳўпка ТБ қайта ҳолати)

Бошқалар (Ҳўпкадан ташқари ТБ, қайта ҳолат)

Бошқалар (илгари тартибсиз даволанган)

Бошқалар (манфий суртма, туберкулез кечишининг клинко-рентгенологик ёмонлашиши)

Бошқалар (операциядан кейинги даво).

### **Беморларнинг терапевтик категорияси:**

Беморларни категорияга бўлишда қуйидагиларга эътибор берилади:

1. Балғамнинг бактериоскопия текшируви натижалари.
2. Туберкулёз билан касал бўлиб Ҳўтганлиги тўғрисидаги ҳужжат.
3. Даволанишнинг узилишлари тўғрисидаги ҳужжат.
4. Касаллик оғирлиги ва жараённи тарқалганлиги.

#### **I. категория.**

Биринчи марта аниқланганлар, илгари даволанмаганлар

А) Ҳўпка туберкулёзи, мусбат балғам суртмаси билан.

Б) Ҳўпка туберкулёзи, манфий балғам суртмаси билан, лекин катта паренхиматоз жароҳатланиш билан.

В) Ҳўпкадан ташқари туберкулёз катта жароҳатланган ва оғир кечувчи жараён билан.

#### **II. категория.**

- Рецидивланувчи беморлар.

- Даволаниш кечишини ёмонлашиши.

- Бошқалар типига кирувчи ҳамма беморлар.

- Режими бузилгандан кейин даволанган беморлар

#### **III. категория.**

-Биринчи марта аниқланган, лекин илгари даволанмаган беморлар манфий суртма билан.

-Биринчи марта аниқланган, оғир бўлмаган Ҳўпкадан ташқари туберкулёз шакли.

#### **IV. категория.**

II категория бўйича ноэффektiv даволаниш сабабли сурункали ҳолатга Ҳўтганлар.

**ДОТС стратегияси бўйича даволаш натижаларини баҳолаш ва мониторинги**

- ◆ Балғам суртмаси мусбат ва манфий бўлган беморлар бир бўлимни хар хил блокларига ёки хар хил булимларга госпитализация қилинади.
- ◆ Стационарларда балғам суртмаси мусбат ва манфий бўлган беморларга алохида овқатлар ташкил қилинади: алохида ошхоналарда ёки бир ошхоналарда хил хил сменаларда, 1-сменада балғам суртмаси манфий бўлган беморлар, 2-сменада мусбат бўлган беморлар овқатланадилар
- ◆ «сурункали» беморлар махсус бўлимларга ётқизилади.
- ◆ Туберкулёзни самарали даволаш шароити, берилаётган химиявий препаратни назорати хисобланади. Интенсив ва ушлаб турувчи фазада хар бир қабул қилинаётган доза назорат остида бўлади.

### **ЖССТ стандартлари бўйича туберкулёзни даволаш усуллари**

Фаол туберкулёз билан оғриган беморларда даволаш 2 босқичда ўтказилади.

1. Бошланғич (интенсив фаза)

2. Ушлаб турувчи (қувватловчи)

интенсив фазада даволашнинг вазифаси. Макрофаглар ичи ёки ташқарисидаги туберкулёз микобактерияларини кўпайишини тўхтатиш, дорига резистент штаммларни котуберкулёз бўлишини тўхтатиш. Кўплаб беморларда интенсив фазанинг бошларида балғам суртмасининг конверсияси кузатилади (мусбат суртма манфийга ўтади )

Ушлаб турувчи фазанинг мақсади. Колиб кетган бактерия популяциясини элиминациясини таъминлаш «ухлаб ётган» ва (дормант) ва персистирловчи микобактерияларни ўлдириш.

### **Туберкулёз билан оғриган беморларни даволаш схемасида стандарт шифрлар**

Туберкулёз билан касалланган беморларни даволашда стандарт шифрлар мавжуд. Хар бир туберкулёзга қарши дори қисқартирилган белгига эга. Даволаш схемаси 2 фазадан иборат:

Фаза олдидаги рақам, ушбу фазани неча ой давом этишини англатади. Харф остидаги рақам (масалан 3) бемор хафта давомида ушбу препаратни неча марта ичишини белгилайди, агар харф остида рақам бўлмаса бу бемор дорини хар куни ичиши кераклигини кўрсатади. Альтернатив препарат қавслардаги харфлар (дорилар) орқали ифодаланади.

Туберкулёзга қарши дориларнинг харфли белгилари:

H – изониазид; E – этамбутол; R – рифампицин; S – стрептомицин Z – пиразинамид.

### **I –терапевтик категориядаги беморларни даволаш**

I – терапевтик категориядаги беморларда куйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

2(3)HRZE(S)/ 4H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>, 2(3)HRZE(S), 6HE, 2(3)HRZE(S), 7HR, 2(3)HRZE(S), 4HR 2(3)HRZE(S), 7 H<sub>3</sub>R<sub>3</sub> Интенсив фазада 2 ой мобайнида изониазид, рифампицин, пиразинамид ва этамбутол хар куни қабул қилинади. Этамбутол урнига стрептомицин бериш мумкин, аммо этомбутол бериш афзалроқ, чунки охириги йилларда туберкулёз микобактериясининг стрептомицинга резистентлиги кузатиляпти. Бундан ташқари этамбутол фаолроқ, этамбутол қабул қилинганда бошқа сарф харажатлар чекланади, яъни инъекциялар учун (эритма, шприцлар, игналар, спирт ва пахта).

◆ Ушлаб турувчи фазада куйидаги химиопрепаратлар режимда берилади.

- Изониазид ва рифампицин қабул қилиш кунора 4 ой мобайнида, 4H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>

- Изониазид ва рифампицин хар куни 4 ой мобайнида, 4HR

- Фақат тарқалган ва генерализациялашган ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзда ЦВКК ва мутахассислар контуберкулёзиум қарорига асосан интенсив фаза давомийлиги 5 ойгача ва ушлаб турувчи фазада изониазид ва рифампицин 7 ой хар куни ёки кун ора, 7H<sub>3</sub>R<sub>3</sub> берилади.

Рифампицин кўтара олмаганда ушлаб турувчи фазада изониазид ва этамбутол хар куни 6 ой давомида берилади. (6HE), лекин бу режим кам фойдали чунки этамбутол рифампициндан фарқ қилиб семидармант микобактерияларга нисбатан фаоллиги кам.

***I Терапевтик категорияли катта ёшли (14 ёшдан катта) беморларга антибактериал дориларни бериш дозаси***

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)	Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой
---------------------	--------------------------------	--------------------------------

	H (гр)	R (гр)	Z (гр)	E (гр)	S (гр)	H (гр)	R (гр)
33 кг дан кам	0,12	0,3	1,0	0,8	0,5	0,5	0,3
33-50 кг	0,3	0,45	1,5	0,8	0,75	0,6	0,45
50 кг дан кўп	0,3	0,6	2,0	1,2	1,0 (0,75г 50 ёшдан юқори)	0,6	0,6

Интенсив фазада дориларни дозаси беморни даводан олдинги вазнига асосланиб ҳисобланади. Ушлаб турувчи дозага ўтишдан олдин беморни қайта масса аниқланади. Дори дозалари коррекцияланади.

Хомиладорликларга стрептомицин берилмайди.

Ушлаб турувчи фазадаги дориларни ҳар куни қабул қилишдаги дозалари интенсив фазадагидек.

**I Категориядаги катта беморларда комбинациялашган дорилар  $H_{0,1}R_{0,15}$ , пиразинамид  $Z_{0,5}$  Этамбутол  $E_{0,4}$  ва изониазид  $H_{0,3}$  ларни қўллаган ҳолда даволаш схемаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)				Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$E_{0,4}$ (гр)	$S_{1,0}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,3}$ (гр)
33 кг дан кам	2 таб	2 таб	2 таб	0,5 гр	2 таб	1 таб
33-50 кг	3 таб	3 таб	2 таб	0,75 гр	3 таб	1 таб
50 кг дан кўп	4 таб	4 таб	3 таб	1,0 (0,75г 50 ёшдан катта)	4 таб	1 таб

**I Терапевтик категорияли болаларда 14 ёшгача антибактериал дориларни бериш дозаси**

Бола вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)				Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	H (гр)	R (гр)	Z (гр)	S (гр)	H (гр)	R (гр)
5-10 кг	0,05	0,075	0,25	0,25	0,15	0,075
11-20 кг	0,1	0,15	0,5	0,5	0,2	0,15
21-30кг	0,2	0,3	1,0	0,5	0,3	0,3

Интенсив фазадаги дориларнинг дозаси боланинг даводан олдинги тана массасига ҳисобланади. Интенсив фаза тугагандан сўнг боланинг вазни қайта ўлчанади. Керакли пайтда дозани ошириш ( агар бола вазни ортган бўлса) лозим

Этамбутол 6 ёшгача бўлган болаларга берилмайди. Куришни бузилишига олиб келиши мумкин.

Ушлаб турувчи фазадаги ҳар кунлик дорилар интенсив фазадагидек.

**I Терапевтик категорияли 14 ёшгача бўлган болаларларни даволашда комбинациялашган препаратларни бериш дозаси  $H_{0,1}R_{0,15}$ , пиразинамид  $Z_{0,5}$  ва изониазид  $H_{0,1}$  ларни қўллаган ҳолда даволаш схемаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)	Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой
---------------------	--------------------------------	-----------------------------

	H <sub>0,1</sub> R <sub>0,15</sub> (гр)	Z <sub>0,5</sub> (гр)	S <sub>1,0</sub> (гр)	H <sub>0,1</sub> R <sub>0,15</sub> (гр)	H <sub>0,1</sub> (гр)
5-10 кг	1/2 таб	1/2таб	0,25 гр	1/2 таб	1 таб
11-20 кг	1 таб	1 таб	0,5гр	1 таб	1 таб
21-30кг	2 таб	2 таб	0,5гр	2 таб	1 таб

14 ёшгача бўлган болаларда ушлаб турувчи фазада хар кунлик режимда бериш керак. Туберкулёзнинг кўкрак ичи лимфатугунларидаги кичик шаклларидаги кунаро режимда бериледи. 1 терапевтик категориялик беморларда интенсив фазадаги даволаш стационарларда олиб бориледи ва фақат ЦВКК қарорига асосан амбулатор шароитида олиб бориледи.

◆ Оғир контингентдаги беморларда (туберкулёз менингити, милиар туберкулёз, казеоз пневмония, суяк-бугим туберкулёзи, оғир бирлашган зарарланишлар) ушлаб турувчи фазани туберкулёзга қарши стационарларда ўтказилади, дорилар хар куни бериледи. Бемор ахволи яхшиланса, беморлар амбулатор даволашга юбориледи.

◆ **Балғам суртмаси мусбат бўлган беморлар туберкулёзга қарши стационардан чиқиши мумкин эмас, фақат суртма конверсияси бўлгандагина қуйиб юбориледи.**

◆ 1 категориядаги дастлабки балғам суртмаси мусбат бўлган беморлар даволаниш мобайнида контрол бактериоскопик текширув қачон олиб бориледи

Даволашни 2 ой охирида мусбвт натижада 3-ой охирида

Даволашни 5 ой бошларида

Даволаш тугагач (6 ой охирида) Агар интенсив фаза чўзилган булса ёки ушлаб турувчи фаза 7 ой давом этган булса, балғам охирги текшируви даволашни охирги ойини охирги кунда ўтказилади. 1 категорияли беморлари интенсив фазани охири бактериоскопия мусбат натижа берса, интенсив фаза яна 1 ой давом этади. Ва балғам намунаси ПТП сезгирликка юбориледи, 3 ой охирида балғам конверсияси булмаса, ва ПТПга сезгирлик анализи булмаса интенсив фаза 5 ойнинг бошигача давом эттирилади. Агар 5 ой бошларитда интенсив фазада суртма мусбат булса у холда даволашни нокобил окибати руйхатга олинади. Бундай беморлар ТБ - 03 журналининг «нокобил окибати» типига руйхатга олинади ва уларга 2 категориядаги режим давоси олиб бориледи.

Уларга янги тиббий карта ТБ-01 очилади ва эскисини устига осилади.

◆ Интенсив фазанинг охирида (даволашнинг 2 ой охирида ) даволашдан олдин манфий натижа бўлганда суртма мусбат чиқса, «нокобил окибати» белгиланади. Уларга 2 категориядаги режим даво белгиланади (янги ТБ01 карта киритилади.) Балғам микроскопик натижаси мусбат бўлган барча холларда интенсив фаза охирида балғам экиш ва ажралган микобактерияни культурасини дориларга сезгирлиги аниқланади.

◆ Агар МБТ ажралган штамларда кўплаб тур терапияда 2 ёки ундан кўп дориларга резистентлиги аниқланган булса, у холда беморларга индивидуал даво схемасини ЦВКК ёки НИИ ФиП мутахассисларга кўрсатиш лозим. Агар культура текшириш ва кўзгатувчини сезгирлигини аниқлаш имкони булмаса, беморларни даволаш схема бўйича олиб бориледи

## **II Категорияли беморларнинг даволаш**

II – терапевтик категориядаги беморларда қуйидаги режимдаги химиотерапия бериледи:

2HRZES/1(2)HRZE/5HRE                      2HRZES/1(2)HRZE/5HRE

Интенсив фазада 2 ой мобайнида 5антибактериал препаратлар хар куни бериледи. Н – изониазид; Е – этамбутол; R – рифампицин; S – стрептомицин Z – пиразинамид

Кейин яна бир давомида суртма конверсияси бўлмаганда, 2 ой давомида 4 препарат бериледи. Н – изониазид; Е – этамбутол; R – рифампицин Z – пиразинамид бериледи. Балғам натижаларидан катъий назар интенсив фазанинг охирида ушлаб турувчи фазага ўтказилади. Ушлаб турувчи фаза 5 ой мобайнида изониазид бериледи ва рифампицин ва этамбутол кун ора (5H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>E<sub>3</sub>) ёки хар куни (5HRE) бериледи.

**II Терапевтик категорияли катта ёшли (14 ёшдан катта) беморларга антибактериал дориларни бериш дозаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 3 ой S хар куни 2 ой)	Ушлаб турувчи фаза к/о 5 ой
---------------------	--	-----------------------------

	H (гр)	R (гр)	Z (гр)	E (гр)	S (гр)	H (гр)	R (гр)	E (гр)
33 кг дан кам	0,12	0,3	1,0	0,8	0,5	0,5	0,3	0,8
33-50 кг	0,3	0,45	1,5	0,8	0,75	0,6	0,45	1,2
50 кг дан кўп	0,3	0,6	2,0	1,2	0,75	0,6	0,6	1,6

Интенсив фазадаги дориларнинг дозаси беморнинг даводан олдинги тана массасига ҳисобланади. Интенсив фаза тугагандан сўнг беморнинг вазни қайта улчанади. Керакли пайтда дозани коррекциялаш лозим

Агар бемор стрептомицин кўпара олмас унда 2 терапевтик категорияли беморга стрептомицинсиз олиб борилади.

Ушлаб турувчи фазадаги дорилар интенсив фазадагидек берилади.

**II Категориядаги катта беморларда комбинацияланган дорилар  $H_{0,1}R_{0,15}$ , пиазинамид  $Z_{0,5}$  Этамбутол  $E_{0,4}$  ва изониазид  $H_{0,3}$  ларни қўллаган ҳолда даволаш схемаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 3 ой S хар куни 2 ой)				Ушлаб турувчи фаза к/о 5 ой		
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$E_{0,4}$ (гр)	$S_{1,0}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,3}$ (гр)	$E_{0,4}$ (гр)
33 кг дан кам	2 таб	2таб	2таб	0,5 гр	2 таб	1 таб	2таб
33-50 кг	3 таб	3 таб	2 таб	0,75 гр	3 таб	1 таб	3 таб
50 кг дан кўп	4 таб	4 таб	3 таб	0,75	4 таб	1 таб	4 таб

◆ II Категорияли беморларда интенсив фазадаги давони стационарларда ва айрим ҳолларда амбулатор шароитда даволанади. Агар 4 ой давом этган интенсив фаза охирида суртма конверсияси кўзатилмаса беморлар стационарларда ушлаб турувчи дозани давом эттирилади. Дорилар хар куни берилади. Суртма конверсияси кўзатилса беморлар амбулатор даволанишга чиқарилади.

**II категорияли беморларни даволаш жараёнида контроль бактериоскопик текширив ўтказилади:**

- 3 ой охирида агар мусбат натижа булса, 4 ой охирида
- Даволашнинг 5 ой охирида
- Даволаш тугаганда (даволашнинг охириги ойнанг охириги кунида)

Интенсив фазанинг охирида бактериоскопик текширув мусбат булса, (давони 3 ой охири ) унда фаза яни 1 ой давом этади. Интенсив фазанинг 4 ой охирида бактериоскопик натижалардан катъий назар беморни ушлаб турувчи фазага ўтказилади. Ушлаб турувчи фаза хар уқлик режимда олиб борилади. Агар 5 ой охирида суртма мусбат бўлиб колаверса, даволашни ушлаб турувчи фазада 9 ой охиригача давом эттирилади. Даволашнинг умумий давомийлтгт бу ҳолда 9 ой ҳисобланади. (4 ой интенсив 5 ой ушлаб турувчи)

◆ 9 ой охирида балғам мусбат натижа бўлганда, нокобил окибат руйхатга олинади ва бемор 3 категорияга ўтказилади

**III Категорияли беморларнинг даволаш**

III – терапевтик категориядаги беморларда куйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

$2HRZ/4H_3R_3$        $2HRZ/4HR$        $2HRZ/6HE$

Интенсив фазада 2 ой мобайнида 5 антибактериал препаратлар хар куни берилади. H – изониазид; R – рифампицин; Z – пиазинамид

Ушлаб турувчи фазада 4 ой давомида изониазид қабул қилинади ва хар куни рифампицин ( $4HR$ ) ёки кун ора  $4H_3R_3$  Ушлаб турувчи фазада рифампицин билан даволаш имкони булмаса изониазид ва этамбутол хар куни 6 ой давомида берилади.

**III Терапевтик категорияли катта ёшли (14 ёшдан катта) беморларга антибактериал дориларни бериш дозаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)			Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	Н (гр)	Р (гр)	Z (гр)	Н (гр)	Р (гр)
33 кг дан кам	0,2	0,3	1,0	0,5	0,3
33-50 кг	0,3	0,45	1,5	0,6	0,45
50 кг дан кўп	0,3	0,6	2,0	0,6	0,6

Интенсив фазада дориларни дозаси беморни даводан олдинги массасига асосланиб хисобланади. Ушлаб турувчи дозага утишдан олдин беморни қайта масса аниқланади. Дори дозалари коррекцияланади.

Ушлаб турувчи фазадаги дориларни хар куни қабул қилишдаги дозалари интенсив фазадагидек

**III Категориядаги катта беморларда комбинациялашган дорилар  $H_{0,1}R_{0,15}$  , пиазинамид  $Z_{0,5}$  ва изониазид  $H_{0,3}$  ларни қўллаган холда даволаш схемаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)		Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,3}$ (гр)
33 кг дан кам	2 таб	2таб	2 таб	1 таб
33-50 кг	3 таб	3 таб	3 таб	1 таб
50 кг дан кўп	4 таб	4 таб	4 таб	1 таб

**III Терапевтик категорияли боларларда 14 ёшгача антибактериал дориларни бериш дозаси**

Бола вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)			Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	Н (гр)	Р (гр)	Z (гр)	Н (гр)	Р (гр)
5-10 кг	0,05	0,075	0,25	0,15	0,075
11-20 кг	0,1	0,15	0,5	0,2	0,15
21-30кг	0,2	0,3	1,0	0,3	0,3

**III Терапевтик категорияли 14 ёшгача бўлган болаларларни даволашда комбинациялашган препаратларни бериш дозаси**

**$H_{0,1}R_{0,15}$ , пиазинамид  $Z_{0,5}$  ва изониазид  $H_{0,1}$  ларни қўллаган холда даволаш схемаси**

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза ( хар куни 2 ой)		Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,1}$ (гр)
5-10 кг	1/2 таб	1/2таб	1/2 таб	1 таб
11-20 кг	1 таб	1 таб	1 таб	1 таб
21-30кг	2 таб	2 таб	2 таб	1 таб

Ушлаб турувчи фазада рифампицинни кўтара олмаса у холда изониазид ва этамбутол (6HE) давомиди хар куни бериледи, бу режим комбинациялашган HRгакарагандакамфойдали, чунки этамбутол рифампицидан фарқлисемидромантмикобактерияларганисбатаннофаол.

Этамбутол мактабга чабўлган болаларга берилмайди, чунки куриш бўзилиши келиб чиқиши мумкин.

III категорияли беморларини даволашда интенсив фазаси стационар ёки амбулатор равишда олиб борилади, ушлаб турувчи фазакўпрокамбулатор – интермиттирловчи режимда олиб борилади.

◆ Балғамни контороль бактериоскопик текшируви даволашни 2 ойнинг охирида ўтказилади. (интенсив фазани тугашига), балғамни 2та намунаси текширилади, манфий натижада беморлар ушлаб турувчи фазага ўтказилди. **Агар 1 та мусбат натижа булса, давони «нокобил окибати» хисобланиб беморлар қайта руйхатдан ўтади ва 2 категорияга ўтказилади.**

#### **Алохида ҳолатларда даволаш**

##### **1. Хомиладорлик ва эмизиш даври**

- I, II, III, категориялар бўйича стандарт даво кўрсатилган дорилар одатий дозада берилади. Хомиладорликда стрептомицин берилмайди.

- Туберкулёзга қарши дориларни қабул қилаётган аёллар эмизишни қурқмай эмизишни давом эттиришлари мумкин.

##### **2. Жигарни сурункали касалликлари**

- Изониазид, рифампицин ва + 1 ёки 2 дори воситаси гепатотоксик хусусиятга эга эмас, Масалан: стрептомицин ёки этамбутол беморлар 8 ой давомида қурқмай берилиши мумкин. (Стрептомицин 2 ойдан ортиқ берилмайди)

Даволаш схемаси:

1) 2HRSE /6HR

Интенсив фаза 2 ой: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин

Ушлаб турувчи фаза 6 ой: изониазид, рифампицин

2) 2HSE/10HE

Интенсив фаза 2 ой: изониазид, стрептомицин, этамбутол

Ушлаб турувчи фаза 10 ой: изониазид ва этамбутол

##### **3. Ўткир гепатит**

- агар имкон булса, туберкулёзни даволашда ўткир гепатит тўзалгунга қадар тўхтатилади.

- Агар туберкулёзни даволаш тўхтатиш имкони булмаса, унда стрептомицин ва этамбутол билан даволаш хавфсизроқ (дориларни қабул қилиш 3 ой давомида олиб борилади.) Ушлаб турувчи фаза 6 ой давомида изониазид ва рифампицин билан олиб борилади.

Схема: 2(3)HSE/6HR

##### **4. Буйрак етишмовчилиги билан беморларни даволаш**

- Изониазид, рифампицин ва пипразинамид организмдан ут орқали ажралдади, шунинг учун буйрак етишмовчилиги билан оғриган беморларга долрилари стандарт дозада берилади. Буйрак етишмовчилиги билан оғриган беморлар изониазид билан бирга пиридоксин қабул қилишлари шарт.

- Стрептомицин ва этамбутол организмдан буйрак орқали ажралади, мумкин ҳолларда буйрак фаолиятини назорат қилиб туриш керак, стрептомицин ва этамбутол билан даволашда дозаларни камайтириш керак.

- Буйрак етишмовчилиги билан беморларни даволаш схемаси 2HRZ/6HR:

Интенсив фаза: 2 ой давомида изониазид, рифампицин, пипразинамид

Ушлаб турувчи фаза: 6 ой давомида изониазид ва рифампицин

##### **5. Туберкулёзни гепатит билан оғриган беморларни туберкулёзга қарши хим препаратларни индуцирлашган қабул қилиш билан даволаш**

Кўп туберкулёзга қарши кўп дорилар жигар зарарланишига олиб келади. Кўп ҳолларда изониазид ва пипразинамид келтириб чиқаради. Этамбутол бу ҳолатни кам келтириб чиқаради. Гепатитни дори билан боғлиқлигини чеклаш учун, гепатит келтириб чиқаришини мумкин бўлган барча сабабларни топиш керак. Агар гепатит дорилар таъсирида юзага келган булса, у ҳолда туберкулёзга қариши дориларни бериш тўхтатилади. Гепатит тўзалгандан сўнг кўп ҳолларда даволашни схема бўйича давом эттириш мумкин. Оғир дори таъсирида гепатит



ривожланганда пиразинамид ва рифампицинни чеклаш керак. Бундан беморларги бошланғич фазада даволаш стрептомицин, изониазид ва этамбутол бошлаш тавсия қилинади. Ушлабтурувчи фаза 10 мобайнида изониазид ва этамбутол билан олиб борилади. (2СИЭ/10ИЭ)

Туберкулёзни оғир шакли билан оғриган беморларда дори гепатити ривожланган булса, туберкулёзага қариш дориларқабул қилмаса улим кўзатилиши мумкин, бу ҳолларда даволашни кам гепатотоксик хусусиятга эга бўлган дорилардан – стрептомицин ва этам буто билан олиб бориш мумкин. Гепатит тўзалгандан сўнг, даволашни стандарт схема бўйича олиб бориш мумкин.

#### 6. ВИЧ билан оғриган беморларни даволаш

I, II, III категорияларни стандарт режим асосида даволанади.

Туберкулёзга қарши дориларнинг ҳарфи белгилари:

H- изониазид; E – этамбутол; R – рифампицин; S – стрептомицин; Z – пиразинамид.

Терапевтик категориялардаги беморларда қуйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

2(3)HRZE(S)/4H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>2(3)HRZE(S)/6HE

2(3)HRZE(S)/7HR

2(3)HRZE(S)/4HR

2(3)HRZE(S)/7 H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>

Интенсивфазада

2-3

оймобайнидаизониазид,рифампицин,пиразинамидваэтамбутолхаркуниқабулқилинади .  
этамбутолурнигастрептомицинберишмумкин, аммоэтамбутолберишафзалрок,  
чункиохиргийиллардатуберкулёзмикобактериясингстрептомицингарезистентлигиқўзатиляп  
ти. Бундан ташқари этамбутол фаолрок, этамбутол қабул қилинганда бошқа сарф харажатлар  
чекланади, яъни инъекциялар учун (эритма, шприцлар, игналар, спирт ва пахта).

#### ЖССТ тавсия қилган силга қарши стратегиясининг ЖССТ нинг Европа регионида тадбиқ қилиниши.

2002 йилда, ЖССТ Европа регионининг 33% яшайдиган, 51 дан 40 та давлатлари ЖССТ тавсия қилган силга қарши кўраш стратегияси бўйича иш олиб борарди. ЖССТ стратегияси туберкулёз бўйича аҳволни фақатгина молиявий ресурслари чекланган давлатлардагина эмас, балки Ғарбий Европанинг Нидерландия, Португалия, Норвегия, Словакия, Германия, Швеция каби ривожланган давлатларида ҳам муваффақиятли қўланилмоқда.

#### Силга қарши кўрашда умумий даволаш муассасаси ёрдамнинг роли

ЖССТ Европа регионининг кўпгина давлатларида, айниқса олдинги СССР таркибига кирган давлатларда одатда “вертикал” тизим бўлган ихтисослашган силга қарши кўрашиш хизмати, БССП муассасалари билан тўла ҳамкорликда иш олиб бораолмаслиги мумкин.

Аммо силга қарши кўраш ва УДМ ходимлари иш фаолиятига қўшмасдан туриб, туберкулёз бўйича аҳволнинг тез яхшиланишига эришиш мумкин эмас. Ўз навбатида УДМ ходимлари силга қарши кўрашда қатнашишмаса, УДМ ишлари тўла бажарилаяпти деб бўлмайди.

УДМ ва силга қарши кўраш ишларининг интеграцияси шароитида туберкулёз беморларини аниқлаш ва олиб бориш сифатини ошириш ва ниҳоятда умумий эпидемик аҳволни яхшилаш мумкин. Ҳозирги вақтда УДМ ходимлари силга гумон қилинган беморларни аниқлаш ва даволаш учун юборишда қатнашиб, касаллик тарқалишини олдини олишда ёрдам беришлари жуда муҳимдир.

Шу билан бирга Марказий ва Шарқий Европа давлатлари, МДХ да УДМ ходимлари катта аҳамиятга эга бўлмоқдалар. Вақт ўтиши билан силни аниқлаш, олдини олиш ва беморларни амбулатор даволаш босқичларида УДМ аҳамияти фақатгина ортиб боради. УДМ нинг силга қарши кўрашиш тадбирларидаги жойини тушуниш учун миллий силга қарши кўрашиш тизимининг структураси ва вазибаларини тасаввур қилиш керак.

#### Силга қарши кўрашиш миллий тизими

Силга қарши кўрашишнинг асосий мақсадлари қуйидагилардир:

- касалланиш, ўлим ва инфекция тарқалишини **камайтириш**
- дорига чидамли туберкулёз ривожланишини **олдини олиш**

**Умумий даволаш муассасаси ёрдами ходимларининг силга қарши кўрашишдаги роли.**  
Ҳар хил давлатларда УДМ нинг роли, силга қарши кўрашда ҳар хил бўлишига қарамасдан, ихтисослашган УДМ ва силга қарши кўраш хизмати ходимлари орасида ўзаро ҳамкорликнинг умумий элементлари бор. УДМ ва силга қарши кўраш ходимлари асосан, туман поғонасида ўзаро ҳамкорлик қиладилар.

**Умумий даволаш муассасаси ёрдами ходимларининг вазифалари.**

УДМ ходимлари, шифокорлар, фельдшерлар, ҳамширалар соғлиқни сақлашнинг шундай ходимлари, одатда, беморлар тегишли симптомлар билан ташхис қўйилганига қадар бирламчи тиббий ёрдам учун мурожаат қиладилар.

УДМ ходимлари беморларни эрта аниқлашда қатнашиб, туберкулёз “оғирлигини” камайтириш учун катта имкониятга эгадирлар, чунки аниқланмаган ва даволанмаган фаол туберкулёз билан оғриган бемор бир йилда 10 дан 15 гача одамга касалликни юқтириши мумкин.

Силга қарши тадбирларда УДМ ходимларининг қатнашиш улуши ҳар бир давлатдаги белгиловчи ҳужжатларга асосан ҳар хил бўлса ҳам, улар ҳар қандай ҳолатда силни ўз вақтида гумон қилишлари ва бирламчи кўрик, бирламчи диагностика (балғамни тешкириш ва рентген)ни ўтказиб, касаллик борлигини инкор қилишлари керак. УДМ ходимлари вазифаларига қўйдагилар кириши мумкин:

- тегишли шикоятлари бўлган беморда **силни гумон қилиш** ва керакли тадбирларни ўз вақтида ташқил қилиш;
- силни аниқлаш ва даволаш назоратининг асосий усули бўлган микроскопияни ўтказиш учун сифатли диагностик материални йиғишни **ташқил қилиш**;
- 2-3 ҳафтадан кўпроқ вақт ичида балғамли йўталга шикояти бор ҳар бир бемор балғамида, кислотабардош микобактериялар (КБМ) борлигини микроскопия йўли билан текшириши учун 3 намуна балғамни топширишини **ташқил қилиш**;
- йиғилган материални текширишни ўтказиш учун клиник-диагностик лабораторияга **юбориш**;
- кўкрак қафаси аъзоларини **рентгенлогик текшириш**;
- силга гумон қилинган беморни ихтисослашган силга қарши муассасага ташхисни тасдиқлаш ва даволашни тайинлаш учун **юбориш**;
- дориларни мунтазам қабул қилганда ва даволанишни керакли муддатда давом эттирса, силнинг давоси борлигини беморларга **тушунтириш**;
- УДМ муассасаси томонидан ташхисни аниқлаш ва даволаниш учун юборилган беморларнинг ташхисини билиш учун силга қарши ихтисослашган муассаса билан **алоқада бўлиш**;
- балғам микроскопияси мусбат бўлган беморларнинг оилавий ва бошқа алоқаларни текширишнинг муҳим аҳамиятга эга эканлигини **уқтириш**;
- аҳоли ўртасида санитария –оқартув ишларини **олиб бориш**; силнинг белги ва симптомлари ҳақида гапириб бериш ва бундай симптомлар пайдо бўлганда, зудлик билан тиббий ёрдам учун мурожаат қилиш кераклигини уқтириш;
- ихтисослашган силга қарши тизим бошчилигида амбулатор беморларни даволашнинг қувватловчи даврида бевосита назорат остида **даволашни ўтказиш**;
- бевосита назорат остида даволаш вақтида бемор сабабидан қатъий назар, муддатдан олдин даволашни тўхтатса ёки асорат кузатилса, ихтисослаштирилган силга қарши тизимга шу вақтнинг ўзида **хабар бериш** керак;
- кузатилаётган беморлар тўғрисидаги маълумотларни ҳамма асосий ҳисобот шаклларига **қайд қилиш** ва ихтисослаштирилган итзимга қайтариш;
- силривожланиши учун хавфли омили бор гуруҳдаги шахсларни давлатда мавжуд бўлган норматив ҳужжатлар асосида кузатиш;

**Амалий машғулот №17:**

**Мавзу номи: Туберкулёз профилактикаси усуллари. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар.**

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Туберкулёз профилактикаси усуллари турлари.
	3. Туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари.
	4. Туберкулёз профилактикаси усуллари усуллари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	<p><b>Таълимий:</b> талабаларга туберкулёз профилактикаси усуллари туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш.</p> <p>Талабаларга туберкулёз профилактикаси усуллари туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат.</p> <p><b>Тарбиявий:</b> Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат.</p> <p><b>Ривожлантирувчи:</b> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.</p>
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш

Ўқув машғулотиغا кириш 35дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Яқуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

***Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар***

***Талаба билиши шарт:***

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

***Талаба бажара олиши керак:***

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг тахлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт тахлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.

***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

- Профессional сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик тахлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

### **Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар**

1. Туберкулёз профилактикаси усуллари.
2. Туберкулёзга қарши диспансернинг асосий вазифалари.
3. Туберкулёз билан касалланган беморларни амбулатор назорат гуруҳларини санаб беринг.
4. СҚД гуруҳига мос беморларга асосланиб касалликнинг асосий кўрсаткичларини айтинг.
5. Беморларни бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш асосларини айтинг.
6. Туберкулёз жараёни фаоллигининг аниқловчи усулларни айтинг.
7. Туберкулёзга қарши курашишда СЭС вазифаларини айтинг.
8. Ўчоқ тоифалари ва 3 тоифага бўлиниш тамойилларини айтинг.
9. Турли тоифадаги ўчоқларда эпидемияга қарши чораларни аниқланг.
10. Турли тоифадаги ўчоқларга фтизиатр қанча муддатда боради?
11. Мулоқотда бўлганларга нисбатан қандай чоралар ўтказилади?
12. СҚДда қандай профилактика усуллари ўтказилади?
13. Санитар профилактика усулларини айтинг.
14. БЦЖ вакцинасига кўрсатмаларни аниқланг.
15. Қайси гуруҳдаги шахсларда химиопрофилактика ўтказилади?

### **Туберкулёз профилактикаси усуллари**

Туберкулёз ижтимоий ва тиббий муаммо ҳисобланади. Бу туберкулёз профилактикаси учун ижтимоий ва тиббий йўналишдаги чора- тадбирлар мажмуи лозимлигини англатади. Ижтимоий йўналишдаги тадбирлар туберкулёз инфекциясининг тарқалиши ва касаллик пайдо бўлиши учун замин яратадиган шароит ва ижтимоий хавф омилларни камайтириш ва иложи борича йўқотишга қаратилган бўлиши лозим.

Бундай ёндошув турлича профилактик тадбирларни амалга ошириш ва шартли равишда туберкулёзнинг санитар ва махсус ва химиопрофилактикасини фарқлашга имкон беради.

**Санитар профилактика.** Санитар профилактиканинг бевосита мақсади бўлиб соғлом одамларнинг МБТ билан зарарланишининг олдини олиш ва уларни маиший ҳаётда, шунингдек ишда ҳам туберкулёз инфекцияси билан мулоқоти жудаям кам хавф туғдирадиган шароит яратиш ҳисобланади. Санитар профилактика аввало бактерия ажратувчи манбага ва туберкулёз қўзғатувчисининг юқиш йўлларига йўналтирилади.

МБТ манбалари бўлиб ташқи муҳитга туберкулёз қўзғатувчисини ажратувчи касал одамлар (антропоноз туберкулёз) ва ҳайвонлар (зооноз туберкулёз) ҳисобланади.

Бактерия ажратувчилар ташқи муҳитга кўп миқдорда МБТ ажратувчи фаол туберкулёз билан касалланган одамлар ва ҳайвонлар ката эпидемик хавф туғдиради. Бу ҳолда микобактериялар патологик материал ёки бемордан олинган бир қатор биологик субстратларни бактериологик текширганда аниқланади.

Фаол туберкулёз беморлари ҳақида маълумотлар мавжуд барча тиббий муассасалар (шу жумладан аёллар маслаҳатхонаси ҳам) ўзаро ахборот алмашишади. Биринчи марта фаол туберкулёз аниқланган ҳар бир беморга (жумладан туберкулёздан ўлганда ҳам) ташхис аниқланган жойдаги шифокор ҳаётида биринчи марта туберкулёз билан касалланган бемор ҳақида хабарнома тўлдиради. МБТ ажратаётган бемор ҳақида шифокор ҳудудий ДМСЭН учун қўшимча шошилиш хабарнома тўлдиради.

*Биринчи гуруҳни* жуда катта эпидемик хавфликка эга бўлган ўчоқлар ташкил этади. Уларга бактерия ажратувчанлик аниқланган ўпка туберкулёзи беморининг яшаш жойи киради. Бундай ўчоқларда зарарланиш хавфини кўплаб қуйидаги омиллар чуқурлаштиради: оила аъзолари ичида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар бўлиши, қониқарсиз маиший-коммунал шароит, эпидемияга қарши тартибга

риоя қилмаслик. Бундай хавфли ўчоқлар кўпинча беморларни изоляциялаш мумкин бўлмаган ётоқхоналарда, коммунал хонадонларда, ёпиқ турдаги ташкилотларда бўлади.

*Иккинчи гуруҳ* МБТ ажратувчи, лекин болалар ва ўсмирларсиз алоҳида хонадонларда яшовчи ҳамда санитар-гигиеник тартибга амал қилувчи ўпка туберкулёзи беморлари мавжуд ўчоқларни ўз ичига олади. Бундай ўчоқлар ижтимоий жиҳатдан қониқарли ҳисобланади.

*Учинчи гуруҳга* рўйхатга олишда МБТ ажратиши аниқланмаган, лекин оиласида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар мавжуд фаол ўпка туберкулёзи беморлари яшайдиган ўчоқлар киради.

*Тўртинчи гуруҳ* ўчоқлари бўлиб МБТ ажратиши тўхтаган фаол ўпка туберкулёзи беморлари (шартли бактерия ажратувчилар) яшайдиган жойлар ҳисобланади. Бундай ўчоқларда контактдаги шахслар орасида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар йўқ. Хавфли ижтимоий омиллар кузатилмайди.

*Бешинчи гуруҳ* ўчоқларни зооноз ўчоқлар ташкил қилади.

Туберкулёз инфекцияси ўчоғининг маълум эпидемик гуруҳга мансублигини фтизиатр эпидемиолог-шифокор иштирокида аниқлайди. Ўчоқда унинг хавфлилигини оширувчи ёки камайтирувчи шароитлар ўзгариши уни бошқа гуруҳга ўтказишни талаб этади. Бундай қарор фтизиатр ва эпидемиолог ҳамкорлигида қабул қилинади.

**Туберкулёзни махсус профилактикаси.** БЦЖ билан вакцинация ва ревакцинация режасини врач-эпидемиолог туберкулёзга қарши диспансер бош шифакори ва ветеринар хизмат билан ҳамкорликда тузади.

Давсанэпидназорат маркази даволаш-профилактика муассасаларини БЦЖ вакцинаси билан таъминланганлигини, уни сақлаш шароитларини ва яроқлилиқ муддатини, қилиш техникасига амал қилишини ва вакцинация сифатини назорат қилади. Ҳар-бир одатдагидан ташқари ва асоратли ҳолат таҳлил ва муҳокама қилинади ва махсус акт тузилади. Вакцинация режасини амалга оширишни фтизиатр, педиатр ва эпидемиологлардан таркиб топган комиссия назорат қилиб боради.

**Туберкулёзни аниқлаш.** Ялпи туберкулинташхисоти ва “уюшган” аҳолини флюорографик текшириш режалаштирилади, ҳамда юқоридагиларни ўтишини туберкулёзга қарши диспансер ва санитар-эпидемиологик назорат маркази ҳамкорлигида назорат қилинади.

Флюорографик текширув вақтида асосий эътибор эпидемиологик кўрсаткич бўйича (“асосий” контингентларда) туберкулёзни аниқлашга қаратилади. Улар орасида актив туберкулёз аниқланса врач-эпидемиолог уларни ишдан четлаштиради.

Туберкулёз беморларига болалар ва 18 ёшгача бўлган ўсмирларни тарбияладиган ёки даволайдиган болалар муассасаларида, умумий овқатланиш тармоқларида, савдода, сут маҳсулотлари билан ишлаш ва шунга ўхшаган муассасаларда ишлашга рухсат берилмайди.

**Туберкулёз инфекцияси ўчоғида туберкулёзга қарши иш.** Туберкулёз инфекциясида профилактик чора тадбирларни санитар-эпидемиологик назорат маркази ва туберкулёзга қарши диспансер биргаликда амалга оширади. Санитар-эпидемиологик марказнинг асосий вазифалари:

- Фтизиатр билан ўчоқни бирламчи эпидемиологик текшириш ўтказиш ва ўчоқ чегарасини аниқлаш ва соғломлаштириш режасини ишлаб чиқиш;
- Ташкилотларда фтизиатрга ёрдам бериш ва ўчоқларда туберкулёзга қарши чора-тадбирларни ўтказиш;
- Ўчоқни динамик кузатиш, ўчоқни соғломлаштириш режасига қўшимча ва ўзгартиришлар киргизиш, ўтказилаётган дезинфекцияни ўз вақтидалигини ва сифатини назорат қилиш;
- Ўчоқда эпидемиологик ҳавф камайса ёки кўпайси ўчоқларни бошқа эпидемиологик гуруҳларга ўтказиш;
- Бактерия ажративчи беморларни фтизиатр хабарномаси асосида эпидемиологик ҳисобдан ўчириш;
- Фтизиатр талабномасига асосан туберкулёз инфекцияси ўчоғида бемор шифахонага ётқизилгандан кейин, бемор бирон жойга кетганда, эпидемиологик ҳисобдан ўчирилганда ёки бемор ўлганда якуний дезинфекция ўтказиш;

- Туберкулёз ўчоқларини (ўчоқни эпидемиологик текшириш картаси) текшириш ва кузатиш бўйича ҳисоб-китоб ҳужжатларини юритиш;
- Бутун туман бўйича туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик ҳолатни таҳлил қилиш, ўчоқдаги ишлар самарадорлигини баҳолаш ва шу ишлар натижаси бўйича фтизиатр билан муҳокама ўтказиш.

**IV-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети  
талабалари учун мустақил ишлари мавзуси.**

№	Мустақил иш мавзуси	Соат	Адабиётлар
1	Нафас олиш системасини эмбрионал ривожланиши ва анатомияси. Упканинг функционал морфологияси. Замонавий шароитда упка силининг морфологик куриниши.	5	Рабухин А.Е. «Туберкулез органов дыхания», М., 1976. «Туберкулез органов дыхания» под редакцией Хоменко А.Г., М., 1981. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Клиника туберкулеза» М., 1997.
2	Туберкулёз этиологияси. Туберкулёз микобактериясини дориларга чидамлик тури. Туберкулёз патогенези. Туберкулёз яллиғланишининг иммунологик ва генетик аспекти	5	Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Туберкулез касалликлари» Ташкент, 1999 г.
3	Ташки нафас ва юрак кон-томир системаси функциясини текшириш усуллари.	5	Визель А.А., Гурылева М.Э. «Туберкулез», М., 2000.
4	Упкадан ташқари аъзолар силининг рентгенологик ва нур диагностикаси.	5	Адаптированные модули ВОЗ № 1-7 и 11 по стратегии ДОТС, 2005.
5	БЖССТ тавсияси МКБ-10 бўйича туберкулёз таснифи.	5	Убайдуллаев А.М. «Туберкулез касаллиги», Тошкент, 2005 г.
6	Туберкулёз клиник шаклларни қиёсий ташхислашнинг асосий усуллари. Силнинг бошқа касалликлар билан бирга кечиши. Туберкулёз ва ички аъзолар касалликлари.	5	Ибрагимов М.А., Турсунов В.И., Содиков А.С. «Туберкулез» (дарслик), 1999
7	Ўпка туберкулёзи асоратлари. Туберкулёз билан касалланган беморларда нафас етишмовчилиги.	5	Перельман М.И., Корякин В.А. «Туберкулез», М., 1996 г.
8	Ўзбекистон Республикасида DOTS стратегияси бўйича туберкулёзга қарши курашиш дастури. DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини кузатиш ва даволаш усуллари.	5	Ганиев К.Г. «Туберкулез касаллиги» (учебник), Ташкент, 1995 г. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявление туберкулеза легких», М., 1996
9	DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини даволаш схемалари. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш.	5	Александрова А.В. «Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания», М., 1989 г.

10	Туберкулёз билан касалланишга атроф-муҳит омилларининг таъсири. Туберкулёз билан оғриган беморларга тиббий маслаҳат бериш асослари.	5	Греймер М.С., Фейгин М.И. Приказ № 160Мин.Здрав. РУз. Интернет.База данных ВЕБ библиотек. ВИЧ – ТБ.
<b>ЖАМИ :</b>		50	

## **ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ ФТИЗИАТРИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ БАҲОЛАШ РЕЙТИНГ ТИЗИМИ НИЗОМИ**

### **Умумий қоидалар**

Ушбу Низом Бухоро Давлат Тиббиёт институти талабаларининг билимини баҳолash рейтинг тизими туғрисидаги намунавий низоми асосида ишлаб чиқилди ва ундан институт талабалари билимини баҳолashда меъёрий хужжат сифатида фойдаланилади.

Рейтинг тизими қуйидаги вазифаларни бажаришга қаратилган: -  
фаннинг талаба томонидан тизимли тарзда, белгиланган муддатларда ўзлаштиришини ташкил қилиш; -  
талаба ўзлаштиришини мунтазам баҳолаб бориш; -  
талабада мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш; -  
талабанинг билимини адолатли ва аниқ баҳолаш; -  
баҳолash натижаларини мунтазам маълум қилиш ва таҳлил қилиш; -  
профессор - ўқитувчиларнинг ҳар бир дарсга ва баҳолash жараёнига маъсулиятни ошириш; -  
- ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлашга шароит яратиш;

### **Баҳолash турлари ва шакллари**

3. Талабанинг фан бўйича ўзлаштиришини баҳолash мунтазам равишда олиб бориш ва қуйидаги турлар орқали амалга оширилади:

- Жорий баҳолash (ЖБ)
- Оралиқ баҳолash (ОБ)
- Мустақил иши (МИ)
- Якуний баҳолash(ЯБ)

Юқумли касалликлар, фтизиатрия, тери – таносил касалликлари бўйича талабанинг семестр (цикл) давомида ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади. Ушбу 100 балл баҳолash турлари бўйича қуйидагича тақсимланди:

жорий баҳолash	45 балл
оралиқ баҳолash	20 балл
мустақил иш	5 балл
якуний баҳолash	30 балл

ЖБда фаннинг ҳар-бир мавзуси бўйича талабанинг билими ва амалий кўникмаларини аниқлаб бориш назарда тутилган ва у амалий ёки лаборатория машғулотларида амалга оширилиши мумкин. Баҳолash талабанинг билим даражаси, амалий машғулот материалларини ўзлаштириши, назарий материал муҳокамасида ва таълимнинг интерактив услубларида катнашишининг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларнинг ўзлаштириш даражаси (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндашувлар) ҳисобга олинади.

Қўйиб юборилган ва ўзлаштирилмаган амалий ва маъруза машғулотлар қайта



топшириши зарур ҳисобланади. Амалий машғулоти қайта топширишда 0,8 коэффиценти қўлланилади. Талаба қатнашмаган маъруза мавзусидаги амалий машғулотлар балидан 10% чегирма олинади.

Талабанинг мустақил иши Ўзбекистон Республикасининг Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2002 йил 10 июлдаги 28 - сонли буйруғига асосан ташкил этилади ва 100 баллик тизимда ЖБ жараёнида баҳоланади ва барча баҳолаш турларида аниқланади. Кафедрада фанлар бўйича мустақил иш ўқув дастурда кўрсатилган мавзулар бўйича ўтказилади, мустақил иш кафедрада қабул қилинган ва деканат томонидан тасдиқланган “ Фан бўйича талабаларнинг мустақил ишини қабул қилиш режаси ” асосида ўқитувчилар томонидан қабул қилинади. Мустақил ишнинг бир қисми касаллик тарихини ёзиш, касалхонада навбатчилик қилиш, кутубхонага бориш ва ўқув залида шугулланиш, ҳамда институтда ташкил этилган интернет синфларида шугулланиш ўз ичига олади. Талабалар цикл (семестр) охирида касаллик тарихи, рефератив доклад, ҳамда касалликларни ташхислаш алгоритмлар мажмуасини топширади. Талабаларнинг мустақил ишини баҳолаш учун кафедра алоҳида синф журнали ташкил қилинади ва талабаларнинг кунлик ўзлаштириш баллари режада кўрсатилган ўқитувчилар томонидан кўрсатиб борилади. Ўқув журналида ўқув йилнинг (циклининг) охириги амалий машғулотдан сўнг битта устун ажратилади ва талабанинг мустақил иши бўйича йиғилган балининг ўртача қиймати қўйилади.

Фтизиатрия фанидан 4 - курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун фандан умумий соатлар ҳажми 108 соатдан юқори булгани учун ОБ ўтказилади, умумий баҳолаш қуйидаги тартибда ўтказилади.

жорий баҳолаш 45 балл,  
 оралик баҳолаш 20 балл  
 мустақил иш 5 балл,  
 якуний баҳолаш 30 балл

ЯБда талабанинг билими, кўникмалари фаннинг умумий мазмуни доирасида баҳоланади. ЯБ семестр (цикл) якунида ўтказилади.

ЯБ тури хар - бир фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, фтизиатрия фани бўйича даволаш ва тиббий педагогика факультети 4 курс талабаларига ЯБ 30 балл бўлиб шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида, даволаш ва тиббий педагогика факультети - 6 курс талабаларига ЯБ 30 балл булгани учун, шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида қабул қилинади.

Ёзма иш усулида ЯБ ўтказиш «Рейтинг тизимининг якуний баҳолаш босқичида ёзма иш усулини қўллаш тартиби» билан белгиланди (илова1).

Деканат ва кафедра белгиланган тартибда фан бўйича талабанинг ЖБ ҳамда ЯБдаги ўзлаштириш кўрсаткичларини белгиланган шаклда қайдномаларга киритишлари ва уларнинг натижаларини таҳлил этиб борилиши лозим.

**Талабалар билимини баҳолашда қуйидаги намунавий мезонлар инобатга олинади.**

Балл	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
86-100	Аъло	Хулосава қарор қабул қилиш. Ижодий фикрлай олиш. Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллаш олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш.
71-85	Яхши	Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллаш олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
55-70	Қониқарли	Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
0-54	Қониқарсиз	Аниқ тасаввурга эга бўлмаглик. Билмаслик.

Фанлардан баҳолаш турлари ўтказиладиган саволларни аниқ баллар билан ифодалаш тавсия этилади.

**Талаба билимини баҳолаш тартиби**  
100 баллик тизимда балларни тақсимланиши

Баҳолаш тури	Максимал балл	Коэффициент	Саралаш бали
ЖБ	45 балл	0,45	балл
ТМИ	5 балл	0,05	балл
ОБ	20 балл	0,2	балл
ЯБ	30 балл	0,3	балл
<b>ЖАМИ</b>	<b>100 бал</b>	<b>1,0</b>	<b>балл</b>

**Талабани фан бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби**

<b>ЖБ</b> (7та дурс) к=0.45	Кундалик баллар ( 61+71+75+ 80+ 70+70+ 73 = 500) : 7 =71 71 x 0,45 = <b>31,9 балл</b>
<b>ТМИ</b> к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл = 90 x 0.05= <b>4,5 балл</b>
<b>ОБ</b> к=0,2	Оралик баҳо тўпланган балл =75 x 0.2= <b>15 балл</b>
<b>ЯБ</b> к=0,3	Тест 80 +OSCE-78 =158: 2 =79 x 0,3 = <b>23,7 балл</b>
<b>Умумий баҳо</b>	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = <b>31,9+ 4,5+ 23,7 + 15 =75,1балл</b> (яхши)

**Фан бўйича рейтинг дафтарчасини расмийлаштириш тартиби**  
**4-курс даволаш ва тиббий педагогика факултети талабалари учун**

Фан номи	Фанга ажратилган соат	Максимал балл	Ўзлаштириш	Баҳо	Ўқитувчининг фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
Фтизиатрия	130(80+50)	100	78,0	яхши	Б.Р.Муаззамов		

ЖБ баҳолаш ТМИ ва ОБ турини ўзлаштира олмаган талабага қайта ўзлаштириши учун муҳлат ЯБгача белгиланади.

ЖБ нинг хар бир боскичи умумий балининг, саралаш балини тўплаган талабага ЯБда иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

Семестр (цикл) якунида фан бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талабанинг

Ўзлаштириши қониқарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Талабалар ЯБ натижалари бўйича апелляция комиссиясига мурожаат этишлари мумкин. Апелляция комиссияси уч аъзодан кам бўлмаган тартибда ректор буйруғи билан ташкил этилади. Талабалар апелляция комиссиясига фан бўйича ЯБ натижалари эълон қилинган вақтидан бошлаб бир кун давомида ариза билан мурожат қилишлари мумкин. Апелляция комиссияси талабанинг аризасини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида қайтадан ЯБ ўтказиб, ҳулосасини билдиради.

### **11. Рейтинг натижаларини қайд қилиш тартиби**

Талаба фан бўйича баҳолаш турларида тўплаган баллари семестр (цикл) якунида рейтинг қайдномасига бутунсонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг «Ўқув режасида ажратилган соат» устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, «фандан олинган баҳо» устунига эса, талабани мазкур Низомнинг 7 - бандига мувофиқ 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг ўзлаштириши саралаш балидан паст бўлган кўрсаткич рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

Ҳар бир фан бўйича ўтказиладиган ЖБ натижалари кафедра томонидан рейтинг экранда мунтазам равишда ёритиб борилади.

### **Талабалар мустақил иши (ТМИ) шакллари ва уларни баҳолаш мезонлари.**

ТМИ ни ташкил этишда туберкулёз касаллигининг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда талабалар учун мустақил ишнинг ташкилий шакли қилиб «Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш» шаклидан фойдаланилади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, Интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

ТМИ ни назорат қилиш ўқув машғулотларини бевосита олиб борувчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг кўрсаткичлари, шу жумладан мустақил иш бўйича, анъанавий гуруҳрейтинг ойнасида ёритиб борилади.

ТМИ асосан амалиёт ўқитувчиси назоратида бўлиб, 100 балли тизим асосида баҳоланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили бошланиши олдида методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам тўплаган талаба фан бўйича якуний назоратга қўйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

ТМИ кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

## Глоссарий

1. ТТ-туберкулёз таёқчаси
2. БК-Кох бацилласи
3. МБТ-микобактерия туберкулёза
4. КЧБ-кислотага чидамли бактериялар
5. КУБ- кислота устойчивый бактерии
6. ДОТС-назорат, кузатув, қисқа муддат, химиотерапия
7. Н-изониазид
8. R-рифампицин
9. E-этамбутол
10. Z-пиразинамид
11. S-стрептомицин
12. Pt- Протионамид
13. K –Канамицин
14. A–Амикацин
15. Cap –Капремицин
16. Cs –Циклосерин
17. Rb –Рифабутин
18. PAS –ПАСК
19. Fg -Фторхинолонлар
20. БЦЖ-BCG-Кальмет-Герен бацилласи
21. ТБ-туберкулин бирлиги
22. ППД-Л- Линникованинг тозаланган оксил деривати
23. БЖССТ-Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти.
24. УДМ-умум давлат муассасаси
25. СМБ-туберкулёз микобактерияси
26. СКД-силга қарши диспансер
27. ЭКГ-электрокардиография
28. ЭЧТ-эритроцитлар чўкиш тезлиги
29. ЛДГ-лактатдегидрогеназа
30. УЗД-ультра товушда ёзиш.