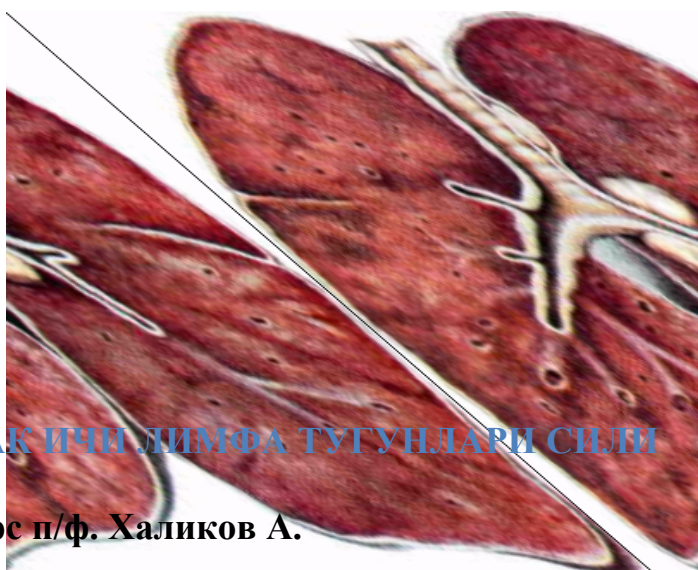


САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

1-Ички касалликлар, фтизиатрия ва ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси



Мавзу: **КЎКРАК ИЧИ ЛИМФА ТУГУНЛАРИ СИЎЛИ**

Бажарди: 5 курс п/ф. Халиков А.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили энг кўп учрайдиган бирламчи сил шакли бўлиб, у асосан иммунологик етишмовчиликда СМБ популяцияси кўпайса ва кўкрак ичи лимфа тугунларида махсус яллиғланиш авжланса келиб чиқади.

Патологик жараён кўкрак ичи лимфа тугунларининг ҳар хил гуруҳларида бўлиши мумкин. Кўпинча жараён упкалардан лимфа оқими бўйлаб бронхопұлмонал ва трахиобранхиал гуруҳларда бўлади. Бронхопұлмонал гуруҳ лимфа тугунларининг сил билан касалланиши бронхоаденит деб аталади. Узоқ вақтгача кўкрак ичи лимфа тугунларининг яллиғланиши ўпка туқимаси жараёни оқибатида келиб чиқади, деб ҳисобланган.

Ўпка тўқимасида бирламчи ўчоқ бўлмасдан туриб кўкрак ичи лимфа тугунларида сил жараёни бўлмайди деб таъкидлашган. Кейинчалик СМБ кучли лимфотроп хусусияти бўлгани учун зарарланишдан кейин кўп утмай СМБ кўкрак ичи лимфа тугунларига утириб касаллик чакириши аниқланган. Лимфа тугунларида гиперплезия пайдо бўлади кейин гранулема ҳосил бўлади марказида казиоз, некроз ҳосил бўлади. Махсус яллиғланиш авж олганда лимфа тўқима аста-секин сил грануляциясига айланади.

Лимфа тугунга яқин жойлашган юмшоқ тўқима, бронхлар, қон томирлар, асаб толалари, медиостенал плеврада параспецефик ва носпецефик яллиғланиш юзага келади. Патологик жараён авжланади ва бошка гуруҳ лимфа тугунларига тарқалади, зарарланган майдон ҳажми кенгаяди.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили локал шаклдаги бирламчи сил бўлиб, одатда ўпка тўқимасида махсус яллиғланишсиз кечади.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили ҳажми ва яллиғланиш жараёнининг характериға қараб шартли равишда яллиғланган ва тумароз (ўсмасимон) турларға бўлинади. яллиғланган шаклида лимфа тугунларда гиперпластик жараён устунлиги, казеоз некроз ва перефокал яллиғланиш камлиги билан кечади. Тумароз шаклида казеоз-некроз кучли ривожланган, атрофида яллиғланиш жараёни кам ривожланган. Асоратсиз кечувчи кўкрак ичи лимфа тугунлари сили уз вақтида ташхис қўйилиб даволаниш бошланса, асосан ижобий кечади. Перифокал яллиғланиш сўрилади, казеоз масса ўрнида кальцинатлар шакланади. Лимфа тугун қобиги қаттиқлашади ва фиброз ўзгаришға олиб келади. Бу жараён аста-секин кечади. Касаллик бошлангандан то колдик ўзгаришлар билан клиник тузалиш юзага келиши уртача 2-3 йилгача давом этади. Асоратли кечган ёки авж олган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили ўпка тўқимасида махсус ўзгаришларға олиб келиши мумкин. Лимфа гематоген, бронхоген йўллар билан жараённинг авж олиши иммун тизимдаги ўзгаришлар оқибатида бўлиши мумкин. Бу кўпинча касаллик кеч аниқланганда ёки нотўғри даволанганда бўлади.

Бирламчи сил комплекси – оғирроқ шаклдаги бирламчи сил бўлиб, одатда нафас аъзоларида, баъзан бошка аъзоларда жараён билан кечади. Бирламчи сил комплекси вужудға келиши СМБ вирулентлик хусусияти кенглиги ва организ иммун тизимида ўзгаришлар билан боғланади. Ўпка

тўқимасини ва кўкрак ичи лимфа тугунларини эгаллаган бирламчи сил комплекси ривожланиши икки йўл билан бўлади: аэроген йўл билан вирулентлиги юқори СМБ кўп микдорда организмга юқори нафас олиш аъзолари оркали тушиб, аввал ўпка компонентини ҳосил қилади ва у жойда аценоз ёки лобўляр казеоз пневмония шаклида бирламчи ўпка аффекти ҳосил қилади. Аффект ўпканинг кислород билан яхшироқ таъминланадиган бўлаклариди плевра ости соҳасида жойлашади. Аффект атрофида перифокал яллиғланиш майдони ҳосил бўлади. яллиғланиш жараёни лимфа томирлар деворига тарқалади. Кейин СМБ ортоград лимфа йўли оркали якин жойлашган лимфа тугунларга ўтади. Лимфа тугунларга утган СМБ лимфа тўқимасини гиперплезияга учратади ва яллиғланишга олиб келади, қисқа муддатдан кейин носпецефик экссудатив босқич махсус яллиғланишга айланади. Шу йўл билан бирламчи сил комплекси, яъни ўпкадаги яллиғланиш, махсус лимфангит ва кўкрак ичи лимфа тугунлари яллиғланиши ҳосил бўлади. Бирламчи сил комплексининг шу йўл билан ривожланиши патологоанатомлар томонидан ҳар томонлама урганилган ва узоқ вақтлар ягона деб ҳисобланган. Лекин кейинги изланишлар жараёнининг бошқача йўли борлиги ҳам исботланди. СМБ аэроген йўллар билан организмга тушганда переbronхиал лимфа чигалига бронх шиллик каватлари орали ўтади, кейин эса ўпка илдизидаги ва кокс оралигидаги лимфа тугунларига ўтади. Лимфа тугунларида махсус яллиғланиш юзага келади. Атроф тўқимада эса ноепецефик яллиғланиш жараёни пайдо бўлади. Лимфа айланиши бузилади, бу эса лимфастазга ва лимфа томирлар кенгайишига олиб келади. Ўпка тўқимасига СМБ лимфа тугунларидан ретроград лимфа оқими билан утиши мумкин (ретроград лимфаген йўл).лимфа тугунларидан яллиғланиш тарқалиши бронх деворларидаги бронхоген йўл билан СМБ ўпка тўқимасига ўтади. Ўпка тўқимасига кирган СМБ бронхиолаларда яллиғланиш чакиради, у бир нечта ацинус ва бўлакларни эгаллайди. яллиғланиш тезда махсус характерга айланади, грануляция билан уралган казеоз-некроз ўрни ҳосил бўлади. Шу йўл билан яллиғланган кўкрак ичи лимфа тугунларидан бирламчи сил комплексининг ўпка аффекти ҳосил бўлади. Алиментар йўл билан зарарланганда бирламчи аффект ичак деворида ҳосил бўлади ва тезда ярага айланади. СМБ чарви лимфа томирлар оркали чарви лимфа тугунларига тарқалади ва уни казеоз-некрозга айлантиради. Ичакда ва чарви лимфа тугунларида бирламчи сил комплекси ҳосил бўлади. Баъзан алоҳида чарви лимфа тугунлари жароҳатланиши мумкин.

Бирламчи сил комплекси – локал формадаги бирламчи сил бўлиб, махсус яллиғланишнинг 3 та компонентидан иборат: перифокал яллиғланиш – бирламчи аффект, регионал лимфа тугунлар сили ва уларни боғлаб турган сил лимфангити.

Бирламчи сил комплексида махсускучли параспецефик ва носпецефик ўзгаришлар кузатилади. Шундай бўлишига қарамасдан касалликнинг ижобий кечиши оркага кайтиш жараёни аста-секин ўтади. Касалликнинг ижобий оқибати ташхиснинг барвақт қўйилиши ва уз вақтида тўғри даволанишни бошлашга боғлиқ. Бирламчи сил комплекси оркага кайтиш жараёни ўпкадаги

перифокал яллиғланиш аста-секин сўрилиши, грануляциянинг фиброз тўқимага айланиши, казеоз модданинг қаттиқлашиши ва ичига кальций тузлари ута бошлаши билан кечади. Ҳосил бўлган ўчоқ атрофида геолин кобик пайдо бўлади. Аста-секин ўпка аффекти ўрнида кейинчалик охакланадиган Гон ўчоғи ҳосил бўлади.

Худди шундай жараён лимфа тугунларида ҳам бўлади, лекин анча секин ривожланади ва уларда ҳам жараён охакланиш билан тугайди. Лимфангитда тузалиш перебронхиал ва перевоскуляр тўқималарнинг фиброз қаттиқлашиши билан бўлади. Уртачи 3,5-5 йилдан кейин Гон ўчоғи шаклланиши ва лимфа тугунларида охакланиш бўлиши бирламчи сил комплексининг тузалганини курсатади. Бирламчи силда махсус яллиғланиш баъзан бошка аъзолар ва тўқималарда пароспецефик ўзгаришлар билан кузатилади. Махсус химия терапиядан кейин улар тезда сўрилади ва колдик ўзгаришлар колдирмайди.

Иммун танкислик ҳолати юқори беморларда бирламчи сил сурункали, тулкинсимон кечадиган, тез-тез авж олиб туриш хусусиятига эга бўлиши мумкин. Лимфа тугунларда аста-секин пайдо бўладиган охакланиш орасида Янги ҳосил бўлган казеоз-некроз кузатилади. Патологик жараёнга бошка лимфа тугунлар кушилади, лимфа гематоген кушилади, лимфа гематоген йўллар билан соғ ўпка тўқимасида янги ўчоқлар пайдо бўлади. Бундай тарқалган ўчоқлар буйрақларда, суякларда, талокда бўлиши мумкин. Бирламчи силнинг бундай кечиши сурункали кечувчи бирламчи сил ташхиси кўйишга олиб келади. Антибактериал даволаш бошлангунгача даврда бирламчи силнинг бундай кечиши кўпинча улимга олиб келарди.

Ҳозирги пайтда замонавий комплекс даволаш нафақат жараённи тухтатишга, балки аста-секин оркага кайтариб, чандикли окибатга олиб келишга имқон яратди. Бирламчи силнинг барча шаклларида жараённинг оркага кайтиши ва клиник тузалиши СМБ кўп қисмининг улими ва организмдан чикиб кетиши билан кузатилади. Лекин қисман СМБ L –шаклига айланади ва силдан кейинги колдикда узок вақт сақланади. Шу сабабли бирламчи сил ўтказган соғлом шахс силдан зарарланган ҳисобланади. Морфологик ўзгарган, кўпаймайдиган СМБ силга қарши ностерил иммунитетни доимо сақлаб туради, бу эса экзоген сил инфекциясига нисбатан чидамлилиқни таъминлайди. Бирламчи силдан кейин биологик тузалиш кам кузатилади. Бунда силдан кейинги колдик ўзгаришлар аста-секин бутунлай сўрилади, СМБ организмдан бутунлай чикиб кетади. Бу ҳолат бирламчи сил ўтказган одам қария ёшига етганда бўлиши мумкин. Биологик тузалиш силга қарши ностерил иммунитетнинг йўқолишига олиб келади ва такрорий СМБ билан зарарланса, кайталанган бирламчи сил бўлиши мумкин. Клиник амалиётда бундай ҳолат жуда кам кузатилади. Болаларда бирламчи сил 1/3 ҳолда равон кечиши кузатилади, 2/3 қисмида ҳар хил асоратлар бўлиши мумкин. Бирламчи сил асоратлари фагоцита рва имун компонент хужайраларнинг узаро таъсири етарли даражада бўлмаслиги сабабли имун тизимда бузилишларга олиб келиши сабабли юзага келади. Бактерия популяцияси кўпаяди, сил жараёни янги ва янада кўпроқ ўзгаришлар

билан кечади ва авжланади. Асоратлар юзага келишига кечиктириб ташхис қўйиш уз вақтида даволашни бошламаслик ва даволаш коидаларига риоя қилмаслик сабаб бўлади. Асосан асоратлар кичик ёшдаги ва мактабгача ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди.

Одатда бу инфекциянинг лимфогематоген, бронхоген тарқалиши, жараён ичида емирилиш пайдо бўлиши ва жараённинг авжланиши боғлиқ.

Бирламчи силнинг асоратлари: плеврит, лимфогематоген тарқалиши, ателектаз, бронх сили, нодулобронхиал окма, ҳамда бронхоген тарқалиш, ўпкада ёки лимфа тугунида бирламчи ковак.

Бирламчи силнинг ҳозирги анчагина оғир, лекин кам учрайдиган асорат тури казеозли пневмония ва сил менингити, ундан ташқари катталашган лимфа тугунларининг юқори кават венани, кекирдакни, кизилунгачни, адашган нервни босиб қўйиши, кўкрак аорта бушлигига казеоз-некротик тугуннинг ерилиб кетиши каби асоратлар ҳам учраши мумкин.

Клиник кўриниши. Бирламчи силнинг кўриниши жуда ранг-баранг. Ҳама турдаги бирламчи сил белгиларсиз, кам клиник белгилар билан бошланиб, ўз-ўзидан соғайиш билан утиши мумкин. Йиллар утгач бундай одамда Гон ўчоғи ёки лимфа тугунлар кальцинатлар аниқланиши мумкин.

Баъзан бирламчи сил оғир, кучли яллиғланиш жараёни билан ўтади.

Бирламчи силда клиник белгиларни шартли равишда 3 та асосий синдромга бўлиш мумкин:

1. Заҳарланиш белгилари синдроми
2. Бронх-ўпка-плеврал синдром
3. бошқа аъзолардаги ўзгаришлар синдроми

Заҳарланиш синдроми Бирламчи сил билан касаллангандаги метаболик ва функционал ўзгаришлар мажмуаси.

Силдан заҳарланиш барвақт клиник белгилари МНС функционал бўлишидир, бу ҳолат ёш болаларда кўпроқ кузатилади. Болалар серзарда, тез хафа бўладиган, йиғлоки бўлиб қолади, иштаха ёмонлашади, терлаш кузатилади, жисмоний ва аклий томондан мойиллик пасаяди. Тааллуқли белгилардан доимий бўлмаган, баъзан қисқа муддатли, кўпроқ куннинг иккинчи ярмида субфебрил ҳарорат кутарилиши, юрак, қон томир тизимида: тахикардия, аритмия, қон босими пасайишига мойиллик, юрак чуққисида систолик шовқин каби белгилар кузатилади.

ЭКГ да миокардда дистрофик ўзгариш юзага келиши мумкин.

Усмир кизларда нейроэндокрин дисфункция оқибатида биринчи хайз куриш кечикиши мумкин ёки касаллик пайтида тухтаб қолиши мумкин.

Узоқ вақт давом этадиган заҳарланиш белгилари (5-6 ой ва ундан кўп) эмоционал мойилликни оширади, холсизлик, аденамия, озиб кетиш, жисмоний жихатдан орқада қолишга олиб келади. Тери рангпарлиги, қуруқлиги, тургар ва мушак таранглиги пасайиши кузатилади.

Силдан заҳарланиш – клиник шаклида заҳарланиши белгилари асосий (баъзан бирдан-бир) клиник белги ҳисобланади.

Силдан заҳарланишда махсус яллиғланишга хос ўчоқли белгилар аниқланмайди. Организмда СМБ борлиги сабабли кўпроқ уларда носпецефик (параспецефик) ўзгаришлар кузатилади.

Бу ўзгаришлар кўпроқ периферик лимфа тугунларда яққол намоён бўлади. Пайпаслаб курганда 5-9 гуруҳ лимфа тугунлар 5-14 мм ўлчамда катталашганлигини билиш мумкин, улар огриксиз, ҳаракатчан, юмшок-эластик ҳолатда.

Пераденит ва атрофида терида кизариш бўлмайди. Катталашган лимфа тугуни кўпроқ мактабгача ёшдаги болаларда кузатилади. Усмирларда ва ката ёшдаги беморларда бу ҳолат камроқ.

Микропомаденопатиянинг силга хослигини исботлаш учун катталашган умров усти ва кубитал лимфа тугунларни пайпаслаш керак, чунки носпецефик яллиғланиш улар деярли катталашмайди.

Лимфа тўқима гиперплазияси жигар ва талок катталашиши билан ҳам намоён бўлади. Сурункали силдан заҳарланишда лимфа тугунлар аста-секин кичраяди ва қаттиқлашади. Лимфа тугунларидаги казеоз-некрозли гранулемага Са тузлари тупланади. Бунинг натижасида лимфа тугунлар «тошчалар» га айланади.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили ва Б.С.К. да заҳарланиш белгиларидан ташқари нафас аъзоларидаги локал белгилар ҳам кузатилади. Нафас тизимидаги жараён туфайли бўладиган симптомлар қай даражада ривожланиши жараён таркоклигига, махсус яллиғланиш ўрнидаги казеоз-некроз ҳолатига ва жараённинг босқичига боғлиқ.

Эмадиган ёшдаги ва кичик ёшдаги болаларда Бирламчи сил клиник белгилар яққол намоён бўлиш билан кечади. Ката ёшдаги болаларда бу белгилар кам ривожланади. Кичик шаклдаги Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили силида махсус яллиғланиш иккитагача лимфа тугунларда кузатилиб, уларнинг ўлчами 1,5 см дан ошмайди.

Бу шаклдаги Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили сили деярли клиник белгиларсиз кечади. Тащхис асосан туберкулинга вираж сезгирлиги ва П-логик аниқланади, к-т текшириш кўпроқ маълумот беради.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили катта жойни эгалласа ўткир бошланади, аста-секин заҳарланиш белгилари кучая боради. Агар барча гуруҳ лимфа тугунларида патологик жараён экссудатли перинодуляр реакция билан кечса, касаллик ўткир бошланади.

Бу холда ҳарорат фебрил даражага кутарилади ва умумий функционал ўзгаришлар кузатилади. Беморларда кукйўталга ўхшаш (битонал) курук йўтал пайдо бўлади. Бу катталашган лимфа тугунлар кекирдикнинг кўкрак қисмини ва бифуркацияни босиб қўйишидан келиб чиқади. Баъзи беморларда кекирдик бифуркация ва катта бронх босилса стридироз нафас кузатилади. Юқори ковак вена бушлиги катталашган лимфа тугунлари томонидан сиқилиб қўйилса қўйидаги синдром, яъни кўкрак нафаси олд томонида бир томонлама ёки икки томонлама тери ости вена томирлари кенгайиши кузатилади. Бунинг оқибатида баъзан бошқа белгилар: бош огриги, юзнинг шишиши ва кукариш, буйин йугонлашиши, венада босим ошиши мумкин.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари силида стетоакустик белгилар асосан кўкс оралигидаги перифокал носпецефик яллиғлангандан келиб чиқади. Парастериал ва паравертебрал соҳада нафас охисталашади, кўкрак умурткалари усимталари устида бронхофония кучаяди, бошни оркага ташлаган холда туш суяги устки кисмида вена шовқини (волчка) кузатилади.

Перифокал яллиғланиш кам бўлганда физикал текшириб катталашган лимфа тугунини аниқлаш мумкин эмас.

Ҳозирги пайтда Кўкрак ичи лимфа тугунлари силининг оғир клиник кечиши тури кам кузатилади. Асосан кичик ёшдаги ва БЦЖ билан эмланмаган болаларда.

Б.С.К. асосан кам ривожланган клиник белгилар ёки туберкулинга вираж асосида аниқланади. Бирламчи ўпка аффект атрофида перифокал яллиғланиш катта майдонни эгалласа касаллик ўткир бошланади.

Б.С.К. клиник белгилари мактабгача ёшдаги болаларда яққолрок намоён бўлади. Кам микдордаги балғамли йўтал, фебрил ҳарорат кутарилади.

Агар Б.С.К. да ўпка компоненти умумий хажми 2-3 см дан кам бўлса, перкуссия ва аускультация ёрдамида аниқлаш кийин. Агар перифокал яллиғланиш анчагина бўлиб, 1 сегментдан ташқарига чикса перкутор товуш тумоклиги ва нафас чиқариши кучайиши билан охисталашган нафас аниқлаш мумкин. Йўталдан кейин жараён устида доимий бўлмаган кам микдорда майда пуфакчалар хириллаши эшитилади.

Барча турдаги бирламчи силда турли аъзо ва тўқималарда СМБ махсулотининг токсик таъсири натижасида токсик-аллергик, параспецефик ўзгаришлар юзага келади. Бу ўзгаришлар қон никтовит фликтена нодоз эритмалар (8.13-расм) блефарит, аллергик плеврит, полиартрит ёки артрит (Поксе ревмотонди) кўринишида бўлиши мумкин.

Болаларда баъзан Томок кизариши, бурундан нафас олиши кийинлашиши, қуруқ, нафас йўллари шиллик каватида аллергия ҳисобига калта, қуруқ йўтал бўлиши мумкин.

Баъзан УЗИ ёрдамида реактив параспецефик гепатит аниқлаш мумкин. Бирламчи сил учун параспецефик жараён ҳарактерли. Бўлар клиник амалиётда бирламчи сил никоби сифатида маълум ва унинг кўриниши ҳар хил.

Бирламчи сил катталарда асосан бронхиал астма, эндокрин, юрак қон-томир касалликларида, ошқозон-ичак касалликлари, ҳамда жигар, буйраклар, қушувчи тўқималар, нерв-дистрофик ўзгаришлар никобида бўлиши мумкин.

Бирламчи силни баъзи бир асоратлари клиник белгилар кўринишида кузатилади. Болаларда бундай асоратлар касаллик аниқлангандан кейин 4-6 ой утиб бўлади. Тана ҳарорати 38-39⁰С даражага кутарилиши, хансираш, кўкрак қафасида огрик плевритни тахмин қилишга ёрдам беради. Қуруқ плевритда нафас олганда ва чиқарганда плевра шовқини эшитилади. Суюклик йиғилганда эса огрик йўқолиб, огриклик хисси пайдо бўлади, баъзан тез-тез йўтал. Физикал текширилганда жараён томон нафас ошиши оркада қолиши, ковургалар оралиги яллиғланиши, суюклик йиғилган соҳада

ўпка товуши тумтоклиги, нафас охисталашган ва овоз дириллаши ўтказилиллайди.

Лимфогематоген диссеминация – ҳар иккала ўпка юқори бўлакларидан Янги ўчоқлар пайдо бўлишга олиб келади. Уларни пайдо бўлиши яққол клиник белгилар билан кечади. Жараён соҳасида яллиғланиш кўпайиши заҳарланиш белгилари ва нафас тизимида ўчоқли ўзгаришлар кучаяди.

Доимий куруқ йўтал бронхда сил жараёни борлигидан гувоҳлик беради. Бундай пайтда аускультацияда маълум жойда йўталганда «чийиллашга» ўхшаш куруқ хириллаш эшитилади. Бронх ҳолатини бронхоскоп ва КТ ёрдамида аниқлаш мумкин.

Доимий заҳарланиш белгилари кўкрак қафасида оғрик, куруқ йўтал ҳамда нафас танкислиги белгилари ателектаз ҳосил бўлиши билан бронхлар ўтказувчанлиги бузилганлигидан гумон қилишга ёрдам беради. Клиник белгиларнинг намоён бўлиш даражаси зарарланган бронх калибрига ва ателектаз ҳосил бўлиш тезлигига боғлиқ. Куриб текширилганда ателектаз соҳада кўкрак қафаси ичига ботган ёки текисланган, жараён томон нафас олишдан орқада қолиши кузатилади. Ўпка товуши ателектаз соҳада тунтоклашган, нафас ва овоз дириллаши охисталашган баъзан доимий бўлмаган куруқ хириллашлар эшитилиши мумкин. Бронхиал диссеминация ҳарорат кутарилиши, йўтал пайдо бўлиши ёки кучайиши билан кечади. Жараён соҳада куруқ вом айда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Ўпкадаги бирламчи кавак казеоз некроз бронх орқали чикиб кетиши оқибатида юзага келиб, беморнинг ахволи бироз яхшиланади, лекин тезда бронхоген диссеминация юзага келиб бемор ахволи Яна ёмонлашади. Энг оғир асоратлардан бири СМБ нинг гематоген йўл билан тарқалиб миянинг юмшоқ пардасида яллиғланиш чакириб, сил миненгитига олиб келишидир. Беморда заҳарланиш белгилари кучаяди, менингиал белгилар пайдо бўлади, вегетатив нерв тизими бузилади, эс ҳуши йўқолади.

Яна бир бошқа оғир асорат – казеозли пневмония – титроқ, кучли терлаш, гегтик ҳарорат, балғамли йўтал кучайиши билан асосланади. Жараён соҳада ўпка товуши анча туктоклашган, турли пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.

Ташхис қўйиш клиник маълумотларга, лаборатор-рентгенологик, инструментал текшириш асосида қўйилади. Клиник маълумотлардан бемор ёшига сил бемор билан мулокатга оиласида сил бемор бор-йўқлигига, олдин ўтказган сил хақидаги маълумот бор-йўқлигига, БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш тўғрисидаги маълумотларга асосланади.

Туберкулин диагностика – (2 ТБ билан Манту синамаси) бирламчи силга текширишда муҳим аҳамиятга эга. Туберкулин синамаси натижасининг ҳар йилги курсаткичига қараб зарарланиш муддатини ва беморда бирламчи сил борлигини аниқлаш мумкин. Бу маълумотлар бирламчи силнинг барвақт шакли вал оқал ўзгаришларни аниқлашда жуда ката аҳамиятга эга.

Силдан заҳарланиш ташхисини клиник-рентгенологик белгиларига, туберкулинга вираж сезгирлиги, СМБ билан биринчи марта зарарланиш ва туберкулинга сезгирликнинг кучайиб бориши тасдиқлайди.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сил ива бирламчи сил комплекси аниқланган беморларда туберкулинга сезгирлик гиперэргик натижа беради. Бирламчи сил казеозли пневмония ва сил менингити каби асорат билан кечганда туберкулин натижа манфий (манфий анэргия) кузатилади. Туберкулинга сезгирликни баҳолашда боланинг бошка аллергик касалликлар: диатез, бурун-халқум соха сурункали носпецефик касалликлари ҳисобга олиниши керак. Бундай ҳолатларда натижа юқорироқ бўлади. Агар кизамик, кукйўтал касалликларида иммунодипресант билан даволаниш пайтида ва болада иммун танкислик ҳолати бўлса, туберкулинга сезгирлик камаяди. Бактериологик текширув агар кўкрак ичи лимфа тугунлар сил ива бирламчи сил комплекси тахмин қилинса ёки беморда балғамли йўтал бўлса ўтказилади.

Кичик ёшдаги болаларда балғам йиғиш катта кийинчилик тугдиради, чунки улар балғамни ютиб юборади. Бундай пайтда томоқдан суртма, бронх ва ошкозон ювиндиси СМБ га текширилади. Бактериологик текширув маълумоти кузгатувчи ингаляциядан кейин кўпроқ бўлади.

Асоратсиз кечувчи бирламчи силда СМБ ажратиш жуда кам, шунинг учун сезгирроқ люминисцент микроскопия ва элма усулларидан фойдаланилади.

Бронх сили, нодулобронхиал оқма, бирламчи ковак, казеозли пневмония асоратлари каби бирламчи силда СМБ сони анча кўплиги сабабли тезроқ аниқланади. Бактериологик текширув усули ташхис қўйишда анча кийинчиликлар тугдирганлиги учун бирламчи сил ташхисда рентгенологик текширувга алоҳида аҳамият берилади. Текширув маълумоти унинг усули ва технологиясига боғлиқ. Одатда кулланиладиган рентгенологик усулларда кўкрак қафасини олдиндан ва ёнбошдан рентгенограммаси, оддий томограммада туберкулинга вираж ҳолати кузатилган беморларда ўпка илдизи биров кенгайиши, тўзилишнинг бузилиши, илдиз олди соҳасида ўпка расми кучайиши кузатилади. Бундай ҳолатда одатда лимфа тугунлар томонидан айтарли ўзгаришлар бўлмаганлиги сабабли силдан заҳарланиш ташхиси қўйилади. 6-12 ой утгач рентгенограммада ўпка илдизида кальцинатлар ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ўзгариш уз вақтида аниқланмаган кўкрак ичи лимфа тугунлари силидан далолат беради. КТ куллаш ёрдамида хатто лимфа тугунлар ўлчами жуда кам бўлса-да аниқлаш мумкин. Яллиғланиш жараёни яхши аниқланган беморни биринчи текширув пайтида кичик шаклдаги кўкрак ичи лимфа тугунлари сили қўйишга ёрдам беради. Бу усул билан барча гуруҳ кўкрак ичи лимфа тугунлари, хатто пареоортал лимфа тугунларини ҳам текшириш мумкин. Одатда умумий рентгенограммада улар кўринмайди.

Яхши ривожланаган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили шаклида катталашган лимфа тугунлар оддий рентген текширувида ҳам аниқланади.

Оддий рентгенограммада бронхопульмонал ва трахиобронхиал гуруҳ лимфа тугунларидаги яллиғланиш касалликнинг барвақт боскичида ўпка илдизининг буй ива энига кенгайиши билан асосланади. Илдиз ташқи

чегараси бурган, ноаниқ, тўзилиши бузилган, бронх найи аниқланмайди. Паратрахеал лимфа тугунлар яллиғланишида оралик соя кенгайган, чегараси ярим доира ва полициклик шаклда бўлади. Перинодуляр яллиғланиш сўрилганда лимфа тугунлар чегараси аниқ кўринади. Рентгенологик бундай ҳолатнинг аниқланиши ўсмасимон ўзгаришга ўхшайди. Асоратсиз кечган бронхоаденитда ўпка илдиз расми меёрига келиши мумкин. Одатда фиброз ўзгаришлар ҳисобига ўпка илдиз шакли ўзгаради. Алоҳида гуруҳ лимфа тугунларида кейинчалик кальцинатлар шаклланади. Рентгенограммада улар аниқ чегарали, юқори интенсивликда кўринади.

КТ ёрдамида лимфа тугунларида кальций тузлари йиғилиши кузатилиши мумкин. Ката лимфа тугунларида охакланиш чет қисмларидан бошланади, ичида гранулема бўлади. Кичик лимфа тугунларида кальций тузлари ҳар хил жойда нукта-нукта бўлиб йиғилади.

Бирламчи сил комплексида рентгенологик текширув ҳамма компонентни куриш имқонини беради. Ўпка компоненти кичик ўлчамда бўлса, уни КТ ёрдамида аниқлаш мумкин. Бирламчи сил комплексининг рентгенологик кўриниши шартли равишда 3 та боскичга бўлинади: пневманиқ, сўрилиш ва қаттиқлашиш, охакланиш. Бу боскичлар клиник морфологик ўзгаришларга тўғри келади.

Пневманиқ боскич ўпка тўқимасида ўлчами 2-3 см ва ундан катта, нотўғри шакли, чегаралари нотекис, ноаниқ, ногомоген кўринишдаги корайиш соҳа билан характерланади. Корайишнинг марказий қисми бирламчи ўпка жарохати рентгенограммада кўпроқ интенсивликка эга, атрофида перифокал яллиғланиш камроқ интенсивликка эга. Жараён томонда ўпка илдизи кенгайган, шакли бузилган, чегараси ноаниқ бўлади. Ўпкадаги корайиш илдиз билан боғланган, баъзан бутунлай кушилиб кетган бўлади, бу эса ўпка илдизини аниқ куришга имқон бермайди.

Одатда бу боскич 4-6 ой давом этади.

Сўрилиш ва қаттиқлашиш боскичи аста-секин ўпка тўқимасида ва ўпка илдизидаги перифокал яллиғланиш сўрилиши билан характерланади. Ўпкадаги бирламчи аффект, лимфа тугунлар ва уларни боғлаб турган лимфангит аниқ кўрина бошлайди. Ўпка компоненти одатда чегараланган корайиш ёки урта интенсивдаги фокс соя, лимфа тугунлар ўпка илдизидаги кенгайиш ва деформация кўринишида бўлади. Бу ҳолат «биполяри ҳолат» дейилади.

Кейинчалик ўпка компоненти ва ўпка илдизи ўлчами камайиши давом этади ва аста-секин охакланиш белгилари пайдо бўлади, бу боскич 6 ойча давом этади.

Охакланиш боскичида ўпка тўқимасида юқори интенсивликдаги, аниқ чегарали ўчоқли соя (Гон ўчоғи) ва ўпка илдизи лимфа тугунларида юқори интенсивликдаги кальцинатлар шаклланади.

Асоратли кечувчи бирламчи силда рентгенограммада ва томограммада ўзига хос ўзгаришлар кузатилади. Экссудатив плеврит ривожланганда рентгенограммада плевра бушлигида эркин суюқлик борлиги аниқланади.

Бронх патологиясида унинг сояси бузилганлиги, ўлчами ўзгарганлиги ва тешигининг торайиши кузатилади. Гиповентиляция ва ателектазда ўпканинг ёки анатомик бирлик (сегмент бўлакда) тиниклик пасаяди, нафас олишда иштирок этмайди. Рентгенологик текширувда бир хил интенсивликда аниқ чегарали, баъзан ботик чегарали соя аниқланади.

Соя жойлашган ўрни хавосиз сегмент ёки бўлакка тўғри келади. Ателектаз бўлган ўпка бўлаги хажми кичрайдди. Шунинг учун ўпка илдири ва кокс оралиги жараён томонга силжийди. Ўпканинг бошка жойларида хаво димланиши ҳисобига тиниклиги кучаяди. Бронх ўтказувчанлиги ва ўпка вентилицияси бироз яхшиланса ўпка Яна хаво билан тулади. Узоқ вақт ўпка вентилицияси бузилиши натижасида бўлакларо, сегментларо тўсиқларда перебронхиал ва периваскуляр фиброз ҳисобига ателектаз томонда чизикли соялар пайдо бўлади. СМБ бронхиал диссеминациясида рентгенограммада бронхлар атрофида ҳар хил ўлчамли ва нотўғри шаклдаги ўчоқли соялар пайдо бўлади. Кўпроқ бундай ўчоқли соялар ўпканинг пастки бўлагида аниқланади.

Лимфогематоген тарқалишда эса ўчоқли соялар ўпканинг юқориги бўлақларида бўлади. Оркага қайтиш жараёнида соялар интенсивлини ошади, ўлчами кичрайдди, чегаралари аниқлашади. Ўчоқли соялар ичида баъзан кальций тузлари пайдо бўлади. Ўпка чуққисидаги бундай ўчоқли симон ўчоқлари дейилади.

Бирламчи сил комплексида баъзан ўпка аффекти ўрнида ковак ҳосил бўлиши (бирламчи ўпка коваги) ёки казеозли-ўпка тугун ичида (лимфа тугун коваги) билан асоратланиши мумкин. Бундай ҳолатда ўпка ёки лимфа тугун тўқимасидаги сояда бўшлиқ аниқланади, бу ковак жойлашган ўрнига тўғри келади.

Казеоз пневмонияга олиб келувчи бирламчи сил комплексида рентгенограммада юқори интенсивликдаги, ўпка тўқимаси емирилиши ҳисобига ҳосил бўладиган кўплаб коваклар аниқландиган полисегментар ёки лобар соялар аниқланади. Пастки бўлақларда бронхоген тарқалиш ҳисобига ўчоқли соялар аниқланади. Беморларда бирламчи силда хуржсимон қуруқ йўтал, ўчоқли қуруқ хириллашлар, ателектаз СМБ ажратиш ҳамда узоқ муддатли интоксикация кузатилса, фибробронхоскопия қилинади. Бирламчи силда ката бронхлардаги ўзгаришлар эндоскопик кўриниши кўп киррали. Кўпроқ бронх деворларида катарал эндобронхит ва лимфа тугунлар томонидан босилиши натижасида қон томирлар кенгайганлиги аниқланади. Баъзан бронх деворларида яллиғланиш грануляция, яралар, шунингдек казеоз-некрозга учраган лимфа тугуннинг бронх бушлигига ёрилишидан келиб чиққан оқмалар аниқланади. Баъзан бронх бушлигида охакланган лимфа тугун буртиб турган бронхолит – охак тоши аниқланиши мумкин. Бронх деворида ўзгаришлар аниқланганда бронхоскопия пайтида шиллик каватидан нинали биопсия, лимфа тугундан транс бронхиал пункцион биопсия қилиш мумкин. Биоптатлар морфологик ва бактериологик текширувга олинади.

Бирламчи силда бронхоскопия фақат диогнастик эмас, балки даволашда ҳам аҳамиятга эга. Унинг мохияти бронхлар ўтказувчанлигини яхшилаш, казеоз модда, грануляция, бронхолитни олиб ташлаш, яралар ва оқма йўллари тозалашдан иборат.

Қоннинг умумий тахлили курсаткичларига қараб заҳарланиш белгилари қай даражалигига ва жараён босқичига баҳо бериш мумкин. Бирламчи силнинг барвақт даврида қонда ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Баъзан нисбатан лейкоцитоз, таёкча ядроли нейтрофиллар сони кўпайиши ва ЭЧТ тезлашганлигини куриш мумкин. Нисбатан лимфопения бўлиши мумкин. Бирламчи сил яққол клиник белгилар билан кечганда лейкоцитлар сони $14,0-15,0 \cdot 10^9/l$ га кўпайиши, эознофил ва лимфоцитлар сони камайиши, ЭЧТ 30-35 мм/соат тезлашиши кузатилади. Бирламчи сил кузатилган беморларда узоқ вақт интоксикация ҳисобига гипохром анемия юзага келиши мумкин. Силга хос яллиғланиш ўткир босқичида қоннинг биохимик тахлилида оксил фракцияларининг бузилиши, фибриноген, гактоглобин альфа-1-антитрепсин, сиал кислотасининг ошиши кузатилади.

Қоннинг иммунологик тахлилида фаол сил билан оғриган беморларда силга қарши антителолар титри ошганлиги – айрим иммуноглобулин кўпайганлигини аниқлаш мумкин.

Асоратли кечувчи бирламчи сил ташқи нафас функцияси бузилишига олиб келади. Обструктив ва реструктив шаклдаги ҳаво алмашиш етишмовчилигига кўпроқ бронх ўтказувчанлиги бузилиши, плевритлар, бронхоген тарқалишлар сабаб бўлади.

ЭКГ да Т-S тишчалар камайиши, манфий Т тиши пайдо бўлиши, QRS комплекси сўрилиши кузатилади. Бу ўзгаришлар миокарддаги махсус ва дистрофик ўзгаришлардан келиб чиққан ўчоқли ва диффуз миокардитдан далолат беради. Бирламчи сил ташхисини асослаш анча қийин. Касалликнинг клиник белгилари пайдо бўлганда туберкулинга вираж сезгирлиги ташхисни асослашда муҳим урин тўтади.

Локал формадаги бирламчи силда СМБ ажратиш жуда кам ҳолда бўлади. Шунинг учун бактериологик текшириш касалликнинг силга ҳослигини аниқлаб беришда кўп фойда бермайди. Бундай ҳолларда жараён соҳадан олинган биоптатни бактериоскопик ва морфологик текшириш кўпроқ аҳамиятга эга. Биоптатда СМБ топилиши ёки сил гранулема элементларининг топилиши силдан далолат беради.

Клиник шароитларда сил жараён этиологиясини исботлайдиган рентген текширувга алоҳида аҳамият берилади. Ўпкадаги локал бирламчи силда аҳамиятли рентген белги катталашган ва қаттиқлашган кўкрак ичи лимфа тугунлари. Жараён ўрнида аста-секин Са тузлари йиғилиши жараённинг силга ҳослигини билдиради. яллиғланиш жараёни ўткирлигининг камайиши аста-секин ўтади. Мураккаб диогнастик ҳолатларда ташхисни асослаш учун молекуляр-биологик усулларда фойдаланилади. СМБ плаймери билан ПЦР ўтказилади. Асосан ташхис учун балғам кузгатувчи ингаляциядан кейин йўталгандаги бемор бронх ювиндиси олинади.

Дифференциал диагностика. Силдан захарланиш бошка касалликлардан диф диагностикаси мураккаброқ. Бу формадаги сил аксарият аниқланмайди, баъзан бошка касалликлар сабабли ташхисда хатоликка йўл қўйилади. Силдан захарланиш асосан болаларда кузатилади. Уни билиш учун ҳар йили ўтказиладиган туберкулин синамаси ёрдамида СМБ билан бирламчи зарарланишни аниқлаш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Туберкулин синамаси натижасини аниқлашда эмлашдан кейинги аллергия ҳолатига ва носпецефик сенсебилизациянинг жавоб реакциясига ҳам аҳамият бериш керак. Туберкулинга сезгирлик ўткир ва сурункали юкумли ва юкумли аллергия касалликларда, эндокренологик бузилишларда ҳар хил ўсмали жараёнларда ўзгариши мумкин. 2 ТБ ППД-Л ёрдамидаги Манту синамасининг манфий натижаси силдан захарланишни ҳамма вақт ҳам инкор қилишга ёрдам бермайди. Шубхали ҳолларда ППД-Л 100 ТБ ёрдамида синама ўтказиш тавсия этилади. Бу синама манфий натижа берса СМБ билан зарарланмаганликни, яъни силдан захарланиш йўқлигини курсатади.

Сурункали тонзиллит – болаларда кўп учрайди ва кўпинча захарланиш белгиларининг пайдо бўлишига олиб келади. Силдан захарланишдан фарқли улароқ бодом безларидаги носпецефик яллиғланиш тулкинсимон кечади, ангинанинг клиник белгилари авжланиш ва ремиссия билан алмашилиб туради. Тонзиллитда асосан жаг ости лимфа тугунлари катталашади ва огрикли бўлади. Силдан захарланишда эса 5-7 гуруҳ лимфа тугунлари катталашади, ўлчами унчалик ката эмас ва пайпаслаганда огриксиз. Сурункали тонзиллитга ташхис қўйишда бодом безларининг ҳолатини куриш асосий аҳамиятга эга, шубхали ҳолларда ЛОР га мурожаат қилинади.

Буруннинг ёндош бушлигидаги сурункали яллиғланиш СМБ билан зарарланган болаларда тана ҳароратини кутарилиши ва бошка захарланиш белгилари пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Одатда бу белгилар маҳаллий огрик билан кечади. Ёндош бушлиқдаги яллиғланиш жараёнини рентгенологик ва янаям аниқроқ КТ да аниқлаш мумкин.

Ревматик жараён – агар силдан захарланиш параспецефик ўзгаришлар (нодоз эритема, фликтенали кератоқонъюктевит) билан кечса, уни фарқлаш кийин. Ревматизмда миокард ва эндокарда, бугинларда, буйрақларда, асаб тизимида ўзгариш белгилари, ҳамда махсус серологик жараён, ЭЧТ нинг кескин ошиши ва гемограммадаги бошка курсаткичларнинг ўзгариши далолат беради. Шунинг эътиборга олиш керакки силдан зарарланган болаларда ревматизм ҳам кузатилиши мумкин. Ревматизм ташхиси билан уларни глюкокартикоидлар билан даволашда эҳтиёткор бўлиш керак, даволашни силга қарши дорилар билан бирга бериш керак.

Гижжада захарланиш белгилари худди бирламчи силга ўхшаб кечиши мумкин, лекин гижжада тана ҳарорати кутарилиши ва периферик лимфа тугунлар катталаниши кузатилмайди. Қоннинг умумий таҳлилида эозинофилия аниқланади.

Тиреотоксикозда СМБ билан зарарланган болалар ва усмирларда силдан захарланиш деб баҳолаш мумкин. Силдан фарқи иштаха пасаймасдан вазнининг камайиши ва доимий субфебрил ҳарорат бўлади.

Болалар фтизиатрик амалиётида силдан захарланиш сурункали козпез, респиратор инфекция билан бирга келиши кузатилиши мумкин. Сил ташхиси ўзи охириги 2 йилдаги сил МБ ажратувчи бемор билан мулокат, СМБ билан бирламчи зарарланиш ва туберкулинга сезгирликнинг ошиб бориши, шунингдек эмлашдан кейинги чандик ўлчами, носпецефик антибактериал давога ижобий натижа аҳамиятга эга. СМБ зарарланган болаларда носпецефик яллиғланиш туберкулинга сезгирликни ошириб, хаттоки гипферик натижагача олиб келиши мумкин.

ҚИЛТС ни саркоидоздаги аденопатия билан дифдиагностика қилишга тўғри келади.

Саркоидоз – этиологияси аниқланмаган касаллик у кўпроқ 25-45 ёшли аёлларда учрайди, лекин болалар ва усмирларда ҳам учраши мумкин. Силга ўхшаб саркоидоз ҳам аста-секин бошланади, беморнинг умумий ахволи деярли ўзгармайди ёки жуда кам захарланиш белгилари, холсизлик, тез чарчаш, субфебрил ҳарорат билан кечиши мумкин.

Йўтал ва хансираш касалликнинг кейинги боскичларида кузатилади. Нафас аъзолари саркоидозда бошқа аъзолардаги ўзгаришлар кузатилади, яъни куз, жаг ости ва кулоқ олди лимфа тугунлари, тери, жигар, талок, буйрақлар, юрак вам айда бугинларда саркоидоз биринчи боскичида ўпка илдизлар ва кўкс оралиги лимфа тугунлари катталаниши билан характерланади. Силдан фарқли 2 томонлама барча гуруҳ КИ лимфа тугунлар катталашади. Атрофида перифокал яллиғланиш кузатилмайди. Силга қараганда рентгенологик кўриниш тез ўзгариши хусусиятига эга, хатто даволанмасдан туриб 2-3 ойда лимфа тугунлар кичрайиб меъёрига келиб қолиши мумкин, охакланиш кузатилмайди. Баъзан саркоидозда лимфа тугунларида охакланиш кузатиш мумкин, бу аввал ўтказган сил асорати. Баъзи холларда кам микдорда Са тузлари саркоидоз гранулемаларда ҳам тунглашиши мумкин. Бу охаклар жуда кичик ўлчамда бўлиб, касаллик кечиш боскичини аниқламайди.

Саркоидоз бўлган беморларда туберкулинга сезгирлик шубхали ёки манфий натижа беради. Бу белги диф. д/тикада эътиборга олинади. Бронхоскопия ҳам анча фойдали маълумотлар беради.

Бронх шиллик каватида кенгайиш ва чигалга ўхшаб эгилишга хос ўзгариш аниқлаш мумкин. Баъзан думбокчали тошма – саркоид гранулемалар аниқлаш мумкин.

Нодуло-бронхиал окмалар бўлмайди, чунки саркоидозда лимфа тугунлар казеоз некрозга учрамайди.

Радионуклеид сканерли текширувда с-67 Са нинг саркоидоз бўлган беморларда лимфа тугунларда, жигар, талок ва кулоқ олди безларида тупланади. Саркоидоз ташхиси лимфа тугунлар биопсияси ва уни гистологик текширув натижасида асосланади. Биоптат олиш кам шикастли усулдан фойдаланилади. Кўпроқ бронхоскоп оркали функцион биопсия усули кулланилади. Аммо янаям кўпроқ аҳамиятли диагностик усуллардан биримедиостетаскоп ёрдамида биоптат олиш ҳисобланади.

Биоптатда саркоид гранулемалар топилади. Тўзилиши бўйича у сил гранулемасига ўхшайди, лекин ичида казеоз некроз бўлмайди.

Медиостенал лимфа гранулемалар (Ходжкин касаллиги) тана ҳароратининг кутарилиши, кескин холсизлик, озиб кетиш каби заҳарланиш белгилари яққоллиги билан намоён бўлади.

Баъзан беморлар оз микдорда балғам аралаш йўталга, кам холларда қон туфлашга шикоят қилишади. Силдан фарқли улароқ лимфагранулематозда ўзига хос ҳарорат кийшиклиги ва тери кичиши кузатилади. Туберкулинга сезгирлик манфий натижа беради. Лимфа тугунлар бир томонлама ёки икки томонлама катталашади, кўпроқ паратрахеал ва бронхопульмонал гуруҳ лимфа тугунлари катталашади.

Лимфа гранулематозда катталашган лимфа тугунлар атрофида перифокал яллиғланиш белгилари йўқ, баъзан гранулематоз тўқима лимфа тугунидан ўпкага интерстициал иплар каби тарқалган бўлиши мумкин ва нихоят лимфагранулематозда кўкрак ичи лимфа тугунларидан ташқари периферик лимфа тугунларида ҳам жараён кузатилиши мумкин. Лимфагранулематоз ташхиси лимфа тугунлар биопсиясига асосан қўйилади. Унинг морфологик кўриниши ўзига хос: лимфа тугуннинг ҳар хил хужайра элементлар ичида Беризовский-Риза-Штенберг гигант хужайралари аниқланади.

Лимфолейкоз – кўкрак ичи лимфа тугунлари икки томонлама катталаниши билан кечадиган хавфли ўсма. Касаллик аста-секин бошланиб, заҳарланиш белгилари кучайиб боради. Рентгенограммада лимфа тугунлар чегараси аниқ, атрофида яллиғланиш бўлмайди. Кўкрак ичи лимфа тугунлари ўлчами силга Қараганда каттароқ бўлади. Периферик лимфа тугунлар ва талок ҳам катталаниши мумкин. Қон таҳлилида мутлок лимфоцитоз билан лейкоцитлар сони кескин ошганлиги кузатилади. Суяк кумиги текширилганда унда етилган лимфоцитлар ҳисобига яллиғланиши кузатилади. Лимфолейкоз лимфа тугун гистологик текширувига асосан қўйилади.

Ходжкин бўлмаган лимфома (лимфосаркома иммунобласт лимфома) кўкс оралиги лимфа тугунлари ўсмаси бўлгани учун уни силдан дифдиагностика қилинади. Касаллик бошланганда клиник белгилар унчалик ривожланмайди. Баъзи беморларда ҳарорат кутарилиши, кечаси терлаш, оза бориш касалликнинг бошида кузатилиши мумкин. Силдан фарқли лимфомада кўп гуруҳ лимфа тугунлар анча катталашади, ўсма тўқимаси лимфа тугунлардан атроф тўқимага ва аъзоларга, шу жумладан ўпка тўқимасига ушиб кетади. Лимфа саркомада туберкулинга сезгирлик манфий. Ташхис лимфа тугуннинг биопсияси ва уни гистологик текширув натижасига асосланади.

Ҳар хил хавфли ўсмаларни кўкрак ичи лимфа тугунларига тарқалишида лимфа тугунлар катталашади ва улар ҳам сил билан диф диагностика қилинади. Сураб суриштирилганда аввал бошка ўсма касалликлардан даволанганлиги ёки йўқлиги суралади. Баъзан метастаз оқибатида катталашган лимфа тугунлар хавфли ўсманинг дастлабки белгиси бўлиши

мумкин ва унинг асосий жойини топишга тўғри келади. Кўкрак ичи лимфа тугунлар сили болалар ва усмирларда, хавфли ўсмалар катта ёшдаги беморларда бўлиши мумкинлигини инобатга олиш керак. Метастазда зарарланган лимфа тугунлар чегараси аниқ ва ичида Са тузлари бўлмайди. Баъзан метастатик тугунлар бир вақтда ўпкада ҳам бўлиши мумкин. Бундай беморларни нур ташхиси эндоскопик ва морфологик текшириш йўли билан бирламчи ўсмани аниқлаш учун ҳар томонлама текшириш керак. Кўкрак ичи лимфа тугунлар силини бошка касалликлардан диф диагностика шифокор кулида рентгенограмма бўлсагина қилишга тўғри келади. Кушимча нур ташхиси, биопсия ва гистологик текшириш ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Силикотуберкулез бронходенит – клиник иммунологик белгилари билан силга ўхшаш. Беморларда захарланиш белгилари кузатилади, туберкулинга сезгирлик гиперэргик натижа бериши мумкин. Рентгенограммада кўп гуруҳ лимфа тугунлар бироз катталашганлиги аниқланади. Силдан фарқли силикотуберкулезда лимфа тугунларда охакланиш лимфа тугун кобигида «тухум пустлоги» га ўхшаб ҳосил бўлади. Сураб суриштириш касбий анамнез ташхис қўйишда кийинчилик тугдирмайди. «Тухум пустлоги» га ўхшаган охакланишни бошка турдаги кониотуберкулезда хим учратиш мумкин.

Болаларда кўкрак ичи лимфа тугунлари силини катта бронхга тушган ёт жисмдан ҳам фарқлашга тўғри келади. Болалар баъзан ёт нарса ютиб юборганлигини айтмаслиги мумкин. Баъзан экзоген ёки экдоген ёт жисмлар субъектив белгилар келтириб чиқармаслиги мумкин. Рентген нури ютадиган ёт нарсаларни ўпка илдизида аниқлаш осон. Рентген нури ютмайдиган ёд жисмлар (дон, писта, ручка копкоги) бронхоскопия ёрдамида аниқланади. Эндоген ёд жисмга мисол бронхдаги тош – бронхолит бўлиши мумкин. У бронх бушлигига сил билан касалланиб, охакланган лимфа тугунидан тушади. Баъзан кўкрак ичи лимфа тугунлари сили клиник рентгенологик кўриниши сил спанделитидаги абцесс бўлиши ҳам бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда беморларда захарланиш белгилари ва туберкулинга сезгирлик мусбат ёки гиперэргик натижа бериши мумкин. Совук абцесс КТ да яхши аниқланади.

Кичик формадаги сил бронходенти дифдиагностикаси жуда мураккаб. Ўпка илдизида пневмофиброз, бронхоэктаз бўлганда, туберкулинга мусбат натижада захарланиш белгилари мавжуд бўлганда бу жараёни сурункали бронхит бўлган беморларда ҳам хато ташхис қўйилиши мумкин. Ташхиснинг хато қўйилиши нур билан текшириш тулик бўлмаганда бўлиши мумкин. Кўкрак ичи лимфа тугунлари ҳолатини КТ ёрдамида тулик баҳолаш мумкин. КТ да кўкрак ичи лимфа тугунларида яллиғланиш белгилари йўқлиги, ўпка илдизидаги сил жараёнига шубҳа қилишга ердам беради. Бундай ҳолларда бронхоскопия қилиш мақсадга мувофиқ. Эндоскопик текширишда яллиғланган йирингли ёки йирингли эндобронхит сурункали носпецефик яллиғланиш жараёнидан далолат беради. Сил бронходенитида рентгенологик

кўринишнинг ўзгариши катта аҳамиятга эга. Ўпка илдизида кальцинатлар бўлиши силга хос.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари силини дифдиагностика қилганда кўкрак ичи аденопатияси билан кечувчи системали касалликларни ҳам назарда тутиш керак. Кўкрак ичи лимфа тугунлари силини марказий рак, саркоидоз I-боскичи ва лимфагранулематоз билан дифдиагностик меъзонлари 8.1-жадвалда келтирилган.

8.1-жадвал. Кўкрак ичи лимфа тугунлар сили дифдиагностика

Белгилар	лимфа тугунлар сили	Саркоидоз I-боскич	лимфогранулематоз	Ўпканинг марказий раки
1	2	3	4	5
Ёши, жинси	Кўпроқ болалар, 25 ёшгача катталардан жинсидан катъий назар	Кўпроқ ёш ва урта ёшдаги аёллар	Кўпроқ ёш ва урта ёшдаги жинсидан катъий назар	Кўпроқ эркаклар 40 ёшдан юкори, чекувчилар
Периферик лимфа тугунлар	Полиаденопатия	Жуда кўп, ўлчами 1,5 см гача	Жуда кўп, катта ўлчамда, каттиқ – «копдаги картошка»	Метастаз окибатида лимфа тугунлар катталашади (кўпроқ умров ости лимфа тугунлари)
Касаллик бошланиши ва кечиши	Кўпроқ аста-секин, кам белгилар билан, уз-ўзидан тузалишга мойиллик	Кўпроқ билинмасда, аста-секин, бошка аъзоларда ўзгаришлар билан ва уз-ўзидан оркага кайтиш билан	Ним ўткир ёки ўткир, авжланиб борувчи, кўпроқ тулкинсимон ҳарорат ватери кичиши билан	Аста-секин, авжланиб борувчи
Рентгенологик белгилар	Бир томонлама лимфа тугунлар катталашини устунлик қилади, кўпроқ бронхопультмон ал гуруҳ	Икки томонлама бронхопультмон ал паратрахеал лимфа тугунлар катталашини	Икки томонлама медиостенал, кўпроқ паратрахеал лимфа тугунлар катталашини	Ўпка илдизи ва илдиз олди соҳасида чегарадланган корайиш, ўпка расми ва деформация кучайиши, бронх ўтказувчанлигини бузилиши, лимфа тугунлар катталашини
Бронхоскопия	Меърида. Асоратли кечганида бронх сили,	Катарал эндобронхит шиллик каватнинг	Бронх девори кавариши, катарал эндобронхит	Ўсманинг эндо ёки перибронхиал усиши, бронх ҳаракатини бузилиши, бронхнинг

	оқма, стеноз	калинлашиши		ташкаридан босилиши
Балғамни бактериоскопик текшириш	Баъзан СМБ+	СМБ-	СМБ-	СМБ-
Туберкулинга сезгирлик	Гиперэргик ёки нормергик	Шубхали манфий	ва Шубхали манфий	ва Шубхали ва манфий
Биоптатни морфология к текшириш	Сил гранулемаси, гранулема элементлари	Саркоид гранулема	Нейтрофилли плазмоцит, эозинофилли Березовский-Штенберг хужайралари	Ўсма тўқимаси ва хужайралар

Бирламчи сил комплексини кўпроқ ўпканинг носпецефик яллиғланиш жараёнлари билан дифдиагностика қилинади.

Ўткир зотилжам (лобар ёки сегментар) болаларда кизамик ёки кук йўталдан кейин келиб чикса клиник-рентгенологик белгилари, регионал лимфа тугунларининг яллиғланишга кушилиши билан бирламчи сил комплексига ўхшаб кетади. Бирламчи сил комплекси аста-секин бошланади, кам заҳарланиш белгилари билан кечади, ўпкада хириллаш деярли йўқ ёки жуда кам микдорда бўлади. Рентгенограммада ўпкада қорайиш урта интенсивликда, ногомоген тўзилишга эга, асосан четларида ва атрофида ўчоқли соялар аниқланади. Ўткир зотилжамда олдин СМБ билан зарарланган болаларда туберкулинга сезгирлик пасаяди, баъзан анергия ҳолати кузатилади. Бирламчи сил ривожланганда аксинча туберкулинга сезгирлик ошади, кўпроқ холларда 2 ТБ тери ичига юборилганда гиперэргик натижа кузатилади.

8.2-жадвал. Бирламчи сил комплекси, ўткир носпецефик зотилжам ва узоқ давом этган зотилжам дифдиагностикаси

Белгилар	Бирламчи сил комплекси	Ўткир носпецефик зотилжам	Узоқ давом этган зотилжам
Ёши, жинси	Кўпроқ болалар, 25 ёшгача катталар жинсидан катъий назар	Барча ёшдаги одамлар жинсидан катъий назар, кўпроқ совук котишдан кейин	Барча ёшдаги одамлар ёшидан катъий назар
Периферик лимфа тугунлар	Полиаденопатия	Одатда ўзгаришсиз	Одатда ўзгаришсиз
Касаллик бошланиш	Кўпроқ аста-секин, кам белгилар	Ўткир, борувчи	Кўпроқ аста-секин, юқори нафас йўллари

и ва кечиши	билан, уз-ўзидан тузалишга мойиллик	белгилар захарланиш билан	ва ўткир респиратор касалликлар билан
Рентгенологик белгилар	Чегараланган ногомоген корайиш, ўчоқли соялар, катталашган лимфа тугунлар, аста-секин яллиғланиш соҳасида охакланиш	Кўпроқ бир томонлама, ўпканинг пастки бўлагида чегараланган ногомоген корайиш, ўчоқли соялар йўқ, илдиз сояси озгина кенгайган, тўғри даволанганда сўрилиш	Ўпканинг пастки бўлагида чегараланган ногомоген корайиш, озгина пневмофиброз, илдиз деформацияси
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, асоратли кечганида бронх силли, окма, стеноз	Шиллик каватга тарқалган гиперимия, шиш, бронх бушлигининг шиши, йиринг	Баъзан тарқалган катарал эндобронхит
Балғамни бактериоскопик текшириш	Баъзан СМБ+	СМБ-, носпецефик флора	СМБ-, носпецефик флора
Туберкулинга сезгирлик	Гиперэргик ёки нормергик	Шубхали ёки нормергик	Шубхали ёки нормергик

Ўткир зотилжамда кенг спектрли антибиотиклар билан даволанса захарланиш белгилари ва ўпкадаги яллиғланишли ўзгаришлар тез йўқола боради. Силда носпецефик антибактериал даволаш деярли наф бермайди. Унинг ўрнига бирламчи силнинг перифокал яллиғланиши уз-ўзидан сўрилади бошлаши мумкин, лекин махсус яллиғланиш аста-секин сўрилади. Бирламчи сил комплекси охири боскичида ўпка тўқимасида ва лимфа тугунларда Са тузлари тупланганлигини аниқлаш мумкин.

Узоқ давом этган зотилжам аденовирусли бактерия табиатига эга, кўриниши бирламчи силга жуда ўхшаб кетади. Патологик ўзгариш ўпканинг яхши хаво алмашадиган бугинида бўлиб, кам симптомли, антибиотиклар билан даволанганда аста-секин сўрилиш кузатилади. Баъзан жараёнга ўпка илдизидаги лимфа тугунлар ҳам кушилади. Бундай пайтларда туберкулин диагностика муҳим аҳамиятга эга. Узоқ давом этувчи носпецефик пневмонияда туберкулинга сезгирлик жуда паст ёки манфий, аксинча 2 ТБ билан туберкулинга сезгирлик жуда юқори бўлиши силдан далолат беради. Бирламчи силга хос бошқа ҳолатларни ҳам инобатга олиш керак, яъни касалликни аста-секин бошланиши, бемор умумий аҳоли нисбатан қоникарлиги, клиник белгилардан захарланиш белгилари устунлиги, жараён

соҳаси ўпканинг бугин ва бўлакларидалиги аҳамиятга эга. Зотилжам учун касаллик ўткир бошланиши, заҳарланиш белгиларининг кўпроқ ривожланганлиги, яллиғланиш жараёни ўпканинг кўпроқ пастки бўлакларида бўлиши хос.

Бронхоскопияда зотилжамда ҳар иккала ўпка бронхларида диффуз гиперемия ва шишлар аниқланади, бронх бушлигида эса шилимшик йиринг тупланади. Сил жараёнида эса бронх деворларида чегараланган ўзгаришлар катталашган лимфа тугунлар соҳасида кузатилади. Беморларда балғамли йўтал бўлса балғамни СМБ, икқиламчи флора, замбуруглар, атипик хужайраларга текшириш керак. Бу текширувлар натижаси катта диагностик аҳамиятга эга. Мураккаб диагностик ҳолатларда балғамни кушимча молекуляр-биологик усул билан текширилади (СМБ пракмери учун махсус ПЦР).

Литература

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