

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КАФЕДРА: Ички касалликлар пропедевтикаси

КАФЕДРА МУДИРИ: Р.Н.Юлдашев

РЕФЕРАТ

ТЕКШИРДИ: Д.Г.Иргашева

БАЖАРДИ: Даволаш факультети 309-Б-гурух талабас

ҮПКА ЭМФИЗЭМАСИ

Үпка эмфиземаси үпкада ҳаво күпайиб қолиши билан таърифла-надиган патологик ҳолат деб ҳисобланади. Эмфиземанинг иккита асосий шакли тафовут қилинади: *интерстициал ва везикуляр эмфизема*.



ИНТЕРСТИЦИАЛ ҮПКА ЭМФИЗЭМАСИ

Интерстициал (оралиқ) үпка эмфиземаси алвеолалар ёрилга-ни туфайли үпканинг оралиқ түқимасида ҳаво тўпланиб бориши билан паренхиматоз эмфиземадан фарқ қиласи. Бу жараён септаларга ҳаво ўтишидан бошланади. Шу септалар қаватларга ажралганида ҳаво үпка дарвозаларигача етиб бориб, кўкс оралиғига ўтади. Бунда кўкрак қафаси, бўйин, тана тери ости клетчаткасига ҳам ҳаво ўтиши мумкин. Интерстициал эмфиземанинг сабаби — эмфизема маҳалида алвеолаларнинг ёрилишидир. Одам нафасга ҳаво олиб, үпка кенгайган маҳалда ҳаво оралиқ тўқимага ўтиб қолади, нафас чиқарилиб, үпка пучайган маҳалда чиқиб кетмасдан, балки интерстицийга киради. Интерстициал эмфизема кўпчилик ҳолларда йўтал тўсатдан хуруж қилиб қолганида, кўйўтал маҳалида йўтал тутганида ёки ёт жисм тиқилиб қолганида бошланади. Камроқ ҳолларда бу эмфизема қовурғалар синганида, кўкрак қафа-си жароҳатланганида ҳам бошланиши мумкин.

ВЕЗИКУЛЯР ҮПКА ЭМФИЗЭМАСИ

Змонавий тушунчаларга мувофиқ, *везикуляр үпка эмфиземаси терминал бронхиолалардан дисталрос томонда жойлашган ҳаво ўтказувчи үпка тузилмаларининг кескин кенгайиб кетиши билан таърифланадиган органик үпка касаллиги*дир. Бу касаллик алвеолалар ўртасидаги тўсиқларнинг емирилиб бориши, яъни деструксияга учраши билан бирга давом этади.

Үпканинг бирдан шишиб чицишини везикуляр эмфиземадан фарқ қилиш керак. Упка дамланиб, бирдан шишиб қолган маҳалда үпканинг респиратор бўлимидаги ҳаволи бўшлиқлар хажми деструксия аломатлари бўлмаган алвеолалар деворларининг чўзилувчан бўлиши ҳисобига катталашади.

Эмфиземада касаллик жараённинг қаердшшигига қараб эмфиземанинг тўртта асосий тури тафовут қилинади: 1) сантоацинар (центролобуляр), 2) панацинар, 3) периацинар (парасептал, субплеврал), 4) иррегуляр (перифокал, чандиқ ёнидаги) эмфизема. Бу тасниф жараённинг үпка респиратор бўлимининг структур-функционал бирлиги бўлмиш ацинус доирасида жойлашганини акс эттиради. Ацинус барча тартибдаги респиратор бронхиолалар, ал-веоляр йўллар ва алвеолалардан иборатdir (36, А-расм).

Сентролобуляр (сентроацинар) эмфизема касалликнинг ачинус марказий қисми, яъни респиратор бронхиолаларда авж олиб бориши билан таърифланади (36, В-расм). Шу билан бирга касалликнинг илк даврларида ачинуснинг дистал бўлимлари интакт, яъни заарланмаган ҳолда қолаверади. Жараён зўрайиб борганида дио тал алвеолалар кенгайиб, деворлари емирилади. Эмфиземанинг бу хили учун ўпканинг юкори бўлимларида жараён кучлироқ бўлиши типикдир. Сентролобуляр эмфизема кўпинча эркакларда, чекувчи кишиларда, гоҳо чекмайдиган одамларда ҳам кузатилади.

Панацинар эмфиземада ачинуснинг ҳаммаси заарланиб, алвеолалар ва алвеола йўллари бирдек катгалashiб қолади (36, С-расм). Бунда алвеолалар деворлари ҳам емирилади. Жараён зўрайган сайин табиатан тарқоқ, диффуз бўлиб боради. Панацинар эмфиземанинг пайдо бўлиши алфа-1-антитрипсин деган ингибитор модда-нинг ирсий етишмовчилигига боғлиқ, деб ҳисобланади. Бу хилдаги эмфизема ёши улкайиб қолган аёлларда кўпроқ учрайди.

Периацинар (парасептал ёки субплеврал) эмфизема ачинуслар тўсиқларига тақалиб турган периферик бўлимлари заарланиши билан таърифланади. Жараён субплеврал соҳада ва ўпка бўлаклари орасидаги септалар бўйлаб жойлашади (37-расм). Эмфизема табиатан чекланган бўлади ва айрим ҳолларни айтмаганда ўпка функциясини амалда ўзгартирмайди. Эмфиземанинг бу хили баъзан бевосита плевра тагида буллёз пуфаклар пайдо бўлишига олиб келади, бундай пуфаклар плевра бўшлигига ёрилиб, ёшларда пневмоторакс бошланишига сабаб бўлиши мумкин.

Иррегуляр перифокал эмфиземаси (чандиқёни эмфиземаси). Бундай эмфиземанинг ачинусга қандай дахлдор эканлигини аниқлаш қийин, чунки у аксари ачинуслар деворига қўшилиб кетадиган чандиқлар атрофида бошланади. Табиатан маҳаллий бўлади ва ўпканинг респиратор функциясини издан чиқармайди. Бироқ, одатда сил, пневмокониоз маҳалларида, ўпкада кўриладиган каттагина чандиқли жараёнларда перифокал эмфизема бирмунча тарқалиб, нафас етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин.

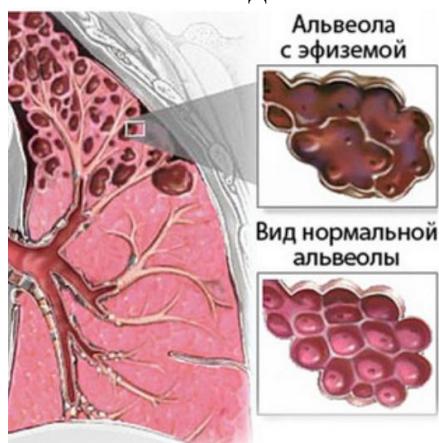
Юқорида баён этилган тўрт хил эмфиземадан ўпканинг сурункали обструктив касаллиги асосида ётадиган сентролобуляр эмфизема билан панацинар эмфизема кўпроқ учрайди. Бу хилдаги эмфиземалар, айниқса сентролобуляр эмфизема бошланишида бронхитлар ва бронхиолитлар, шунингдек сигарета чекиши аҳамиятга эгадир.

Эмфиземанинг компенсатор, викар ва сенил, яъни кексаликка ало-қадор хиллари ҳам тафовут қилинади. *Компенсатор ўпка эмфиземаси* қандай бўлмасин бирор ўпка қисми коллапсга (ателактазга) учраши ёки олиб ташланиши натижасида алвеолаларнинг кенгайиб қолишидир. Бунда ўпка шишиб, ҳажми катталашиб туради, лекин алвеолаларининг деворлари заарланмайди. Бир қанча тадқиқотчилар бу жараённи эмфизема деб эмас, балки ўпканинг компенсатор шишуви, кепчиши деб аташ тўғрирок бўлади деб ҳисоблайди. *Кексаликка алоқадор ўпка эмфиземаси* ўпка ҳажмининг жуда сезиларли даражада катталашиб кетиши билан таърифланади, бундай ҳодиса кекса одамларда кузатилади. Ўпканинг шу тариқа бир текис, яъни диффуз кепчиши кўкрак қафаси

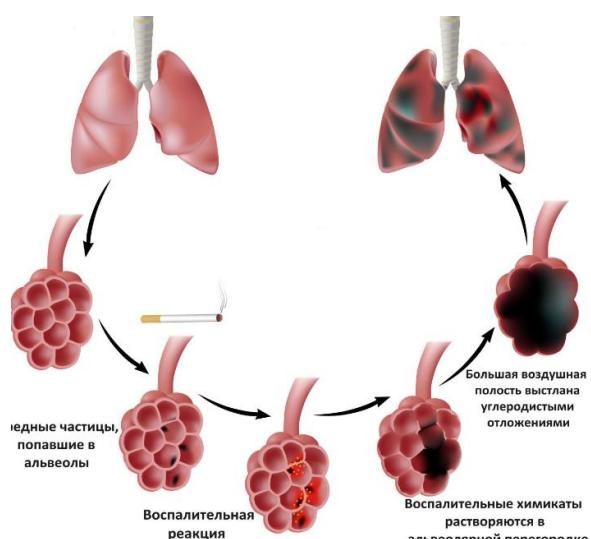
диаметрининг олдинги-орқа йўналишда катталашиб қолганининг оқибатидир. Кўкрак қафаси кенгайиши муносабати билан ўпка ҳажми катталашиб, плевра бўшлигини тўлдириб туради. Бунда алвеоляр тўсиқларнинг деструксияга учраши кузатилмайди, шу муносабат билан бу жараённи ўпканинг кексаликка алоқадор кепчиб катталашуви, деб қараш маъкулроқбўлади.

Этиологияси

Ўпка эмфиземаси кўп ҳолларда Бронх дараҳтларининг вентилацияси фаолияти бузлиши оқибатида ривожланадиган касалликлардан кейин(сурункали бронхит, бронхиал астма, бронхларнинг чегараланган зарарланиши билан кечувчи бир қатор патологик жараёнлар-пневмосклероз, сил, ўсма, саркоидоз, ва бошқалар) пайдо бўлади. Бирламчи эмфизема Бронх ёки ўпка касалликларига боғлиқ бўлмаган ҳолда алоҳида ривожланади ва жойлашиши бўйича диффуз характерга эга. Иккиласми эмфизема эса ўпканинг сурункали обструктив касалликлардан кейин шаклланади.



Касбий заарликлари. Тез-тез респиратор юқумли касалликларга чалиниш, глукокортикоидларни узоқ вақт қабул қилиш, чекиш(чекадиган кишиларда чекмайдиганларга қараганда 15 марта кўпро учрайди) ва бошқа қатор омиллар аҳамиятга эга.



Патогенези. Эмфизема пайдо бўлиш механизмини тушунтиришга уринадиган кўпгина назария ва фаразлар бор. Шулардан қуйидаги омилларга: эластаза билан антиеластаза ўртасидаги мувозанат бузилиши, алвеолалар эпителийсининг заарланиши, бириткирувчи тўқима синтезининг сусайиши (издан чиқиши)га асосланган.



Эластаза ва антиеластаза ферментлари системасидаги мувозанатнинг бузилиши. Маълумки, соғлом одам қонида протеиназалар (еластаза, трипсин, коллагеназа) ингибитори бўлади, уни 14-хромосомадаги аутосом ген кодлайди. Ирсий сабабларга кўра, алфа-1-антитрипсин (антипротеиназа) етишмаганида эмфизема (одатда панацинар) бошланади. Бироқ ирсий сабабларга алоқадор эмфизема камдан-кам учрайди. Эластаза билан антиеластаза ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши кўпчилик ҳолларда ўпкадаги эластаза фаоллиги кучайиб, антиеластаза таъсири сусайиб қолишига боғлиқ бўлади. Эластазанинг манбаи ҳали аниқланган эмас. Лекин ҳавонинг ифлослиги, чекиш эластаза ишлаб чиқарадиган нейтрофиллар фаолиятини ҳам, моноцитлар билан макрофаглар фаолиятини ҳам кучайтиради, деб тахмин қалинади. Дарвоқе, чекадиган одамлар ўпкасида нейтрофиллар билан макрофаглар чекмайдиган одамлар ўпкасидагидан кўра анча кўп бўлади. Мана шу системадаги мувозанатнинг бузилиши прогеазалар таъсиридан алвеолалар тўсиклари емирилишига ва алвеолалар бир-бирига қўшилиб, анча катта эмфизематоз бўшликлар ҳосил қилиши, ўпканинг нафасда иштирок этадиган умумий юзаси кичрайиб қолишига олиб келиши мумкин. Шу нарса янада муҳимроқки, тамаки тутуни алфа-1-антипротеиназани тез инактив ҳолга келтириб қўяди, чунки унинг таркибида оксидантлар бўлади.

Мувозанат бузилишининг сабаби нима эканлигидан қатъий назар, чекадиган одамларда эластин парчаланишидан ҳосил бўладиган маҳсулотлар кўпроқ микдорда топилади. Бироқ, эмфизема маҳалида ўпкада эластин микдори камайиб кетишини биокимё-вий йўл билан исбот этиш ҳануз мумкин эмас. Бунинг сабаби шуки, физик-кимёвий жиҳатдан аномал модда бўлмиш эластин жуда тез орада қайтадан синтезланиб туради.

Алвеолалар эпителийсининг заарланиши алвеолаларнинг деструксияга учрашига олиб келади, кейин эластин ва, афтидан, алвеолалар тўсигидаги бириткирувчи тўқиманинг бошқа таркибий қисмлари емирила бошлайди. Тамаки (сигарета) тутуни таркибида заҳарли моддалар, жумладан алвеолалар эпителийсини шикастлай оладиган эркин радикаллар кўп бўлади. Алвеолалар

эпителийсининг бутунлигига раҳна етиб, эластин билан колла-геннинг заарлана бошлиши эмфиземада алвеолалар заарланишининг, чамаси, дастлабки сабаби бўлиши мумкин.

Шикоятлари. Ўпка эмфиземасининг энг асосий белгиларидан бири бу ҳансираш. Касаллик бошланишида у кам намоён бўлади ва 50-60 ёшларга бориб кучаяди. Ҳансираш бу нафас етишмасилигининг эрта ва доимий белгисидир. Ҳансирашнинг қай даражада намоён бўлаётганинга қараб нафас етишмаслигининг З даражаси тафовут этилади:

I даражада

II даражада

III даражада

Касаллик ривожланиб борган сари чарчаш, иш қобилиятини пасайиши кузатилади. Бемор йўталга шикоят қиласи.

Патологик анатомияси. Диффуз эмфиземада ўпка шишиб чиққан, ранги ўчган, катталашган бўлиб кўзга ташланади ва четлари олдинги кўкс оралиғини бекитиб турди. Микроскоп билан текширилганда эмфиземага *характерли асосий ўзгаришилар* қўйидаги-лардир: *ацинусларнинг кескин кенгайиб, алвеолалар тўсиқларининг юпқалашгани ва деструксияга учраши, септал капилларларнинг босилиб қолгани*, кеймнчалик капилларлар тармоғининг редуксияланиб кетиши, кўмир чангини ўзига олган макрофаглар айниқса майда нафас йўллари атрофида тўпланиб боради, бронхиолит бошланади, бунда яллиғланиш жараёни, айниқса, сентролобуляр эмфиземада терминал ва респиратор бронхиолаларга тарқалган бўлади.



Сентроацинар эмфиземада одатда ўпканинг юқори бўлимлари заарланади. Ўпка паренхимасининг субплеврал қисмида эмфизема баъзан бўлмайди. Касаллик зўрайган маҳалдагина ўпка катталашиб, ранги оқариб турди. Эмфизема табиатан ўчокли бўлади ва ацинуснинг марказий қисмида авж олиб боради. Ўпка паренхимаси ва айниқса, чекувчи кишиларда қора трахеобронхиал лимфа тугулларини қурум босиб кетади (кўмир пигменти ҳисобига бўладиган пигментация деб шуни айтилади).

Енгил даражадаги панацинар эмфизема айниқса ёши қайтиб қолган

кишиларда ўпканинг пастки қисмларида бошланади ва анатомик жиҳатдан олганда амалда кўзга чалинмайди. Бироқ, панацинар эмфиземанинг айниқса, альфа-1-антпротеиназа етиш-маслигига алоқадор бўлган сезиларли ва тарқоқ хилларида ўпка жуда катталашиб, ранги рқариб туради. Кесиб кўрилганида ўпка тўқимаси ғовак бўлади. Ўпканинг олдинги четлари кўкс оралиғи органларини ёпиб туради. Микроскоп билан текшириб кўрилганида эмфиземанинг бутун ацинусга тарқалгани кўзга ташланади.

Парасептал, периацинар эмфизема диаметри 1 см дан каттароқ келадиган ҳаволи бўшлиқлар (пуфаклар, буллалар) ҳосил бўлиши билан ўтади ва шунга кўра буллёз эмфизема деб аталиши мумкин. Бундай бўшлиқлар одатда тўғридан-тўғри плевра остида, ўпка учлари соҳасида бўлади.

Иррегуляр эмфизема камдан-кам ҳолларда ўпканинг катталашиб кетиши билан бирга давом этади.

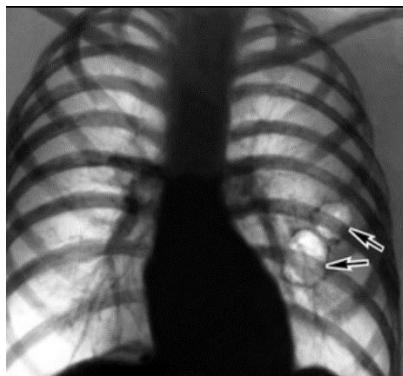
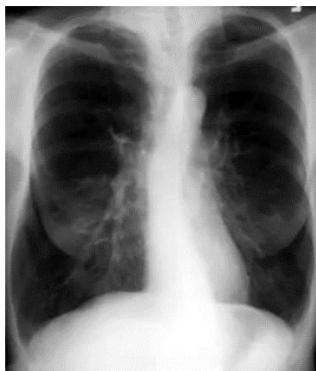
Клиник манзараси. Эмфиземага хос ўзгаришлар арзимас даражада бўлганида жараён белги бермай ўтиб боради. Зўрайганида ўпканинг сурункали обструктив касаллиги бошланади, унинг дастлабки аломати хансирашдир. Беморларнинг нафас олиши эшитилиб туради, нафас чиқариш узайган бўлади. Эмфизема бронхит билан бирга қўшилганида касалларда йўтал пайдо бўлади. Спирометрияда нафасга олинадиган захира ҳаво ҳажми камайиб, нафасдан чиқариладиган захира ҳаво ҳажми амалда бутунлай йўқолиб кетганлиги топилади. Нафас етишмовчилиги зўрайиб борса, сианоз бошланади. Кўпинча тана оғирлиги камайиб боради.



Ўлимга қуидагилар сабаб бўлиши мумкин: 1) тобора зўрайиб бориб, миянинг заарланишига олиб келадиган гипоксемия; 2) респиратор ацидоз ва кома; 3) ўпка инфексияси қўшилиши; 4) ўнг юрак етишмовчилиги (сог рулмонум); 5) пневмоторакс ва ўпканинг катта қисми коллапсга учрагани муносабати билан тўсатдан бошланадиган иккиласи гипоксемия.

Лаборатор асбобий текширишлар. умумий қон таҳлилида бошқа патологик жараён кузатилмайди. артериал гипоксия ва гиперкарния ҳисобига компенсатор эритроситоз юзага келиб ЭЧТ сусайган бўлади.

Рантген текшируви ташхисда муҳим аҳамиятга эга. Бунда диафрагма гумбазининг паст тургани, зичлашиб қолгани, экскурсиянинг камайгани, ўпка майдонларининг кучайиши ва ўпка томир суратининг сусайиши, юрак соясининг торайиши ҳамда чўзилиши аниқланган бўлиб “томчисимон юрак” деб номланади.



Даволаш. Дориларсиз даволашда биринчи навбатда чекишини ташлаш, беморларнинг ҳаммасига тоза ҳавода сайр, кўқрак қафасини уқалаш, нафас гимнастикаси, велоергометрда машқ қилиш, кислород билан даволаш киради.

Дорлар ёрдамида даволашда эмфиземасида маҳсус муолажа дастурлари қўлланилмайди. Иккламчи эмфиземада у асосий касалликни (сурункали бронхит, нафас етишмовчилиги) га қаратилади. Бунда бронхларни кенгайтирувчилардан теофиллин, антихолинергик препаратлар ва ГКС қўлланилади. Бирламчи эмфиземада α1 антирипсин дефицитида янги музлатилган плазма инфузияси, контрикал 20000 ёки гардокс 100000 ТБда 200мл изотоник эритмада 10-15кун тавсия этилади.

Интерактив усуллар.

“Мия штурми усули”

Хар бир талабага биттадан савол берилади.

1. Ўткир ва сурункали бронхитлар билан оғриган беморларнинг шикоятлари, сўраб суриштириш
2. Ўпка эмфеземаси билан оғриган оғриган беморларнинг шикоятлар, сўраб суриштириш
3. Ўткир ва сурункали билан оғриган беморнинг касаллиги ва ҳаёти ҳақида маълумот бериш.
4. Ўпка эмфиземаси билан оғриган бемор касаллиги ва ҳаёти ҳақида маълумот
5. Ўпка перкуссияси
6. Ўпка аускултацияси

“Думалоқ стол” усули

2. Ўпка эмиземасидаги асосий симтомлар.

4. ўпка эмфиземаси даволашда қўлланиладиган бронхолитик препаратлар.

Талабалар думалоқ шаклда ўтиришади, барча талабарлга битта савол берилади. Талаба битта қоғозга жавоб ёзади ва қоғозни буклаб ёнидаги талабага беради. У ҳам ўзини жавобини ёзади ва кейинг талабага ўтказади.

“Стол ўртасида ручка” усули

1. Ўпка эмфиземаси асоратлари

Хар бир талаба битта вароқقا жавоб ёзиб кейинг талабага ўтказади. Ручкани

стол ўртасига қўяди. (Эшитган информациадан фойдаланиб жавоб қўшиб қўймаслиги учун) ўқитувчи гурухни назорат қилиб турари жавобларни ўқиб умулаштиради. Яқуний тўғри жавобни иш дафтарларига қўчиришади. Бунда ҳар бир талаба битта масалани бирга ечишга ҳаракат қиласди. “Ҳамма саволга жалб этилади”