ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
Ш. АЛИМОВ НОМИДАГИ ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛМОНОЛОГИЯ ИЛМИЙ ТЕКШИРИШ ИНСТИТУТИ

СИЛ КАСАЛЛИГИ

Миллий қўлланма

Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси Академиги, профессор А.М.УБАЙДУЛЛАЕВ тахрири остида

Тошкент-2008

Ушбу қўлланма ОИТС, сил ва безгакка қарши курашиш Глобал жамғармаси (сил компоненти) молиявий кўмагида чоп этилган

М У Н Д А Р И Ж А

Кириш		8
Муаллифлар		10
Қисқартмалар рўйхати		13
Сил ҳақида таълимот *(Убайдуллаев А.М., Мухтаров Д.З.)*		16
1 Бўлим	**СИЛ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА СИЛГА ҚАРШИ ИШЛАРНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ АСОСЛАРИ**	
1 Боб.	**Ўзбекистонда силга қарши ишларнинг асослари** *(Убайдуллаев А.М., Хамрақулов Р.Ш., Абсадикова Ф.Т.)*	22
	Силга қарши ишларни ташкил қилиш	22
	Сил касаллигининг ҳозирги замон эпидемиологик ҳолати ва кўрсаткичлари	23
	Сил касаллигининг юқиш йўллари ва манбаълари	28
	Сил касаллиги бўйича беморларни диспансер шароитида кузатиш гуруҳлари	29
	Сил жараёни динамикасининг асосий кўрсаткичлари	31
	Силни даволаш ишларини ташкил қилиш	
	Ўзбекистон Республикасида силга бағишланган қонун, қарорлар ва буйруқлар	35
2 Боб.	**Сил беморларни аниқлашни ташкил қилиш** *(Хамрақулов Р.Ш.)*	84
	Сил беморларни фаол аниқлаш	85
3 Боб.	**Диспансер назорати** *(Убайдуллаев А.М., Хамрақулов Р.Ш., Назиров П.Х., Абсадикова Ф.Т.)*	87
	Катта ёшдаги беморларни диспансер шароитида кузатиш	87
	Беморларни диспансер назоратига олиш, бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш ва назоратдан чиқариш мезонлари	89
	Болалар ва ўсмирлар назорати гуруҳлари	96
	Сил билан хасталанган болаларни диспансер назоратига олиш, гуруҳдан-гуруҳга ўтказиш ва гуруҳдан чиқариш мезонлари	98
	Ўпкадан бошқа аъзолар силида диспансер хизматини ташкил қилиш	105
4 Боб.	**Силга қарши курашиш халқаро дастури** *(Узакова Г.Т., Ахмедов Т.Г.)*	111
	Ўзбекистон Республикасида DOTS дастурининг қўлланилиши ва самараси	111
2 Бўлим.	**СИЛНИНГ УМУМИЙ ПАТОЛОГИЯСИ**	
5 Боб.	**Этиология** *(Мурмусаева Г.К.)*	120
	Микобактерияларнинг таснифи ва силга қарши дориларга чидамлилиги	120
6 Боб.	**Патогенез ва гистофункционал тасниф** *(Арифханова С.И.)*	125
	Сил патогенези ва морфофункционал таснифи	125
	Сил яллиғланиши ултраструктуравий ўзгаришлари	126
	Ўпка макрофагларининг аҳамияти	130
	Сурфактант тизими ҳолати	136
	Силнинг патоморфози ва унинг Ўзбекистондаги хусусиятлари	140
7 Боб.	**Иммунология ва иммуногенетика** *(Арифханова С.И., Назиров П.Х.)*	144
	Силда иммун ҳолат	144

	Патологик анатомияси	147
3 Бўлим	**ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ**	
8 Боб.	**Клиник текшириш асослари** *(Парпиева Н.Н.)*	149
	Шикоят ва анамнезни ўрганиш	149
	Физикал текширув усуллари	151
9 Боб.	**Лаборатор текширув усуллари** *(Мурмусаева Г.К., Абдуллаев М.Х., Тарасова Н.В.*	153
	Клиник-биокимёвий таҳлиллар	153
	Микробиологик текширувлар	157
	Микобактерияларнинг дори воситаларга сезгирлигини аниқлаш	167
	Полимераз занжирли реакция усули ва имкониятлари	168
	Микобактерияларнинг турга хос идентификацияси	169
10 Боб.	**Туберкулиндиагностика** *(Абсадикова Ф.Т., Саидова Ш.М., Азимова М.Р.)*	171
	Туберкулин ёрдамида диагноз қўйиш	171
	Манту синамаси қўйишга монеликлар	175
	Силнинг диагностик алгоритми	178
11 Боб.	**Инструментал текшириш усуллари** *(Убайдуллаев А.М., +ориев Т.М., Сабиров Ш.Ю., Хакимов М.А., Рашидов З.Р., Ахмедов Ш.М., Фахртдинова А.Р., Иргашов А.А., Ражабов Х.С.)*	184
	Ташқи нафас функциясини текшириш усуллари	184
	Ташқи нафас функциясини текшириш учун ишлатиладиган замонавий асбоблар	205
	Силда нур диагностикаси усуллари	214
	Ултратовуш текшириш усуллари	241
	Бронхоскопия	244
	Ўпканинг очиқ биопсияси	253
	Эндожарроҳлик муолажалари	253
	Видеоторакоскопия	254
	Медиастиноскопия	255
4 Бўлим	**КЛИНИК КЕЧИШИ**	
12 Боб.	**Силнинг клиник турлари** *(Парпиева Н.Н.)*	256
	Сил таснифи	256
	Силнинг клиник таснифи	258
	Касалликнинг халқаро таснифи	259
13 Боб.	**Нафас аъзолари сили** *(Парпиева Н.Н., Шарапова Г.Ш., Обилов А.У.)*	261
	Ўпка силининг клиник турлари	
	Ўпканинг диссеминацияли (тарқоқ) сили	261
	Ўпканинг ўчоқли сили	261
	Ўпканинг яллиғланган сили	272
	Ўпка туберкуломаси	277
	Ўпканинг кавакли ва фиброз-кавакли сили	286
	Ўпканинг цирротик сили	292
	Казеозли зотилжам	302
	Плевритлар	307
		312
14 Боб.	**Ўпкадан бошқа аъзолар сили** *(Назиров П.Х., Комилов Х.М., Хакимов М.А., Раҳматов М.М., Валиева М.А., Нигманов Р.Т., Абдисаматов А.)*	333
	Ўпкадан бошқа аъзолар силининг эпидемиологик ҳолати	333

Таянч-ҳаракат аъзолари сили 335
Таянч-ҳаракат аъзолари силининг клиник кечиши 335
Тизза бўғими сили (гонит) 336
Сон-чаноқ бўғими сили (коксит) 340
Умуртқа поғонаси сили (спондилит) 344
Таянч-ҳаракат аъзолар сили диагностикаси 350
Кўриш аъзолари сили 354
Сийдик ажратиш- жинсий аъзолар сили 364
Сийдик йўллари, қовуқ ва уретра сили 373
Эркаклар жинсий аъзолари сили 379
Аёллар жинсий аъзолари сили 383
Абдоминал сил 388
Ташқи лимфа тугунлари сили 390
Тери сили 392
15 Боб. Силдаги ҳамроҳ касалликлар 393
(Парпиева Н.Н., Мухтаров Д.З.)
Ўпка силининг бошқа касалликлар билан бирга кечиши 393
Сил ва қандли диабет 393
Сил ва нафас аъзоларининг сурункали носпецифик касалликлари 398
ОИВ билан зарарланган шахсларда силни аниқлаш, рўйхатга олиш, даволаш ва профилактикаси. ОИВ/ОИТС ва сил 400
Сил ва ошқозон, ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги 405
Ўпка сили ва рак 407
Ўпка сили ва пневмокониоз 408
Сил ва алкоголизм 414
Сил ва руҳий касалликлар 415
Сил ва оналик 417
16 Боб. Болалар ва ўсмирларда ўпка ва ўпкадан бошқа аъзолар сили *(Абсадикова Ф.Т., Махаматов К.М., Юлдашов Ш.К.)* 419
Бирламчи сил 419
Патогенези ва патологик анатомияси 419
Силдан заҳарланиш 420
Бирламчи сил мажмуаси 421
Кўкрак қафаси ичи лимфа безлари сили 429
Болалар силининг кечиш хусусиятлари 433
Ўсмирлардаги сил жараёнининг кечиши аломатлари 435
Ўпканинг тарқоқ (диссеминацияли) сили 435
Ўпканинг ўчоқли сили 437
Ўпканинг яллиғланган сили 438
Ўпка туберкуломаси 439
Кавакли ва фиброз-кавакли сил 440
Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим силининг эпидемиологик ҳолати 440
Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим силини аниқлаш усуллари 441
Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим силини аниқлашда ултратовуш текшируви усуллари 445
Мия пардалари ва марказий нерв тизими сили 446
Сил менингитининг клиник манзараси 451
Силга қарши дорилар мажмуаси билан даволаганда

сил менингитининг клиник манзараси 452

17 Боб. **Ўпка силининг дифференциал диагностикаси** 455
(Саидова Ш.М., Азимова М.Р.)
Нафас аъзолари силининг дифференциал диагностикаси 455
Ўпка тарқоқ силининг дифференциал диагностикаси 455
Яллиғланган силнинг дифференциал диагностикаси 461
Туберкуломанинг дифференциал диагностикаси 465
Кавакли силнинг дифференциал диагностикаси 468
Фиброз-кавакли ўпка силининг дифференциал диагностикаси 470
Цирротик силнинг дифференциал диагностикаси 471
18 Боб. **Ўпкадан бошқа аъзолар силининг дифференциал диагностикаси** 472
(Махаматов К.М., Назиров П.Х., Хакимов М.А., Валиева М.А., Йўлдашов Ш.К.)
Сил менингити 472
Аёллар жинсий аъзолари сили 488
Суяк-бўғим сили 493
Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим сили 500
6 бўлим. **СИЛНИ ДАВОЛАШ**
19 боб. **Силни даволашнинг умумий асослари** *(Мухтаров Д.З., Назиров П.Х., Йўлдашов Ш.К. Ташпулатова Ф.К., Хакимов М.А., Валиева М.А.,)* 502
Сил касаллигини даволашнинг асосий тамойиллари 502
Сийдик чиқариш йўллари ва жинсий аъзолар силини даволаш асослари
Махсус антибактериал терапия усуллари 514
Махсус эндолимфатик ва лимфотроп кимётерапия 514
Буйрак етишмовчилигида фармакотерапия 515
Суяк-бўғим силини даволаш 518
Суяк-бўғим силини даволашда тоифа ва қоидалар 519
Силга қарши дориларни алмаштириш тартиби 523
Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғимлар силини даволашда, консерватив усулни такомиллаштириш 526
Суяк-бўғим сили билан касалланган болалар ва ўсмирларни парваришлаш 526
527
20 Боб. **Патогенетик терапия** *(Ташпулатова Ф.К., Мухтаров Д.З., Йўлдашов Ш.К., Хакимов М.А.)* 530
Силни патогенетик даволаш 530
Силни мажмуавий даволашда фитотерапиянинг қўлланилиши 538
Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим силини даволашда физиотерапевтик муолажалар 541
Урогенитал силни даволашда кортикостероид препаратларнинг қўлланилиши 542
Сийдик ажратиш йўллари силининг иммунтерапияси 543
Сийдик ажратиш йўллари силини даволашда антиоксидантларни қўллаш 543
21 Боб. **Жаррохлик даво усуллари** *(Кариев Т.М., Назиров П.Х., Сабиров Ш.Ю., Иргашов А.А., Абулкасимов С.П.)* 545
Ўпка силини жарроҳлик муолажаси усуллари 545

Беморларни операцияга тайёрлаш 547
Коллапстерапия 548
Пневмоперитонеум 55
Ўпкаларнинг қисман резекцияси, пулмонэктомия 557
Торакопластика 558
Кавернотомия, кавернопластика, дренажлаш 559
Плеврэктомия ва ўпка декортикацияси 559
Торакостомия 560
Бронхлардаги операциялар 560
Ўпка сили асоратлари, шошилинч ҳолатлари ва уларни даволаш 560
қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш 560
Патогенези ва патологик анатомияси 561
Клиника ва диагностикаси 562
Даволаш 563
Спонтан пневмоторакс 566
Суяк-бўғим силининг жарроҳлик муолажаси 569
Суяк-бўғим силида жарроҳлик амалиётининг
муддатлари 574
Бўғимлар силининг жарроҳлик давоси 575
Умуртқа силида жарроҳлик муолажаси 579
7 бўлим. СИЛ ПРОФИЛАКТИКАСИ
22 Боб. Сил профилактикасининг умумий асослари *(Убайдуллаев А.М., Хамракулов Р.Ш., Абсадикова Ф.Т.)* 583
Сил профилактикаси 583
Санитария маорифи 593
Ижтимоий профилактика 595
Ҳуқуқий-меъёрий таъминот 595
Сил касаллиги профилактикасида тарғибот ишлари 596
Диспансер фаолиятининг статистик таҳлили 599
Болалар ва ўсмирларда силнинг бирламчи специфик
профилактикаси 603
Болалар ва ўсмирларда силнинг кимёвий профилактикаси 606
Тавсия этилган адабиётлар 609

Ўзбекистонда фтизиатрия фани ва хизмати асосчиси ЎзФА академиги, профессор Шокир Олимовнинг ёрқин хотирасига бағишланади.

КИРИШ

Сил оғир, сурункали инфекцион касаллик бўлиб, инсоннинг ҳамма аъзоларини зарарлайди.

Курраи заминда юз бераётган тўфонлар, экологик фожиалар, қашшоқлик, ижтимоий ўзгаришлар сил касаллигининг кўпайиб кетишига ва эпидемия ҳолатига айланишига олиб келмоқда.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг хабар беришича, ер юзида тахминан 2,1 миллиард одам сил билан зарарланган. Шуларнинг 10 фоизида, ҳаёти давомида сил касаллиги юзага келиши мумкин, бунда ОИТС катта аҳамиятга эга.

Жаҳон оммавий воситаларининг таъкидлашича, силга қарши курашиш оламшумул аҳамиятга эга. Шуни ҳам айтиш керакки, касаллик чегара билмайди. Мамлакатлар аҳолиси ўртасидаги алоқаларнинг ривожланиши, кўчиб юришлар, қашшоқлик сабабли ривожланган мамлакатларга соғлом одамлар қаторида, сил беморларининг ҳам кириб боришларини тўхтатишнинг иложи йўқ.

Бу соҳада республикамизда ҳам муайян ишлар олиб борилмоқда. Академик Ш.А. Алимов асос солган Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институтида ҳам, охирги йилларда салмоқли илмий изланишлар олиб борилди. Фаннинг ривожланиши, тиббиётдаги ислоҳотлардан келиб чиқиб, силга қарши курашишда бевосита ва билвосита иштирок этаётган тиббиёт ходимларига ҳар томонлама ёрдам берадиган илмий-амалий қўлланмага эҳтиёж сезилди ва институтнинг етакчи олимлари иштирокида сил бўйича илк бор мазкур миллий қўлланма тайёрланди.

Ушбу китоб сил касаллигининг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, клиник турларининг кечиши, диагностикаси, текшириш ва даволаш усуллари ҳақида асосий маълумотларни ўзида акс эттирган.

Жаҳондаги барча мамлакатлардаги каби, Ўзбекистонда ҳам аҳоли ўртасида сил билан касалланишнинг кўпайиши, хасталикнинг тез ривожланадиган, тарқалган, оғир турлари, шунингдек бемор-ларнинг резистент микобактериялардан касалланишлари қайд этилмоқда ва

кўпаймоқда. Умумтиббиёт муассасаларида эса, сил касаллигини ўз вақтида аниқлашга қаратилган масалаларга эътибор сусаймоқда.

Касаллик кеч аниқланишининг асосий сабаблари, умум-тиббиёт соҳасида ишлаётган шифокорларнинг сил касаллиги клиник кўринишларини яхши билмасликлари ва бу касалликка эътиборсизлиги натижасидир. Бу эса касалликни даволаш самарадорлигининг пасайишига ва ногиронликнинг кўпайишига олиб келмоқда.

Миллий қўлланма, соғлиқни сақлаш муассасаларида хизмат қилаётган соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, фтизиатрлар, СЭН ходимлари, умумий амалиёт шифокорларига ҳамда тиббиёт институти талабаларига мўлжалланган. Унда сил касаллигининг замонавий дифференциал диагностикаси, клиник кечиши турлари ва даволаш усуллари ҳамда DOTS дастури ҳақида маълумотлар берилди. Миллий қўлланма, сил касаллигининг олдини олиш, иложи борича эрта аниқлаш ва даволаш самарадорлигини оширишда шифокорларга кўмаклашади деган умиддамиз.

Мазкур қўлланма Республикамизда илк бор тайёрланиб, чоп этилаётгани сабабли, баъзи камчиликлардан ҳоли бўлмаслиги табиий. +ўлланма ҳақидаги таклиф ва мулоҳазаларни мамнуният билан қабул қиламиз.

ЎзР ФА академиги,
профессор А. Убайдуллаев

Бош муҳаррир – **Убайдуллаев А.М.**

Илмий муҳаррирлар
- **Мухтаров Д.З.**
- **Назиров П.Х.**
- **Парпиева Н.Н.**
- **Хакимов М.А.**
- **Абсадикова Ф.Т.**
- **Ахмедов Ш.М.**
- **Ражабов Х.С.**

Техник муҳаррир, Республикада хизмат кўрсатган журналист - **Муслимов Марҳамат Ҳожи**

Муаллифлар жамоаси

Убайдуллаев Абдулла Мухаррамович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти директори, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти пулмонология ва клиник аллергология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор, ЎзР. ФА академиги

Мухтаров Давронбек Зухурович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти фтизиатрия кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Қориев Тўлқин Мукситович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти ўпка жарроҳлик бўлими раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор, ЎзР хизмат кўрсатган Фан арбоби

Хамракулов Равшан Шакирович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти эпидемиология ва диспансер иши бўлими етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Арифханова Сайёра Исмаиловна - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти патологик анатомия ва цитологик лабораторияси етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Назиров Примкул Хўжамович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти суяк-бўғим бўлими етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Парпиева Наргиза Нусратовна - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти терапия ва хирургия бўлими раҳбари, ТМА фтизиатрия

кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим

Махаматов Кабул Махаматович - Тошкент врачлар малакасини ошириш институти фтизиатрия кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори

Йўлдашов Шамсиддин +ўлдашович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти ўпкадан ташқари аъзолар сили бўлим мудири, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим

Комилов Холбек Махамаджонович - Тошкент врачлар малакасини ошириш институти офталмология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори , профессор

Узакова Гулноза Тўлкуновна - ОИТС, сил ва безгакка қарши кураш Глобал Жамғармаси лойиҳасини тадбиқ этиш бюроси («сил» компоненти) мененджери, тиббиёт фанлари номзоди

Собиров Шавкат Юсупович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти, ўпка жарроҳлик бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим

Иргашев Акром Акбарович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти ўпка жарроҳлик бўлими докторанти, тиббиёт фанлари номзоди

Ташпулатова Фатима Қудратовна - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти 2-даволаш бўлими мудири, катта илмий ходим, тиббиёт фанлари номзоди

Хакимов Миразим Алимович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти урогинекология бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим

Саидова Шоиба Миразизовна - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти DOTS плюс бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди

Рашидов Зафар Рахматуллаевич - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти урогинекология бўлими катта илмий ходими, тиббиёт фанлари номзоди

Абсадикова Фарида Турдиевна - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти болалар бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди

Ахмедов Шахбосхон Махмудович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти пулмонология бўлими катта илмий ходими

Абулкасимов Суннатулла Пирназарович - Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти, ўпка жарроҳлик бўлими шифокор-ординатори, тиббиёт фанлари номзоди

Раҳматов Максуд Мирзаевич	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти урогинекология бўлими шифокори, тиббиёт фанлари номзоди
Ахмедов Тура Гафурович	-	Ўзбекисон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг ходими, тиббиёт фанлари номзоди
Валиева Малика Абдулхаевна	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти урогеникология бўлими шифокор-гинекологи, тиббиёт фанлари номзоди
Нигманов Рустам Томович	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти урогеникология бўлими шифокори
Мурмусаева Гулнора +ўчкоровна	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти микробиология лабораторияси мудири
Азимова Мавлуда Рахимовна	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти диагностика бўлими мудири
Абдуллаев Маъруфжон Хамдамович	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти, клиник лабораторияси мудири
Тарасова Наталя Викторовна	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти клиник-биохимия лабораторияси кичик илмий ходими
Ражабов Хайрулло Садиллоевич	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти пулмонология бўлими аспиранти
Фахртдинова Алфия Рауфовна	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти рентген бўлими шифокори
Абдисаматов Акмал Ахмаджанович	-	Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти, диспансер бўлими шифокор-офталмологи
Обилов Азим Уразалиевич	-	Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, фтизиатрия кафедраси ассистенти

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

АБП	- антибактериал препаратлар
АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АМВ	– алвеолаларнинг минутлик вентиляцияси
АСТ	- аспартатаминотрансфераза
АДА	– аденозиндезаминаза
АИМ	- айланадиган иммун мажмуалар
БА	- бронхиал астма
БАЛ	- бронхалвеоляр лаваж
БС	– буйрак сили
БСЕ	– буйрак сурункали етишмовчилиги
БСМ	- бирламчи сил мажмуаси
БЦЖ (BCG)	- Калметт–Герен бациллалари (Bacilles Calmette–Guerin).
БЭК	- бронхоэктаз касалликлари
БЎГ	- бирламчи ўпка гипертензияси
БҲК	- бемор ҳолати кўрсаткичи
DOTS	- Directly Observed Treatment with Short course (бевосита тиббий ходим назорати остида қисқа муддатли кимёвий даволаш курси)
ДНК	- дезоксирибонуклеин кислотаси
ЖНҲ1(FEV1)	- бир секунд ичида жадал чиқарилган нафас ҳажми
ЖССТ	- Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ГСГ	– гистеросалпингография
ИФНγ	- интерферон γ
ИКК	- инфекцион касалликлар кабинети
ИЛ	- интерлейкин (интерлейкин турлари ИЛ4, ИЛ5, ИЛ6, ИЛ8, ИЛ10, ИЛ12)
ИФА	- иммун фермент анализи
Vmin	– қон оқимининг минимал систолик тезлиги
КФТ	– коптокча филтрация тезлиги
КЖТ	– коса-жом тизими
КИЛТ	- кўкрак ичи лимфа тугунлари
КИЛТС	- кўкрак ичи лимфа тугунлари сили
КИҲ	- кўкрак ичидаги ҳажм
КТ	- компютерли томография
КАМ	- колонияларнинг аниқ миқдори
КДА	- компрессион-дистракцион асбоб
ЛТТ	– лимфотроп терапия
КДЧ	- кўп дориларга чидамлилик
МВ	- муковисцидоз
МДҲ	– мустақил давлатлар ҳамдўстлиги
МКЮ	- минутлик кислород ютилиши
МНТ	- мия нерв тизими
МНҲ	- минутлик нафас ҳажми

МЎВ	- максимал ўпка вентиляцияси
МХТ25-75 (FEF25-75)	- максимал ҳажмий тезлик
MHCI	- I синф гистомослик бош комплексининг генлари
MHCII	- II синф гистомослик бош комплексининг генлари
МРТ	- магнит-резонансли томография
НС	- нафас сони
НР	- нафас резерви
НҲ	- нафас ҳажми
HLA-DR2	– II синфга мансуб одамнинг гистомослик бош комплексининг генлар комплекси
HLA-DQ	- HLA-DR2 ичидаги локуслардан бири
ОБ	- облитерацияловчи бронхиолит
ОИВ	– одам иммун танқислиги вируси
ОИТС	- одам иммун танқислиги синдроми
ОПТ	- осмофил пластинкасимон таначалар
ОР	- ортопедик режим
ПЗР	- полимераз занжир реакцияси
ПД	- патогенетик даво
РГ	– ренал гемодинамика
Рҳчиқ	- нафас чиқариш резерв ҳажми
Рҳол,	- нафас олиш резерв ҳажми
ССВ	- Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
СДН	– систоло-диастолик нисбат
СМБ	– сил микобактерияси
СОБ	- сурункали обструктив бронхит
СОЎК	- сурункали обструктив ўпка касалликлари
СТЎС	– сусайган типдаги ўта сезувчанлик
СЭН	- Санитария эпидемиология назорати
СД4^{+}	- Т-хелпер лимфоцитларни мембранадан ўтувчи ва цитоплазматик маркери
СД8	- αβТ-лимфоцитларни корецептори, цитотоксик Т-лимфоцитларни маркери
СД14	- макрофаглар ва моноцитлар ҳужайра юзасидаги липо-полисахаридлар учун рецепторлар
СТ	- сил таёқчаси
СУР	- сурфактант
BCG1	- ТТАМП генининг эски номи
ТТАМП	– табиий турғунлик билан ассоциациялашган макрофаглар протеини
ТБ	– туберкулин бирлиги
ТНФ	- ташқи нафас фаолияти
Т1	- СД1^{+} Т ҳужайралар (лимфоцитлар) – микобактерияларни биринчи бўлиб пептид ва липид антигенларини аниқлайди
ТИ	- томир ичига
TGFα	- ҳужайраларнинг ўсиш омили

TGFβ	
CR1 CR2 CR3	- ҳужайра юзасидаги комплементнинг компонентларига рецепторлар
СД44	- ҳужайра мембранасидан ўтувчи кўп функцияга эга ва адгезив хусусиятлари бор гликопротеин
СД1b	- тимоцитлар, дендрит ҳужайралар ва активация бўлган Т-лимфоцитларни антигени
УА	– ултратовуш ангиографияси
УАШ	- умумий амалиёт шифокори
УТТ	– ултратовуш текшириш
ФГА	– фитогемаглютинин
Ф+С	– функционал қолдиқ сиғим
ФНОα	- ўсма ўлимини омили
ФваПИТИ	- Фтизиатрия ва пулмонология илмий-текшириш институти
ХКТ	- Халқаро касалликлар таснифи
ЦИК	- циркуляр иммун комплекси
ЎАТЭ	- ўпка артерияси тромбоэмболияси
ЎБА	- ўпкадан бошқа аъзолар
ЎЖҲС	- Ўпканинг жадаллашган ҳаётий сиғими
ЎС	– ўпка сили
ЎУС	– ўпканинг умумий сиғими
ЎЭ	- ўпка эмфиземаси
Ў+Ҳ	– ўпканинг қолдиқ ҳажми
ЎҲС	- ўпканинг ҳаётий сиғими
ЎКД	- ўртача кунлик дозаси
+Д	– қандли диабет
+ВП	- қишлоқ врачлик пункти
+Р ССВ	- Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
ЭЛТ	– эндолимфатик терапия
ЭД	– энергетик допплерография
ЭЧТ	– эритроцитлар чўкиш тезлиги
GM-CSF	- гранулоцит ва макрофагларни колония ҳосил қилиш ва ўсиш омили
G-CSF	- гранулоцитларни колония ҳосил қилиш ва ўсиш омили
γδ	- иммунглобулинларни (Ig) оғир полипептид занжирларининг асосий константа бўлмаларини гамма (γ) ва (δ) делта шакллари
pH	– кислотали-ишқорий ҳолат
Vmax	– қон оқимининг максимал систолик тезлиги
Vmin	– қон оқимининг минимал систолик тезлиги
RI	– резистентлик индекси
PI	– пулсацион индекс
PVA	- поливинилалкогол

СИЛ ҲАҚИДА ТАЪЛИМОТ

Инсонларни сил билан касалланиши қадим замонлардан бери маълум. Инсон умуртқа поғонасида сил касаллиги белгилари, бундан 5 минг йил олдин яшаб ўтган одамларда аниқланган. Худди шундай ўзгаришлар эрамиздан 2-3 минг йил аввал яшаб ўтган Миср фиръавнлари танасида ҳам аниқланган. Гиппократ, Гален, Абу Али Ибн Сино томонидан йўтал, балғам ажралиши, қон туфлаш, озиш каби силнинг асосий симптомлари кўрсатиб ўтилган. Сил таёқчаси аниқланмасдан анча аввал, бу касалликнинг юқумли табиатга эга эканлиги маълум бўлган. Жумладан, эрамиздан 2 минг йил аввал Вавилон қонунлар мажмуасида ёзилишича, агар хотини сил касаллигига мубтало бўлган бўлса, эркакка ажралиш ҳуқуқи берилган эди. Ҳиндистон, Португалия, Венецияда бу касаллик ҳақида дарҳол хабар бериш мажбурий ҳисобланган. Бундан минг йил аввал сил касаллиги юқумли эканлиги, у камбағаллар орасида, оғир шароитларда яшовчилар орасида кенг тарқалиши ҳақида дастлабки мукаммал маълумотларни буюк бобомиз Абу Али Ибн Сино ёритганлар. У зот минг йил бурун махсус асбоб ясаб, экссудатив плевритни пункция қилганлар ва суюқлик чиқариб олганлар. Шу касалликни сабабини сил деб кўрсатганлар. У кишининг «Тиб қонунлари» китоблари беш юз йилдан ортиқ Европалик олимлар учун беқиёс илм манбаи бўлиб келди.

Ўрта асрларда сил касаллиги жуда кенг тарқалган бўлиб, бу ҳақда тарихий манбаъларда кўп маълумотлар келтирилган.

Италия олими, врач, астроном, шоир Дж. Фракастро (1478-1553), сил касаллиги юқумли касалликлар тоифасига кириши ҳақида аниқ маълумотлар берган, тарихда биринчи бўлиб, «инфекция» атамасини таклиф этган.

Терминология. «Туберкулез» (сил) термини асосида лотинча «tuberculum» - дўмбоқча сўзи мавжуд. Tuberculum сўзини биринчи марта француз анатоми Я.Силвиус XVI асрда ишлатган. Фақат XIX аср бошларида клиник тиббиёт ва патологик анатомия асосчиси Р.Лаэннек дўмбоқча ва казеозли некроз сил касаллигининг типик кўринишларига хос эканлигини исботлаб берди. Лаэннек ва немис терапевти И.Шенлейн тиббиётга «туберкулез» (сил) терминини киритишди. Лаэннек сил дўмбоқ-чаларини хавфли ўсмалар, давоси йўқ касалликлар қаторига киритган эди.

Сил ҳақидаги фанни «фтизиология» (грекча «phthisis» - озиб-тўзиш, ўлим) деб аташни 1689 й. Р.Мортон таклиф этган. Ҳозирги вақтда «фтизиатрия» термини кўпроқ қўлланилади (грекча «iatreia» - даволаш)

Сил қўзғатувчиси. Сил қўзғатувчисини 1882 йилда немис бактериологи Р.Кох кашф этган. Ҳозирги вақтда сил қўзғатувчиси «сил микобактериялари» деб аталади.

Р.Кох сил таёқчасини аниқлаш учун 17 йил лабораторияда тинимсиз ишлашига тўғри келди. Сил таёқчасини, Р.Кох бемор балғамини везувин ва метилин билан бўяб кўрсатиб берган. Кейинчалик Р.Кох сил

қўзғатувчисининг тоза культурасини ажратиб олиб, уларни ҳайвон организмига юбориб, сил касаллигини пайдо қилган.

Берлин шаҳрида Физиологлар жамиятида Р.Кох 1882 й. 24 март куни «Сил этиологияси» мавзусида маъруза қилди ва сил таёқчасини ҳаммага кўрсатди ва унга 1905 йилда Нобел мукофоти берилди.

Шунинг учун ЖССТ тавсиясига биноан, 1982 йилдан бошлаб, 24 март – Халқаро силга қарши кураш куни деб эълон қилинган.

Сил касаллигининг пайдо бўлишида, Р.Кох ижтимоий омилларга муҳим ўрин берган. «Сил касаллигига мойиллик, - деб ёзган эди Р.Кох – ёмон шароитда яшовчи, қувватсизланган танада юқори бўлади. Ер юзида қоронғи, зах, яшаш шароитлари ёмон, кулбасига қуёш нури тушмайдиган хонадонлар сақланиб қолса, сил касаллиги хеч қачон йўқолмайди».

Туберкулиннинг кашф этилиши. Р.Кох 1890 йилда туберкулинни кашф этган. У туберкулинни бемор балғамини бир неча марта қайнатиб, ажратиб олган. Р.Кох, биринчи марта туберкулинни профилактика мақсадида қўллаш мумкинлиги ҳақида маълумот берган. Олинган туберкулинни Р.Кох биринчи марта ўзида ва ҳайвонларда синаб кўрган. Айтиб ўтиш керакки, ўз танасига юборилган туберкулиндан сўнг Р.Кохнинг тана ҳарорати 38-39° гача ошган, аҳволи ёмонлашган, лекин 3-4 кундан сўнг аҳволи яхшиланган. Айтиш мумкинки, Р.Кохнинг бу кашфиёти ҳозирги пайтда кенг қўлланилиб келаётган туберкулиндиаг-ностикага асос солган. Кейинчалик, силга қарши дори-дармонлар кашф этилгандан сўнг, туберкулин баъзи ҳолларда патогенетик даво сифатида қўлланилиб келмоқда.

Силнинг патологик анатомияси. Силнинг патологик анатомиясига бағишланган ишлар орасида, Т.Лангханс (1868 й.) биринчи бўлиб аниқлаган кўп ядроли гигант ҳужайраларни кўрсатиб ўтиш мумкин. 1912 йилда чех паталоганатоми А.Гон «Гон ўчоғини», 1904 йилда А.И.Абрикосов кашф этган «Абрикосов ўчоқларини» кўрсатиб ўтиш мумкин.

Диагностика. Сил касаллигини аниқлашда 1819 йилда Лаэннек таклиф этган аускултация усули муҳим аҳамиятга эга бўлган. Ф.Цил ва Ф.Нилсен 1882-1884 йилда таклиф этган бўяш усули, ҳанузгача ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Ниҳоят, В.Рентген томонидан кашф этилган Х-нурлари сил диагностикасида тарихий аҳамиятга эга бўлди.

Р.Кох инсон танасига туберкулинни қайта юборишда кузатиладиган ўзгаришларни биринчи бўлиб кузатган (Кох феномени). Шу асосда у, туберкулинни сил диагностикаси мақсадида тери остига юборишни таклиф этди.

1907 йилда австралиялик педиатр ва иммунолог К.Пирке туберкулинни терига тирнаб киритишни таклиф этди ва «аллергия» тушунчасини киритди. 1910 йида Ш.Манту ва Ф.Мендел туберкулинни тери ичига юборишни таклиф этишди. Ҳозирги вақтда бу усулдан «Манту синамаси» тушунчаси билан кенг қўлланиб келинмоқда.

Силга қарши вакцина. Р.Кох шогирдлари А.Калметт ва К.Герен инсонларни силга қарши эмлаш учун вакцина таклиф этишди. Бу вакцина

Калметт-Геренлар бациллалари (BCG ёки БЦЖ) деб номланади. Биринчи марта БЦЖ вакцинаси 1921 йилда қўлланилган. Тажрибалар ва кузатишлар шуни кўрсатдики, вакцинация инсон танаси учун безарар бўлиб, уни кўпгина ижобий томонлари бор экан, яъни вакцинация қилинган болалар орасида силнинг оғир, деструктив турлари кам учраган, ўлим камайган. Собиқ иттифоқда 1928 йилда сил ўчоғида янги туғилган болаларни эмлаш таклиф этилган. 1935 йилдан бошлаб, эмлаш нафақат қишлоқларда, балки шаҳарларда ҳам амалга оширила бошланган. 1950 йилдан бошлаб, янги туғилган барча чақалоқларни эмлаш йўлга қўйилган. Эмлаш, асосан, оғиз орқали амалга оширилган ва 1962 йилдан бошлаб, эмлаш тери ичига вакцина юбориш йўли билан амалга оширилмоқда.

1985 йилдан бошлаб, эмлашга қарши кўрсатмаларни камайтириш мақсадида БЦЖ-М зардоби ишлатилди.

Даволаш. XIX асрда силни даволаш усуллари, асосан, санаторий-курорт, гигиеник ва парҳез муолажалардан иборат бўлган.

Силни даволашнинг патогенетик жиҳатдан асосланган, юқори самарали усули, яъни сунъий пневмотораксни, биринчи бўлиб, К.Форлани 1992 йилда таклиф этган. Кейинчалик бу усул янада самаралироқ жарроҳлик усулларини (торакопластика, экстра-плеврал пневмолиз) қўллаш имконини яратди. БЦЖ дан ташқари, диафрагмал нерв, қовурғалараро нервда операциялар ва каверна дренажи операциялари кенг қўлланила бошланди.

1930 йиллардан бошлаб, жарроҳлик муолажалари кўлами анча кенгайди – зарарланган ўпка ёки унинг бўлагини олиб ташлаш усуллари кенг қўлланила бошланди. Резекцион жарроҳлик муола-жалари ҳозирги кунда ҳам ўз аҳамиятини сақлаб қолган.

Силни этиотроп даволаш силга қарши дори-дармонларнинг кашф этилиши билан бошланган. 1943 йилда америкалик З.Ваксман ва А.Шац силга қарши биринчи дори – стрептомицинни кашф этишди, бу кашфиёт учун улар Нобел мукофотига сазовор бўлишган.

Аввал стрептомицин, силнинг асоратланган, оғир кўри-нишдаги турларини, халқум силини, сил менингитини даволашда қўлланилган, сўнгра у силнинг барча турларида кенг миқёсда қўлланила бошланди.

1954 йилдан бошлаб, силга қарши бошқа дорилар, чунончи, ПАСК, тибон, изоникотин кислота препаратлари (изониазид, фтивазид, солюзид, метазид) қўлланила бошланди. 1960 йилнинг охирларида силни даволаш учун ўта самарали препарат - рифам-пицин таклиф этилди.

Ўзбекистонда силга қарши ишларнинг ташкил этилиши. Ўзбекистонда фтизиатрия фан сифатида 1922 йилдан бошлаб, Ўрта Осиё давлат дорилфунунида тиббиёт куллиёти очилганидан сўнг ривожлана бошлади. 1928 йилгача сил масалалари проф. М. И. Слоним томонидан факултатив терапия курсида ёритиб келинди. 1928 - 30 йилларда эса талабаларга силни ўргатувчи мустақил курс ташкил этилди. Бу курснинг мудири доцент А.А.Аковбян, 1936 йилгача эса доц. И.Г.Гаспарян эди. Бу даврларда сил беморлар учун бор-йўғи 15—25 ўрин ажратилган, кейинчалик

фтизиатрия курси кафедрага айлантирилиб, то 1967 йилгача унга проф. И.Г.Гаспарян мудирлик қилган. Беморларни жойлаш учун ўринларнинг сони 60—70 гача ётган. Кейинчалик бу кафедрада доц. А.А.Аҳрорхўжаев, профессорлар Т.М.+ориев, А.А.Калонхўжаев, доцент Б.А.Абороров мудирлик қилдилар.

Тошкентда силга қарши курашувчи биринчи диспансер 1920 йилда очилди. Унга энтузиаст врач В.П.Серебренников бошчилик қилган. 1930 йилга келиб, республикада 14 та, 1939 йилда эса 49 та диспансер ташкил қилинди. Ҳозирги вақтда ҳар бир вилоятда, шаҳарда ва туманда силга қарши курашувчи 253 та муассаса мавжуд бўлиб, уларда 1400 дан ортиқ мутахассис врачлар хизмат қилмоқдалар.

Ўзбекистонда силнинг сунъий пневмоторакс усулини қўллаб даволаш 1922 йилдан бошланган. Уни биринчи бўлиб М.И.Слоним ўзи ясаган пневмоторакс ускунасидан фойдаланиб бажарган. 1924 йилда П.П.Царенко томонидан сил касалларни даволаш учун торакопластика операцияси бажарилган.

Ўзбекистонда силни даволаш учун 1926-28 йиллардан бошлаб, сунъий пневмоторакс кенг кўламда қўлланила бошланди (О.С.Никонович, Р.А.Сафранович). 1928 йилда Б.А.Стеколников силни даволаш учун диафрагма нервида ўтказиладиган операцияларни қўллади. 1934 йилда проф. И.И.Орлов клиникасида торакопластика операцияси бажарилди, 1938 йилда И.Г.Гаспарян томонидан ёпишган плевра чандиқларини куйдириш операцияси қўлланилган. Шундай қилиб, Тошкентда, силни жарроҳлик усулини қўллаб даволашнинг биринчи даврида турли операциялар бажара бошланди.

Маълумки 1948 йиллардан бошлаб, Тошкентда кавернотомия, экстраплеврал пневмолиз, кўп босқичли торакопластика опера-циялари К.И.Рубан, Т.А.Шияпова, В.В.Вохидов, С.М.Аъзамхўжаев, Самарқандда эса М.К.Караев, Ф.Т.Бодулин ва В.Иванов томонидан бажарилиб, бу операцияларнинг натижалари самарали эканлиги аниқланди. Бу жарроҳлик усулини қўллашнинг иккинчи даври бўлди.

1954 йилдан бошлаб, силни жарроҳлик усули билан даволашнинг учинчи даври бошланди. Бу даврда ўпкани резекция қилиш йўлга қўйилди. 1954 йилда проф. В.К.Ясевич сил бўлган беморда пулмонэктомияни, В.В.Воҳидов лобэктомия, 1955 йилда Л.К.Богуш сегментэктомия операцияларини муваффақиятли бажардилар.

1960 йилдан бошлаб, силни жарроҳлик усулини қўллаб даволаш Тошкент, Самарқанд, Наманган, Андижон, Марғилон ва Нукус шаҳарларида кенг миқёсда қўлланила бошланди. Силни жарроҳлик усулини қўллаб даволашда сўнги йилларда плевр-эктомия, бронхларни трансстернал — перекардиал окклюзияси каби мураккаб операциялар ҳам бажарилмоқда (В.В.Воҳидов, ТМ.+ориев ва бошқалар). Республикада ўпка силини жарроҳлик усули билан даволашдан ташқари, суяк ва бўғим силини (С.Л.Фирер, М.М.Каплан), буйрак ва сийдик йўллари, жинсий аъзолар

силини (М.А.Кривцова, А.А.Абдумуминов) жарроҳлик усулини қўллаб даволаш ҳам йўлга қўйилди.

Ўзбекистонда сил илмий текшириш институти 1932 йилда Самарқанд шаҳрида очилиб, 1936 йилда Тошкентга кўчирилган. Бу институтнинг биринчи директори И.И.Варрик, сўнг 1951 йилдан то 1976 йилгача, 25 йил давомида академик Ш.А.Алимов бўлган. 1976 йилдан 1986 йилгача институтга проф. А.А.Калонхўжаев директор бўлган. А.А.Калонхўжаев собиқ Иттифоқда биринчилар қаторида янги ташкил этилган меҳнат-реабилитация «Пахталик-кўл» санаториясини ташкил этишда фаол қатнашди, унинг асосий илмий изланишлари натижасида фтизиатрия соҳасида янги йўналиш – фтизиоэндокринология пайдо бўлди. Собиқ Иттифоқда биринчилар қаторида институтда янги радиоизотоп текширишлар лабораторияси ташкил этилди. Институтга 1986 йилдан – академик А.М. Убайдуллаев раҳбарлик қилиб келмоқда. Институтнинг клиник бўлими дастлаб (1936 й.) 40 ўринга эга бўлган бўлса, 1962 йилга келиб 350, 1969 йилда 410, 1980 йилдан шу кунгача 500 ўринга эга. Институтда турли клиник ва лаборатория бўлимлари мавжуд. Шунинг билан бирга, ҳозирги кунда бу институт қошида иккита кафедра яъни, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ва Тошкент тиббиёт академиясининг фтизиатрия кафедралари иш олиб боради. Бу маскан Ўзбекистонда силга қарши курашувни мувофиқлаштириб турадиган илмий ва методик (услубий) марказ ҳисобланади. Институт йиллар ўтиши билан материал ва техник жиҳатдан бойиди, Ўзбекистон учун фтизиатр кадрларни тайёрлашга ва фтизиатрия илмининг юксалишига ўз ҳиссасини қўшиб келмоқда.

Шу ўтган йиллар давомида институт бағридан бир қанча забардаст етук олимлар етишиб чиқдилар. Булардан проф. Р.А.Ағзамов узоқ йиллар директорнинг илмий ишлар бўйича муовини бўлиб ишлаб, республикада силнинг патоморфози, профилактикаси, эндоген-экзоген омиллар таъсирига бағишланган чуқур илмий ишларни бажардилар ва бошчилик қилдилар. Беназир олимлардан проф. К.С.Казаков (биокимё соҳаси), катта илмий ходим Э.С.Содиқов (микробиология соҳаси), т.ф.н. В.В.Моторина (терапия), т.ф.н. М.В.Абдурашитова (бронхология соҳаси), проф. В.С. Гинзбург (радиология), т.ф.н. Э.А.Стояновский (хирургия, эпидемиология), т.ф.н. О.О.Удрит (рентгенология), т.ф.н. Х.К.Каримжонова (патофизиология), проф. М.А.Ибрагимов (хирургия), т.ф.н. М.К.Умарова (хирургия), т.ф.н. Р.И.Захарова (фтизиопедиатрия) лар ватан фтизиатриясининг ривожига улкан ҳисса қўшдилар.

Ҳозирда ҳам институт республикада илмий-амалий марказ сифатида сил касаллигининг профилактикаси, диагностикаси, давоси ва бошқа ташкилий ишларга етакчилик қилмоқда. Бунда академик А.М.Убайдуллаев бошчилигидаги бир гуруҳ олимлар – Т.М.+ориев, Р.Ш.Хамроқулов, П.Х.Назиров, Д.З.Мухтаров, С.И.Арифханова, Н.Н.Парпиева, Э.В.Пятаева, Ш.К.Йўлдошов, М.А.Хакимов, З.Р.Рашидов, Ф.Т.Абсадикова,

Ф.+.Ташпулатова, М.М.Раҳматов, Т.Х.Хабибуллаев, В.Г.Белоцерковец ва бошқалар-нинг хизматлари беқиёсдир.

Силнинг олдини олиш, касалликни камайтириш, ўз вақтида аниқлаш ва касалларни самарали даволаш, фтизиатрия фанининг ҳозирги кундаги асосий вазифасидир. Бу вазифанинг тўлиқ ва мукаммал бажарилиши, фтизиатрлар билан бирга умумий даволаш тармоғи, санитария-эпидемиология муассасалари ходимлари зиммасидадир.

I БЎЛИМ

СИЛ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА СИЛГА ҚАРШИ ИШЛАРНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ АСОСЛАРИ

1 БОБ

ЎЗБЕКИСТОНДА СИЛГА ҚАРШИ ИШЛАРНИНГ АСОСЛАРИ

Сил эпидемиологияси фтизиатриянинг муҳим бўлимларидан бўлиб, сил касаллигининг тарқалиши, юқиш манбалари ва юқиш йўлларини ўрганади. У аҳоли ўртасида сил инфекциясининг тарқалиши, ноқулай экзо-, эндоген омилларнинг эпидемиологик жараёнга таъсирини аниқлайди.

Силга қарши ишларни ташкил қилиш

Ўзбекистонда ҳар йили, қарийб 18-20 минг нафар киши силнинг фаол турлари билан оғрийди ва 2 мингдан кўпроқ бемор вафот этади.

Республикада силга қарши ишларнинг режали равишда бошланиши, олиб борилиши, ўтган асрнинг 20-йилларига тўғри келади. Силга қарши курашиш хизмати бугунги кунда юксак даражага кўтарилди ва Давлат сиёсати даражасида эътироф этилди.

Силга қарши барча чора-тадбирлар давлат ҳисобидан бепул амалга оширилади. Бу оғир дардга қарши курашиш мамлакатимиз мустақилликка эришгандан кейин янги босқичга ўтди. Бу соҳадаги профилактик, комплекс даволаш, кузатиш ишлари республика хукуматининг диққат-эътиборида турибди.

Силга қарши ишларни ташкил қилишда силга қарши диспансер муҳим аҳамиятга эга. Унинг фаолияти кўп қирралиги билан ажралиб туради ва қуйидаги вазифаларни бажаради:

1. Аҳолини силга қарши табиий, специфик иммунитетини оширишга қаратилган профилактик тадбирларни ўтказиш, яъни силга қарши эмлаш, қайта эмлаш, кимёвий профилактика, сил ўчоғида яшовчи шахсларни соғломлаштириш.

2. Сил беморларини ўз вақтида аниқлашни ташкил қилиш.

3. Сил беморлари ва хавфли гуруҳ устидан диспансер назорати ўрнатиш

4. Сил тарқалишини бартараф этиш ишларини ташкил қилиш.

5. Силга қарши курашишда халқаро дастурлар тайёрлаш.

6. Сил беморларни тўғри ва малакали даволаш.

7. Аҳоли ўртасида сил касаллиги тарқалиши кўрсаткичларини ва силга қарши тадбирлар самарадорлигини таҳлил қилиш.

8. Санитария маорифи ишларини ташкил қилиш.

Сил касаллигининг ҳозирги замон эпидемиологик ҳолати ва кўрсаткичлари

XXI асрга келиб ҳам, сил касаллигининг тобора кўпайиб тарқалиши соғлиқни сақлаш тизимида жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. ЖССТ маълумотларига қараганда, ер юзи аҳолисининг учдан бир қисми сил микобактерияси билан зарарланган, шулардан, ҳар йили 8-10 млн. бемор касалланади ва 2,5-3 млн. одам касалликдан ўлади. Ер юзида сил касаллиги билан касалланиш турли мамлакатларда 100000 аҳолига қуйидагича: Африкада - 179,6; Америкада – 32,7; Шарқ ва Ўрта Ер денгизида – 74,7; Европада – 29,6; Осиё ва жанубий Шарқда – 146,7; Тинч океан орти давлатларида - 54,5 га тўғри келади (2005 й.).

Сил билан касалланиш ва ўлимнинг кўпайишида бошқа қашшоқ давлатлардан келаётган аҳоли ва ОИВ-инфекциясининг тарқалиши муҳим аҳамиятга эга.

Ривожланаётган ва ривожланган давлатларда ОИТС билан касалланиш замирида силнинг ривожланиш даври тезлашмоқда.

Сил, дунё миқёсида жиддий ва долзарб тиббий-ижтимоий муаммо сифатида сақланиб қолмоқда. Ўзбекистон республикасида силга қарши бир қатор тадбирларнинг олиб борилишига ва халқаро, чет эл ташкилотлари томонидан берилаётган ёрдамларга қарамасдан, сил бўйича эпидемиологик вазият оғирлигича қолмоқда. Республикамизда сил касаллигининг тарқалишига ноқулай экологик вазият, аҳолининг ижтимоий-иқтисодий аҳволи, аҳоли ўртасидаги миграция, шу жумладан, ОИВ-инфекцияси ва ОИТС беморлар контингентининг кўпайиши сабаб бўлмоқда. Бироқ, сўнги йилларда жадал ва кенг кўламда профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларнинг ҳамда DOTS стратегиясини тадбиқ қилиниши натижасида

касалланиш, ўлим кўрсат-кичларининг бир қадар барқарорлашишига ва камайишига эришилди. Силдан касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг энг юқори даражаси 2002 йилда (100 минг аҳолига нисбатан касалланиш – 79,6 ва ўлим – 12,3 га тенг) кузатилди, аммо сўнги 5 йилда касалланиш 14,7% га(79,1 дан 67,5 га 100 минг аҳолига), ўлим – 38,2% га (12,3 дан 7,6 га 100 минг аҳолига) камайишига эришилди. Республикада сил бўйича эпидемик вазият танглиги сақланиб қолгани ҳолда, шуни таъкидлаш жоизки, маълум даражада касалликнинг камайиш тенденцияси кузатиляпти. Келтирилган кўрсаткичларга асосланган ҳолда силдан касалланиш ва ўлим кўрсаткичи шу даражада кетадиган бўлса, 2015 йилда 100 минг аҳолига нисбатан Республикамизда касалланиш 60,4 га, ўлим эса 3,9 га тўғри келиши башорат қилинмоқда (А.М.Убайдуллаев).

Амалдаги директив ҳужжатларнинг ижроси, профилактик тадбирларнинг ўтказилишида узилиш бўлмаслиги, стационар ва санаторий шароитларида беморларнинг озиқ-овқат ва дори-дармонлар, ҳамда сил муассасаларини шифокорлар билан етарли таъминланишини йўлга қўйиш, силга қарши кураш хизматининг яхшиланишига олиб келади.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА СИЛДАН КАСАЛЛАНИШ ва ЎЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИ 1990, 2002 ва 2007 йиллар (100 минг аҳолига).

◆ -касалланиш ● - ўлим кўрсаткичи

Шуни таъкидлаш лозимки, Ўзбекистонда сил билан касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари +озоғистон, +ирғизистон ва Россия Федерациясига қараганда 1,5-2 баробар кам.

Эпидемиологик ҳолатни тасдиқловчи кўрсаткичлар

Сил эпидемиологиясининг барча юқумли (инфекцион) касал-ликларга хос бўлган хусусиятлари билан бир қаторда сил инфекциясининг алоҳида табиатига алоқадор бир қанча жиҳатлари ҳам мавжуд. Унинг тарқалиши, шу инфекция келтириб чиқарадиган кўпчилик хасталикларнинг сурункали кечиши, одам организмининг касалликка нисбатан иммунобиологик ҳолати ўзгариши шулар жумласидан. Жамиятнинг ижтимоий тузилишига,

аҳолининг иқтисодий, яшаш ва маданий шарт-шароитларига узвий боғлиқлиги инфекция тарқалишининг энг муҳим хусусиятларидан ҳисобланади. Шу сабабли, сил қадимдан бир вақтнинг ўзида юқумли ва ижтимоий-иқтисодий хасталик ҳисобланади. Силнинг алоҳида худудларда тарқалиш ҳолатини аниқлаш учун қуйидаги эпидемиологик кўрсаткичлар қўлланилади:

- Сил билан зарарланиш деганда, эмлангандан кейин аллергия пайдо бўлган шахслардан ташқари, туберкулинга мусбат реакция бўлган шахслар сонининг текширилувчилар сонига нисбатининг фоизларда ифодаланишидир. Зарарланиш кўрсаткичи туберкулин синамасини қўйиш йўли билан аниқланади. 1913 йилда биринчи кашф этган олим номи билан аталган Манту синамаси, сил билан зарарланганликни аниқлашда энг самарали усул саналади. Эмлаш ва қайта эмлаш кенг қўлланиладиган давлатларда, Манту синамаси эмлангандан кейинги аллергия ҳисобига узоқ вақт мусбат бўлиши мумкин. Шу сабабли, зарарланганлик кўрсаткичи ҳақиқийлиги туберкулин синамасини 3 йил давомида қўйиш йўли билан аниқланади. Чунончи, ҳар йили зарарланиш хавфи кўрсаткичи ва сил билан касалланиш ўртасида муайан боғлиқлик бор. Масалан, ҳар йили зарарланиш 1 фоиз бўлганда, ривожланган мамлакатларда ўпка сили билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан олганда 50 кишини ташкил этади. Агар йилига зарарланиш 1 фоиздан ортиқ бўлса, касалланиш хавфини юқори деб, 1 фоиздан кам бўлса касалланиш хавфини кам деб ҳисоблаш керак. Шунинг учун ҳисоблаб чиқилганидек, бир йилда битта бацилляр бемор 10-12 нафар кишини силга чалинтириши мумкин. Сил микобактериялари бир ой мобайнида 30 та регенерация ҳосил қилади ва битта микобактерия ҳосил бўлиши учун қарийб 20 соат вақт талаб қилинади.

Одатда, унча катта бўлмаган шаҳар ва қишлоқ жойларида зарарланиш катта шаҳарлардагига қараганда камроқ кузатилади, лекин бу жойларда зарарланиш жуда камайиб кетади деб ўйламаслик керак. Ривожланган давлатларда зарарланишнинг йил сайин камайиб бориши, ривожланаётган мамлакатларга қараганда анча юқори бўлади.

Ривожланаётган давлатларда ўрта ҳисобда зарарланиш, ривожланган мамлакатлардагига қараганда 15-20 баравар кўп ва деярли камаймайди, бинобарин, сил ҳозиргача анча кенг тарқалган хасталик бўлиб қолмоқда, бу эса силга қарши чоралар кўриш зарурлигини тақозо қилади.

Ўзбекистон Республикаси жадал ривожланаётган мамлакат ҳисобланади. Ҳамма жойда эмлаш ва қайта эмлаш ишлари бажарилаётган бўлсада, аҳолининг сил билан зарарланиш даражаси юқорилигича қолмоқда. Шуни айтиб ўтиш жоизки, сил билан зарарланганларнинг ҳаммаси ҳам касал бўлавермайди. Бунинг учун тегишли ички ва ташқи салбий шароитлар бўлиши лозим.

Сил билан касалланиш

Касалланиш силнинг энг муҳим эпидемиологик кўрсаткичи саналади. Диспансер томонидан бир йил ичида, 100 минг аҳолига нисбатан биринчи марта аниқланган фаол сил бўлган беморлар касалланиш сони ҳисобланади.

Умуман олганда, иқтисодий ривожланган давлатларда сил билан касалланиш тобора камайиб бормоқда, камайиш даражаси эса турлича. Ривожланаётган мамлакатларда эса, ушбу курсаткич ҳали ҳам юқори даражада сақланмоқда. Шу боисдан ҳам сил ҳануз муаммо бўлиб турибди Кўпгина тадқиқотчилар айрим худудларда вазиятнинг жиддийлигини ҳам таъкидламоқдалар.

Тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, чет элга кетган одамлар (мигрантлар) орасида касалланиш кўрсаткичи маҳаллий аҳолига қараганда 15-60 марта ортиқ бўлади.

2001 йилда Хитойда, қарийб 6,7 млн. фаол сил билан оғриган беморлар қайд қилинган, шулардан 1,8 млн. бемор бактерия ажратувчилар бўлган. Ассосшейтед-пресс янгиликлари бюлле-тенида баён қилинганидек, ҳар куни Хитойда 900 киши силдан кўз юмади. Сил билан касалланиш даражаси Японияда гига қараганда 5 марта, А+Ш дагига нисбатан эса 55 марта ортиқ, ўлим кўрсат-кичлари тегишлича 10 ва 40 марта кўп.

МДҲ давлатларида сил билан касалланиш кўрсаткичлари жуда ҳам ўзгарувчан. Россия Федерациясида ҳам 1990 йилдан бошлаб, касалланиш тобора кўпайиб бормоқда.

Шунга қарамай, 1990 йил билан солиштирилганда, барча давлатларда, жумладан, ривожланган мамлакатларда ҳам сил билан касалланиш тобора кўпайиб бормоқда ва бу ҳамма учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Бунинг асосий сабаби – кўпчилик давлатларда силга қарши курашиш даражаси кейинги йилларда пасайиб кетган, шу билан бирга, аҳолининг бир жойдан бошқа ерга кўчиб бориши, ОИВ инфекциянинг таҳдиди ҳам катта аҳамият касб этади.

Сўнги йилларда ОИТС анчагина тарқалган худудларда сил билан касалланишнинг кўпайишга мойиллиги қайд қилинган. Бу хасталикда ҳужайра иммунитети кескин даражада ўзгариб кетади, бу эса, туберкулин реакцияларининг намоён бўлишига салбий таъсир кўрсатади. ОИТС ва сил билан оғриган беморлар орасида 60 фоиз ҳолларда ўпкадан бошқа аъзолар сили қайд қилинади. Шунингдек, кўкрак қафаси рентгенограммаларида диффуз ёки милиар ўзгаришлар учрайди. Бундай беморларда кимётерапиядан кейин ҳам сил қайталаши мумкин. Бундан ташқари, ривожланаётган давлатларда, аҳоли ижтимоий ва иқтисодий аҳволининг ёмонлашиб бориши ҳам касалланиш кўрсаткичларига салбий таъсир ўтказмоқда. Бошқа мустақил давлатларда ҳам аҳвол яхши эмас. Касалланиш даражаси Қозоғистонда, Тожикистонда ва Туркманистонда, ҳатто Россия Федерациясида ҳам баландлигича қолмоқда.

Қозоғистон Республикаси, қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари сили кенг тарқалганлиги сабабли эндемик худуд саналади.

Э.С.Содиқов ва Р.Ш.Ҳамроқулов ўтказган тадқиқотларнинг кўрсатишича, Республикамизда балғам билан M bovinus турини ажратувчи беморлар кўпайган, бу кўрсаткич ўрта ҳисобда 11-12 фоизни ташкил этса, чорвачилик худудларида 21 фоизга етган. Шу сабабли, тиббиёт ходимлари ва ветеринарлар ҳамкорликда бу муаммога бағишланган қўшимча тадқиқотлар ўтказишлари зарур.

Республикамизда ҳам 1990 йиллардан кейин ушбу касалланишнинг интенсив кўрсаткичи 1,5 марта ошиб кетди ва кейинги йиллардаги даволаш-профилактика тадбирлари савияси ошиши натижасида камайиши кузатилмоқда.

Силдан ўлим кўрсаткичлари

Ўлим кўрсаткичи – ҳар йили 100 минг аҳолига нисбатан бир йил мобайнида силдан ўлганлар сонидир. Ўлим кўрсаткичи муҳим ва ишончли эпидемиологик кўрсаткич ҳисобланади.

Ўлим даражаси фаол сил билан оғриган беморлар сонига бевосита таъсир кўрсатади, ўлим кўрсаткичини ҳисобга олмай туриб, касалликнинг камайганини тўғри аниқлаб бўлмайди. Бундан ташқари, ўлим кўрсаткичи сил билан оғриган беморларни даволаш, шунингдек эрта аниқлаш сифатини, текшириш даражасини кўрсатади.

XIX асрнинг 60 йилларига қадар силдан ўлиш кўпгина давлатларда юқори даражада бўлган. Ҳозирги кунда профилактик кўриклар, силга қарши дориларнинг кенг қўлланилиши ва аҳоли ижтимоий-иқтисодий шароитларининг яхшиланиши туфайли, ўлим кўрсаткичи пасайди. Лекин ижтимоий шарт-шароитлар қониқарсиз даражада қолаётган мамлакатларда, беморлар ўлими ҳамон камаймаяпти, юқори даражада ривожланган давлатларда иқтисодий жиҳатдан яхши таъминланган одамлар ва қашшоқлар ўртасида ўлим кўрсаткичи ўртасида катта тафовут бор.

Республикада ўлим кўрсаткичи йил сайин пасайиб бормоқда ва бу кўрсаткич 2002 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 12,3 бўлган бўлса, 2007 йилга келиб 7,6 га тенг бўлди.

Сил касаллигидан ҳозирги кунда эркаклар, аёлларга қараганда кўпроқ нобуд бўлмоқда. Айни пайтда ўлим кўрсаткичи, одамларнинг ёши улғайган сари ортиб бормоқда, 30-40 ёшдаги эркаклар ва аёллар орасида ўлим кўрсаткичи паст бўлиб, жинс бўйича бир хил. 50-55 ёшдан кейин, эркаклар орасида ўлим кўрсаткичи ошиб бормоқда.

Шундай қилиб, силнинг эпидемиологик кўрсаткичлари, асосан, ижтимоий-иқтисодий шароитлар ва хусусан илм-фан ҳамда соғлиқни сақлаш соҳасидаги фаолият таъсирида шаклланади. Сил хасталигининг асосий эпидемиологик кўрсаткичлари анча пасайган давлатларда аҳолининг турмуш шароитлари яхши бўлади.

Силнинг ривожланишида ижтимоий омиллар билан бирга экологик, эпизоотологик ва тиббий омиллар ҳам аҳамиятга эга бўлиб, бу хасталик кўп омилли инфекция ҳисобланади.

Зарарланиш ва касалланиш камайиб боргани сари, хасталик аҳоли орасида инфекция ўчоғи бўлиб қолади, яъни сил касаллиги шу дардни юқтириш хавфи энг катта бўлган ўчоқларда пайдо бўлади. Ҳозирги вақтда катталардаги сил касаллиги, асосан, силдан кейинги ўзгаришларнинг эндоген реактивлиги натижасида ривожланади. Эндоген инфекция хавфи ва аҳоли орасида зарарланганлар сони юқори даражада сақланмоқда.

Шундай қилиб, касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг мажмуи фақат сил касаллигининг тарқалиши, силга қарши ўтказилаётган тадбирлар ҳақида тасаввур қилишгина эмас, балки, умуман олганда, Республика бўйича эпидемия жараёнини белгилаб берувчи қонун-қоидаларни баҳолаш учун зарур.

Сил касаллигининг юқиш йўллари ва манбалари

Инфекциянинг асосий манбаи - 90-95% фоиз ҳолларда сил билан оғриган киши; қорамол эса - қўшимча манба саналади. Бемор хасталикнинг очиқ тури билан оғриганда, яъни сил микобактерияларини ажратганда, хавфли бўлиб қолади. Бунда соғлом кишининг СМБ ажратувчи билан узоқ вақт давомида мулоқотда бўлиши аҳамиятга эга. Бу ҳодиса, кўпинча оилада, хонадонда ёки микобактерияни ажратувчи бемор бўлган жамоада рўй бериши мумкин.

Сил, аксарият ҳаво-томчи йўли ва чанг орқали юқади, бунда микобактерия ўпкага нафас йўллари орқали (аэроген йўли 90-95 фоиз ҳолларда) тушади.

Маълумотларга кўра, сил бемор йўталганда ажраладиган 2 мингдан 5 мингтача томчи ҳавода осма ҳолатда бўлиши мумкин. Бу томчилар бемор аксирганда ва йўталганда 2 дан 9 метргача масофага тарқалиши мумкин. Емирилган ўпка силига чалинган бемор, балғами билан кунига 15-100 млн. сил микобактерияларини ажратиши мумкин. Сил касаллиги пайдо бўлиши учун 1 дан 10 тагача сил микобактерияси бўлиши кифоя. Бу томчилар соғлом кишининг нафас йўлларида, рўзғор анжомларида, ўйинчоқларда қолади. Баъзан СМБ соғлом одамга алиментар йўл, яъни озиқ-овқатдан ҳам ўтади.

Касаллик алиментар йўл билан юққанда сил микобак-териялари меъда ширасси таъсирига учрайди. Бактериялар тирик қолганда, ичакка тушиб, регионар лимфа тугунларига ўтади, кейин қон оқимига қўшилади. Ҳазм йўллари, оғиз бўшлиғи, йўғон ва ингичка ичак, сил таёқчасининг организмга тушиши учун кириш дарвозаси бўлиши мумкин.

Сил билан касалланган ҳайвонлар ҳам инфекция манбаи ҳисобланади. Шу сабабли сил қўзғатувчиси, пиширилмаган гўшт ва сут маҳсулотлари орқали одам организмига алиментар йўл билан тушиши мумкин.

Сил касаллиги бўйича беморларни диспансер шароитида кузатиш гуруҳлари

Охирги йилларда сил касаллигининг тарқалиш, кечиш аломатлари ҳисобга олиниб, профессор А.М.Убайдуллаев таклифига биноан силга қарши диспансер назорат гуруҳларини қайта кўриб чиқилди ва Ўзбекистонда янги назорат гуруҳлари илмий асосланган ҳолда қайта тузилди. Диспансер гуруҳларининг саккизтадан тўрттага туширилиши ҳам тиббий, ҳам ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлиб, янги гуруҳлар қулай ва ихчамлиги сабабли фтизиатрларнинг ишлари анчагина енгиллашди. Йиллар давомида диспансер назоратида узоқ кузатиладиган минглаб беморларнинг умумий даволаш тармоқлари мутахассислари назоратига чиқарилиши ногиронликни ва кераксиз сарф-харажатларнинг камайишига олиб келди. Бу эса, ўз навбатида умумий даволаш тармоқлари ходимларининг силга қарши фаолиятларига ўз таъсирини ўтказиши табиийдир. Ушбу изланишлар асосида, 2004 йил 12 декабрда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 536-буйруғи жорий этилди ва силга қарши диспансер назоратидаги беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинди:

1-гуруҳ-нафас аъзоларининг фаол сили

-А гуруҳча-фаол сил касаллиги илк бор аниқланган, хуружи ёки қайталаган.

-Б гуруҳча-самарасиз даволаш туфайли, сил сурункали турга ўтиб кетган беморлар.

-В гуруҳча-силга қарши дориларга резистент сил таёқчалари ажратадиган беморлар.

2-гуруҳ-нафас аъзоларининг нофаол сили

-А гуруҳча -ўпка ва плеврада катта ўзгаришлар қолган (сил фаол бўлмаган) беморлар; I-гуруҳда самарали даволаниб, тузалгандан кейин қолган ўпка ва плеврадаги кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлган беморлар; силни қўзғатиш омиллари мавжуд беморлар.

-Б гуруҳча-I гуруҳда самарали даволанган ва клиник тузалган, ўпка ва плеврада кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган, силни қўзғатувчи омиллар бўлмаган, фаол бўлмаган сил билан хасталанган беморлар ҳамда илк бор фаол бўлмаган нафас аъзолари сили аниқланган беморлар.

3-гуруҳ - ўпкадан бошқа аъзолар сили

-А гуруҳча - ўпкадан бошқа аъзоларнинг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталаган ва хуруж даври) ҳамда бошқа аъзоларнинг сурункали сили билан хасталанган беморлар.

-Б гуруҳча - бошқа аъзоларнинг фаол бўлмаган, жумладан, А-гуруҳчадан ўтказилган беморлар.

-В гуруҳча-ўпкадан бошқа аъзолар силидан тузалиб, клиник соғайишдан сўнг ўзгаришлар қолган беморлар.

4-гуруҳ—сил билан хасталаниш хавфи юқори бўлган шахслар

-А гуруҳча—сил таёқчасини ажратадиган сил беморлар ёки сил билан хасталанган қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари билан мулоқотда бўлган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги одамлар.

-Б гуруҳча—сил таёқчасини ажратмайдиган фаол силга чалинган бемор билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар.

-В гуруҳча—сил билан илк бор зарарланган (вираж) туберкулинга гиперергик реакция берган, БЦЖ дан сўнг асорати бўлган болалар ва ўсмирлар.

Диспансер назоратининг янги гуруҳлари аввалдаги 0, 2, 5Г, 7 каби назорат гуруҳларини қисқартириш имконини беради. Силга шубҳа бўлган ёки фаоллиги шубҳали, диагнози ноаниқ беморлар, агар диспансер шароитида диагноз қўйиб, фаоллигини аниқлаш имкони бўлмаса, шифохонанинг диагностика бўлимига юборилади, фаол сил аниқланса, I-гуруҳ диспансер назоратига олинади.

“Сўнаётган сил жараёни” тушунчаси, ҳозирда, асосий жадал даволаш самарадорлиги туфайли, бемор силдан клиник соғайиши ёки сурункали сил билан хасталанган беморлар қаторига ўтишига олиб келиши туфайли ўз аҳамиятини йўқотди. Шу сабабли, сил билан хасталанган беморлар янги назорат гуруҳига кўра, нафас аъзоларининг фаол ва фаол бўлмаган силига бўлинади.

Аввалари 7-гуруҳ назоратида турганлар силдан кейин ўзгаришлар мавжуд шахслар бўлиб, кўп йиллар давомида ҳар йили силнинг қайта хуружи ёки қайталашининг олдини олиш учун флюорографик текширувдан ўтишлари, махсус даволаш ва профилактик чоралар ўтказилиши лозим эди. Шу сабабли, улар янги диспансер гуруҳлари жорий этилиши билан умумий тиббиёт муассасаларида шифокорлар томонидан кузатилиб, сил қайта хуружига шубҳа бўлса, фтизиатр билан маслаҳат қилиниши лозим.

Янги гуруҳлар, диспансер фаолиятида амалиёт учун ишла-тишга қулай бўлиб, силга мойил шахслар, диспансер назоратидаги контингент сонини камайтириш ҳисобига, фтизиатрларга асосий вазифа-фаол сил беморларини даволаш, сил ўчоқларида ишлашга асосий эътиборни кучайтириш имконини берди. Бу эса, ўз навбатида, беморларни соғайтириш, ногиронлигини камайтириш, “сурункали сил билан хасталанган беморлар” қаторига ўтишининг олдини олиш, сил билан хасталанган беморлар билан мулоқотда бўлганлар орасида профилактика сифатини оширишга, бинобарин, силнинг тарқалишини камайтириш ва эпидемиологик вазиятнинг яхшиланишига шароит яратади.

Сил жараёни динамикасининг асосий кўрсаткичлари

Сил жараёни динамикаси ҳақидаги масалани тўғри ҳал қилиш, тўлиқ изоҳлаш мақсадида силга қарши муассасаларнинг амалий ишидаги қатор тушунчаларни келтирамиз.

1. Жараённинг фаоллиги

а) Фаол жараённи, касалликнинг клиник-рентгенологик белгилари билан давом этувчи сил ўзгаришлари деб ҳисоблаш зарур. Бу белгилар:

заҳарланиш белгилари, перифокал реакция бўлган фиброз ва ўчоқли тузилмалар, деструкцияси бор ёки деструкциясиз намоён бўладиган инфилтратив ўзгаришлар (сил таёқчаси ажралишининг бор-йўқлиги), ЭЧТнинг кўпайиши, лейкоцитар формуланинг силжиши ва ҳоказо шулар жумласидан. Булар даволаш, эпидемияга қарши аслига келтириш (реабилитацион) ва қатор махсус чора-тадбирларни ўтказиш зарурлигини кўрсатади. Бронхологик, цитологик, биокимёвий ва иммунологик текширишлар натижалари ҳам сил жараёни фаоллигини тасдиқ-лайди.

2. Сил таёқчасини ажратадиганлар

Сил касаллиги аниқланган ёки силга қарши диспансерда ҳисобда турган беморлар сил таёқчасини ажратадиганлар сифатида ҳисобга олинади. Улар қуйидагилар:

а) сил микобактериялари ҳар қандай текшириш усулида, ҳатто битта текширишда (аммо сил жараёни фаоллигидан далолат берадиган клиник-рентгенологик маълумотлар мавжуд бўлганда) аниқланган беморлар;

б) сил микобактерияларини икки марта, ҳар қандай усулда (ҳатто ўпкада аниқ рентгенологик сил ўзгаришлари бўлмаганда ёки фаол бўлмаган клиник-рентгенологик сил жараёни мавжуд бўлганда) аниқлаш. Бундай ҳолларда специфик эндобронхит, лимфа тугуни казеози бронх йўлига тешиб ўтиши ёки рентгенологик усулда қийин аниқланадиган кичикроқ ўчоқнинг парчаланиши бактерияларни ажратадиган манба бўлиши мумкин.

Сил таёқчасини ажратиш ёки ажратилмаслигини аниқлаш мақсадида, ҳар бир беморнинг балғами ҳар қандай бактериологик ва бактериоскопик усулда камида икки мартадан текширилиши шарт.

Текширишни, даволаш жараёнида ҳар ойда, то сил микобактериялари йўқолиб кетмагунига қадар (камида 2-3 ой) икки марта кетма-кет манфий натижа бермагунча такрорлаб туриш зарур. Кейинчалик бу текширишлар 2-3 ойда бир марта асосий кимёвий даволаш курси тугамагунча ўтказиб турилади.

Беморларни бактерия ажратувчиликдан фақат жараён босилиб, сусайганда (асосий кимёвий даволаш самарали бўлганда ёки операция муваффақиятли тугаганда),манфий натижа олингандан сўнг камида 6-12 ойдан кейин, касалликнинг клиник турига қараб, сил таёқчаси ажратувчанлик тўхтагандан кейин ҳисобдан чиқарилади.

Сил таёқчаси ажратадиганларни сил микобактериялари ажралиши тўхтагандан кейин, яна қуйидаги ҳолларда 6 ойгача эпидемиолог ҳисобида ушлаб турилади:

а) даволаш чала ўтказилганда;

б) дардни оғирлаштирадиган омиллар бўлганда;

в) сурункали деструктив жараёнлар давом этганда.

Фиброз -кавакли сил билан хасталанган беморлар сил таёқчаси ажратадиганлар гуруҳида бўлиши зарур (СМБ аниқланмаса ҳам).

Сурункали деструктив силнинг чандиқли турга ўтишида, тўлган ёки тозаланган бўшлиқлар ҳосил бўлганда беморлар СМБ йўқолган пайтдан

бошлаб, икки ой ўтгандан кейин ва жараённинг клиник-рентгенологик барқарорлигига эришилгандан кейин эпидемиологик юқумли беморлар ҳисобидан чиқарилади.

Ўпкадан бошқа аъзоларда сил бор беморлардан сил таёқчасини ажратадиганларга оқма ярада, пешобда ёки ҳайз қонида СМБ аниқланадиган шахслар киради.

3. Жараённинг барқарорлиги - специфик жараённинг тузалганини акс эттиради ва худди касаллик сўниши каби таърифланади.

4. Клиник соғайиш — қиёсий (дифференциал) кузатув муддатлари билан тасдиқланган сил жараёнининг бир қадар тузалишидир.

Уларга қуйидагилар киради:

-заҳарланишнинг клиник белгилари йўқолиши;

-қон таҳлили кўрсаткичларининг асл ҳолига келиши;

-беморни физикал текшириш усуллари ва шикоятлари асосида аниқланган ўпка сили маҳаллий белгиларининг йўқолиши (йўтал, балғам ташлаш, ўпкада эшитиладиган қуруқ ва нам хириллашлар), везикуляр нафаснинг тикланиши;

-бактериоскопик ва бактериологик кўрсатмалар бўлган ҳолларда биологик усуллар билан аниқланадиган сил таёқчаси ажралишининг тугаши;

-нафас аъзолари сили рентгенологик белгиларининг йўқо-лиши (ўчоқларнинг, плевра ҳамда ўпкада инфилтратлар сўрилиши, ўчоқ ва фокусларнинг зичлашиши ҳамда оҳакланиши) ўпкада парчаланиш бўшлиқларининг битиши;

-қатор клиник, биокимёвий синамалар ва иммунологик кўрсаткичларни аниқлаган ҳолда тери остига туберкулин юборилганда умумий ва ўчоқли реакция бўлмаслиги;

-рентгенологик усулда ва функционал текширишларда аниқланадиган ўпка ва плеврадаги силдан кейинги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда меҳнат қобилиятини тиклаш.

Ўпка сили бор бемор аста-секин тузалиб боради. Шу билан бирга, сил жараёни босилишининг асосий кўрсаткичлари эрта намоён бўлади. Даволаш самара берганда силдан заҳарланишнинг клиник белгилари, одатда, 1-3 ойдан кейин барҳам топади. Гемограмма ва ЭЧТ кўрсаткичлари аксарият ҳолларда 3-4 ой ўтгач, асли ҳолига келади. Ўпка силининг маҳаллий белгилари (йўтал, балғам ташлаш, қуруқ ва нам хириллашлар, нафаснинг ўзгариши), асосан даволашдан 1-2 ой ўтгач йўқолади. Сил таёқчасини балғам билан ажратиш 3 - 6 ойда тўхтайди.

Ўпка сили тузалишининг рентгенологик белгилари ҳам аста-секин намоён бўлиб, клиник—лаборатор кўрсаткичлардан бир оз ортда қолади.

Шундай қилиб, беморларни фаол кузатув гуруҳидан, фаол бўлмаган кузатув гуруҳига ўтказиш учун клиник ва лаборатор соғайиш кўрсаткичлари билан бир қаторда, бациллаларнинг бар-қарор бўлмаслигини ва парчаланиш бўшлиқларининг беркилишини инобатга олмоқ зарур.

5. +олдиқ ўзгаришлар - бу турли катталикдаги зич, оҳакланган ўчоқлар ва фокуслар, фиброз-чандиқли ва цирротик ўзгаришлар (жумладан, қолдиқ санация бўлган бўшлиқлар билан), плеврал тузилмалар, ўпка ва плеврада (кичик ва катта) операция ўтказилгандан кейин рўй берадиган ўзгаришлардир.

6. Хуружи - самарали даво тугагандан кейин клиник соғайгунга қадар сил жараёнининг қайтадан авж олиши.

7. +айталаш (рецидив)- аввал сил билан оғриб тузалган шахсларда касалликнинг қайтадан авж олиши:

а) эрта — II гуруҳ кузатувида бўлган шахсларда;

б) кечиккан — диспансер ҳисобидан чиқарилган шахсларда.

Силни даволаш ишларини ташкил этиш

Сил беморларини даволаш силга қарши диспансер вазифа-ларининг асосидир. Фаол сил беморлар сил шифохоналарида даволанади. Шифохоналарда албатта рентгенологик, клиник, биокимёвий, бактериологик лабораториялар бўлиши лозим. Вилоят ва Республика тасарруфидаги шифохоналарда эса иммунологик, морфологик, радиологик текшириш бўлимлари ташкил этилади. Шифохоналарда сил беморларига берилаётган озиқ-овқатлар сифатига ва режасига катта эътибор берилади.

Республикамизда DOTS дастури тадбиқ қилиниши билан ҳамма шифохоналар силга қарши дорилар билан бекаму-кўст таъминланди.

Сил беморларини даволашнинг иккинчи босқичи, умумий даволаш тармоғида (поликлиника, +ВП) силга қарши санаторийларда ўтказилади.

Ҳозирги кунда Республикамизнинг ҳамма вилоятларида 6 та катта ёшдагиларга, 20 та болаларга мўлжалланган силга қарши санаторийлар фаолият кўрсатмоқда. Ушбу масканларга беморларни танлаш қоидалари, кўрсатмалар 591-буйруқнинг 4 иловаси асосида олиб борилади.

Шу ўринда таъкидлаб ўтиш керакки, санаторийда тиббий даволашдан ташқари, иқлим омиллари кенг қўлланилади.

Академик Ш.А.Алимов ғояси асосида, собиқ ССРИда биринчи бўлиб, Ўзбекистон Республикасида 1958 йили Наманган вилоятида кўргазмали «Пахталик-кўл» даволаш-меҳнат санаторийси ташкил этилди. Мазкур тиббий муассасада сил беморлар иқлим, дори-дармон, озиқ-овқат давосидан ташқари, ҳар хил касб эгаллашади ва меҳнат қилишни давом эттиришади. Бу эса, беморда боқимандалик ҳиссини йўқотади ва ўзининг кундалик турмуш тарзига тез қайтишига ёрдам беради. Ушбу тиббий ва касб реабилитацияси беморларни силдан тезроқ соғайишига муҳим омил эканлиги илмий изланишларда тасдиқланган.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА СИЛГА БА/ИШЛАНГАН +ОНУН, +АРОРЛАР ВА БУЙРУ+ЛАР

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНИНГ

+ О Н У Н И

2001 йил 11 май Тошкент шаҳри

Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида

1-модда. Ушбу +онунинг асосий вазифалари

Ушбу +онун сил касаллигининг олдини олишга қаратилган ижтимоий, тиббий санитария-гигиенага оид, эпидемияга қарши ва бошқа чора-тадбирларни амалга оширишнинг, шунингдек сил касаллигига чалинган беморларни аниқлаш, даволаш, диспансер кўригидан ўтказиш ва реабилитация қилишнинг ҳуқуқий асос-ларини белгилайди.

2-модда. Асосий тушунчалар

Ушбу +онунда қуйидаги асосий тушунчалар қўлланилади.

BCG — Калметт-Герен бацилласи: сил касаллиги микро-бининг вакцина сифатида қўлланиладиган кучсизлантирилган штамми (кўриниши);

вакцинация — сил касаллигининг олдини олиш мақсадида чақалоқларда фаол иммунитет ҳосил қилиш усули;

ревакцинация — касал юқтирмаслик бобидаги йўқолган хусусиятни тиклаш ёки сил касаллигига нисбатан янада кучлироқ даражада иммунитет ҳосил қилиш учун одам ёки ҳайвон организмига такрорий равишда вакцина киритиш;

сил касаллиги — сил микобактериялари қўзғатадиган юқумли касаллик;

сил касаллигининг юқумли шакллари - сил касаллигининг сил микобактерияларини чиқариб турадиган фаол шакллари;

сил касаллигига кўра, ноқулай бўлган чорвачилик объекти — ҳайвонларнинг сил касаллигига чалиниш холати мавжуд бўлган объект;

сил микобактериялари (микроорганизмлар) — сил касал-лигини кўзғатувчилар;

туберкулин ёрдамида диагноз қўйиш - касалликни аниқлаш учун одам ва ҳайвонларни туберкулин ёрдамида текшириш усули.

3-модда. Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисидаги қонун ҳужжатлари

Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисидаги қонун ҳужжатлари ушбу +онун ва бошқа қонун ҳужжатларидан иборатдир.

Агар Ўзбекистон Республикасининг ҳалқаро шартномасида Ўзбекистон Республикасининг аҳолини сил касаллигидан муҳо-фаза қилиш тўғрисидаги қонун ҳужжатларида назарда тутил-ганидан бошқача қоидалар белгиланган бўлса, ҳалқаро шартнома қоидалари қўлланилади.

4-модда. Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилишнинг асосий тамойиллари

Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилишнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

Сил касаллиги тарқалишининг олдини олишга доир профилактика чора-тадбирларини амалга оширишнинг изчиллиги ва доимийлиги.

Ўзбекистон Республикаси фуқароларига, мамлакатимизда доимий яшаб келаётган фуқаролиги бўлмаган шахсларга сил касаллигига қарши бепул ёрдам кўрсатиш.

5-модда. Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилишни таъминлаш

Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш профилактика тадбирлари, тиббий кўриклар ўтказиш ва аҳолини сил касаллигига қарши кураш муассасаларида, шунингдек давлат соғлиқни сақлаш тизимининг бошқа муассасаларида сил касаллигидан даволаш йўли билан амалга оширилади.

Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилишни таъминлаш мақсадида, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги белгилаган тартибда, мажбурий тарзда BCG билан чақалоқларни вакцинация ва болаларни

ревакцинация қилиш ҳамда туберкулин ёрдамида диагноз қўйишни амалга оширилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги маж-бурий тиббий кўрикдан ўтмаган ёхуд атрофдагиларга сил касал-лигини юқтириш хавфи мавжуд бўлган шахсларнинг бажариши ижозат этилмайдиган ишлар рўйхатини қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда тасдиқлайди. Рўйхатда кўрсатилган ишларни бажариши ижозат этилган шахсларни мажбурий тиббий кўрикдан ўтказиш уларни албатта бактериоскопик текширувдан, шунингдек Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан белгиланадиган даврийликда рентген-флюорография текширу-видан ўтказишни ўз ичига олади.

Сил касаллигининг юқумли шаклларига чалинган бемор-ларнинг ётоқхоналарга кўчиб киришига йўл қўйилмайди.

Сил касаллигига чалинган беморларнинг яшаш, иш, ўқиш жойларида (эпидемия ўчоқларида) эпидемияга қарши ва соғлом-лаштириш тадбирлари қонун хужжатларига мувофиқ амалга оширилади.

6-модда. Сил касаллигига чалинган шахсларни ҳисобга олиш

Тиббиёт муассасалари, шу жумладан Ўзбекистон Респуб-ликаси Мудофаа, Ички ишлар, Фавқулотда вазиятлар вазирлик-ларининг, Миллий хавфсизлик хизматининг, Давлат божхона қўмитасининг, Давлат чегараларини ҳимоя қилиш қўмитасининг тиббий хизматлари тиббий кўрик натижасида сил касаллиги борлиги аниқланган шахслар ҳақида уларнинг турар жойларидаги сил касаллигига қарши кураш муассасаларини хабардор қилишлари шарт.

Сил касаллигига чалинган шахслар турар жойларидаги сил касаллигига қарши кураш муассасасида ҳисобга олинади.

7-модда. Тергов ҳибсхоналарида ва жазони ижро этиш муассасаларида сақланаётган шахсларни сил касаллигидан муҳофаза қилиш

Тергов ҳибсхоналарида ва жазони ижро этиш муассасаларида сақланаётган шахслар сил касаллигининг олдини олиш мақсадида қонун хужжатларида белгиланган тартиб ва муддатларда мажбурий тиббий кўрикдан ўтказилиши шарт.

Тергов ҳибсхоналарида ва жазони ижро этиш муасса-саларида сақланаётган шахслар сил касаллигига чалинган ҳолларда, уларга зарур тиббий ёрдам кўрсатилади.

Тергов ҳибсхоналарида ва жазони ижро этиш муассасаларида сақланаётган, сил касаллигининг юқумли турларига чалинган шахслар ажратиб қўйилади ва даволаш учун ихтисослаштирилган сил касаллигига қарши кураш муассасалрига қонун хужжатларида белгиланган тартибда ётқизилади.

Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлигининг тиббий хизмат ходимлари тергов ҳибсхоналарида ёки жазони ижро этиш муассасаларида

сақланаётган шахсларнинг турар жойларидаги сил касаллигига қарши курашиш муассасаларини қуйидагилардан хабардор қилишлари шарт:

- мазкур шахслар сил касаллигига чалинганлиги илк бор аниқланган ҳар бир ҳолат ҳақида;

- жазони ижро этиш муассасаларидан озод қилинаётган, сил касаллигига чалинган беморлар ҳақида;

- мазкур шахсларнинг сил касаллигидан вафот этганлиги ҳолатлари ҳақида.

Жазони ижро этиш муассасалари маъмурияти озод қилиниш тўғрисидаги маълумотномаларда жазони ўтаб бўлган шахсларда сил касаллиги бор-йўқлиги ҳақида белги қўйиши шарт.

Ички ишлар органлари:

- жазони ижро этиш муассасасидан келган, сил касаллигига чалинган беморнинг паспортини ёки бошқа ҳужжатини расмийлаштириш пайтида сил касаллигига қарши кураш муасса-сасини у хизмат кўрсатаётган худудга сил касаллигига чалинган бемор келганлиги ҳақида хабардор қилади ва унинг яшаш манзилини кўрсатади;

- жазони ижро этиш муассасаларидан келган, сил касал-лигига чалинган беморлар сил касаллигига қарши кураш муас-сасаларида ҳисобга олиниши устидан назоратни амалга оширади.

8-модда. Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилишга доир ветеринария-санитария тадбирлари

Ветеринария хизматлари аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш мақсадида ҳайвонларни Ўзбекистон Республикаси +ишлок ва сув хўжалиги вазирлигининг давлат ветеринария хизмати белгилаган тартиб ва муддатларда мажбурий тарзда туберкулин ёрдамида текширишдан ўтказади.

Сил касаллигига чалинган ва соғлом ҳайвонларни бирга сақлаш, шунингдек сил касаллигига кўра, ноқулай бўлган чор-вачилик объектларидаги ҳайвонлар ва чорвачилик маҳсулотларини эркин реализация қилиш тақиқланади.

Сил касаллигига кўра ноқулай бўлган чорвачилик объект-ларидаги ҳайвонлар белгиланган тартибда фақат гўшт комби-натларида ва кушхоналарда сўйилади.

Сил касаллигидан ўлган ҳайвонларни, шунингдек уларнинг зарарланган аъзолари, тўқималари ва таналарини утилизация қилиш қонун ҳужжатларига мувофиқ амалга оширилади.

Санитария-эпидемиология, ветеринария хизматлари муассасалари ҳамда сил касаллигига қарши кураш муассасалари одамлар ва ҳайвонларнинг сил касаллигига чалиниш ҳоллари тўғрисида ўзаро хабар бериб турилишини таъминлайдилар.

9-модда. Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатиш

Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатиш сил касаллигининг олдини олишга, унга барвақт диагноз қўйиш, уни вақтида ва малакали

даволашга қаратилган махсус профилактика, санитария-эпидемиология ва ветеринария тадбирлари ўтказишни ўз ичига олади.

Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам фуқаролар ихтиёрий равишда мурожаат қилганда, уларнинг ўз розилигига кўра ёхуд қонуний вакилларининг розилиги билан кўрсатилади.

Давлат органлари аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатиш учун:

- сил касаллигига қарши амбулатория, стационар ва сана-торий ёрдами кўрсатувчи муассасаларни ташкил этади;
- сил касаллигига чалинган болаларни сил касал-лигига қарши курашувчи стационар ва санаторий муассасаларида ўқитиш учун шароитлар яратади;
- сил касаллигига чалинган шахсларнинг меҳнат терапиясини ташкил этиш ҳамда уларни янги касбларга ўргатиш учун сил касаллигига қарши кураш муассасаларда даволаш меҳнат уста-хоналарини барпо этади;
- сил касаллигига чалинган шахсларга ижтимоий ёрдам кўрсатиш мақсадида бошқа чора-тадбирларни кўради.

10-модда. Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрса-тилиши устидан назорат қилиш

Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатилиши устидан назорат, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги, +ишлоқ ва сув хўжалиги вазирлигининг, давлат ветеринария хизмати, маҳаллий давлат хокимияти органлари, шунингдек сил касаллигига қарши кураш муассасаларига эга бўлган вазирликлар, давлат қўмиталари ва идоралар томонидан амалга оширилади.

11-модда. Сил касаллигига чалинган шахсларнинг ҳуқуқлари

Сил касаллигига чалинган шахслар қуйидаги ҳуқуқларга эга:

- ўзларига нисбатан мурувватли ва инсоний муомала қилиниши;
- ўз ҳуқуқлари тўғрисида ҳамда чалинган касалликларининг хусусияти ва қўлланилаётган даволаш усуллари ҳақида маълумот олиш;
- сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатишнинг барча турларини, жумладан, амбулатория ва стационар шароитларида маслаҳат-диагноз қўйиш, даволаш ва реабилитация ёрдамини, сил касаллиги билан боғлиқ барча экспертиза турларини, санитария-профилактика ёрдамини олиш;
- ихтисослаштирилган санаторийларда даволаниш;
- ижтимоий-маиший ёрдам олиш;
- ишга жойлашишда кўмак олиш;
- ўқиш ва қайта таълим олиш.

Сил касаллигига чалиниш оқибатида меҳнат қобилиятини вақтинчалик йўқотган шахсларнинг иш жойи, эгаллаб турган лавозими белгиланган тартибда сақланиб туради ҳамда уларга вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик нафақаси тўланади.

Ётоқхоналарда, шунингдек аниқ мақсадли коммунал уй-жой фондининг турар жойларида яшовчи шахсларда сил касаллигининг юқумли

турлари аниқланган тақдирда, уларга қонун ҳужжат-ларида белгиланган тартибда алоҳида уй-жой майдони берилади.

Сил касаллигига қарши кураш муассасаси ёки санаторийсида даволанаётган болаларга умумий ўрта таълим дастури бўйича ўқиш имконияти яратилади.

Сил касаллигига чалинган шахсларнинг болалари ихтисос-лаштирилган мактабгача тарбия болалар муассасаларига, мактаб-лар, интернатлар ва санаторий, соғломлаштириш муассасаларига навбатдан ташқари қабул қилиниш ҳуқуқидан фойдаланадилар.

Сил касаллигига чалинган ва шу туфайли ногирон деб топилган болаларнинг ота-оналари (қонуний вакиллари) сил касаллигига қарши кураш муассасасида болалари билан бирга бўлиш ҳуқуқига эгадирлар.

Сил касаллигига чалинган беморлар ва уларни кузатиб борувчи шахслар сил касаллигига қарши кураш санаторийсига бориб-келишда маҳаллий бюджет маблағлари ҳисобидан йилига бир марта текин юриш ҳуқуқига эга.

Сил касаллигига қарши кураш муассасаларига маслаҳат олиш ва даволаш учун чақирилаётган ёки юборилаётган, сил касаллигига чалинган беморлар маҳаллий бюджет маблағлари ҳисобидан текин юриш (борib-келиш) ҳуқуқига эга.

12-модда. Сил касаллигига чалинган шахсларнинг мажбу-риятлари

Сил касаллигига чалинган беморлар:

- жамоат жойларида, иш, ўқиш жойида, жамоат транс-портидан фойдаланишда, шунингдек яшаш жойларида шу тоифа-даги беморлар учун белгиланган санитария нормалари ва қоида-ларига риоя этишга;

- тиббиёт ходимининг даволаниш режимига, кундалик турмуш ва ишда, юриш-туришига доир тавсияларни бажаришга;

- тиббиёт ходимининг чақирувига мувофиқ сил касаллигига қарши кураш муассасасига келишга;

- турар жойи ўзгарган тақдирда ўн кунлик муддат ичида янги жойдаги сил касаллигига қарши кураш муассасасида ҳисобга туришга мажбурдирлар

Сил касаллигининг юқумли шаклига чалинган ва шифокор белгилаган даволанишдан бўйин товлаётган шахслар қонунда белгиланган тартибда жавобгар бўладилар.

13-модда. Сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатишда иштирок этаётган ходимлар учун кафолатлар ва имтиёзлар

Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатишда иштирок этаётган тиббиёт ходимлари ва бошқа ходимлар меҳнат шароити ноқулай ва ўзига хос ишларда банд бўлган шахслар жумласига киритилади ва уларга қонун ҳужжаталарида назарда тутилган имтиёзлар берилади.

Тиббиёт ходимлари ва бошқа ходимларга улар хизмат вази-фаларини бажариш чоғида сил касаллиги юқса, бу-касбий касалликлар тоифасига киритилади.

14-модда. Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатишни молиялаштириш

Аҳолига сил касаллигига қарши ёрдам кўрсатиш билан боғлиқ харажатларни молиялаштириш бюджет маблағлари, бюджетдан ташқари манбаълар ва қонун ҳужжатлари билан тақиқланмаган бошқа манбаълар ҳисобидан амалга оширилади.

15-модда. Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғ-рисидаги қонун ҳужжаталарини бузганлик учун жавобгарлик

Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисидаги қонун ҳужжатларини бузилишида айбдор шахслар белгиланган тартибда жавобгар бўладилар.

Ўзбекистон Республикасининг
Президенти: **И.А.КАРИМОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ МАЖЛИСИНИНГ

+ А Р О Р И

“Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси +онунини амалга киритиш ҳақида

Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси

+АРОР +ИЛАДИ:

1. “Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси +онуни матбуотда эълон қилинган кундан эътиборан амалга киритилсин.
2. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳукумат қарорларини “Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси +онунига мувофиқлаш-тирилсин, вазирликлар, давлат қўмиталари ва идоралар мазкур +онунга зид бўлган ўз норматив ҳужжатларини қайта кўриб чиқишлари ва бекор қилишларини таъминлансин.

Ўзбекистон Республикаси
Олий Мажлис Раиси **Э. ХАЛИЛОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ВАЗИРЛАР МАҲКАМАСИНИНГ
+АРОРИ
07.12.1999 й.
N 520

2000-2005 ЙИЛЛАРДА ЁЛ/ИЗ КЕКСАЛАРНИ, ПЕНСИОНЕРЛАР ВА НОГИРОНЛАРНИ ИЖТИМОИЙ ҲИМОЯ +ИЛИШНИ КУЧАЙТИРИШГА +АРАТИЛГАН ЧОРА-ТАДБИРЛАР ДАСТУРИ ТЎ/РИСИДА

Мазкур қарорга ЎзР ВМ 17.01.2004й. 28-сон қарорига муво-фиқ ўзгартиришлар киритилган.

Ёлғиз кексаларни, пенсионерлар ва ногиронларни ижтимоий ҳимоя қилишни кучайтириш, уларнинг ижтимоий таъминот ва уй-жой-маиший шароитларини яхшилаш юзасидан эҳтиёжларини янада тўлароқ қондириш мақсадида Вазирлар Маҳкамаси

+АРОР +ИЛАДИ:

1. 2000-2005 йилларда Ўзбекистон Республикасида ёлғиз кексаларни, пенсионерлар ва ногиронларни ижтимоий ҳимоя қилишни кучайтиришга қаратилган чора-тадбирлар дастури тасдиқлансин.

2. Вазирликлар, идоралар, +орақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимликлари.

Бошқарувнинг барча даражаларида тасдиқланган дастурни сўзсиз бажариш бўйича топшириқларнинг масъул ижрочилари, фуқароларнинг ўзини-ўзи бошқариш органлари корхоналар ва ташкилотларнинг келишилган ҳолдаги фаолиятини назарда тутувчи мувофиқлаштирувчи иш дастурлари ишлаб чиқилишини таъмин-ласинлар.

Дастурнинг бажарилишини ва ёлғиз кексаларга, пенсионерлар ва ногиронларга ижтимоий хизмат кўрсатиш даражасини, уни яхшилаш юзасидан тегишли қўшимча чора-тадбирлар ишлаб чиққан ҳолда мунтазам

равишда кўриб борсинлар. Йилнинг ҳар чораги якуни бўйича чоракдан кейинги ойнинг 10-кунигача ҳисобот даврида дастур топшириқларининг амалга оширилиши якунлари тўғрисидаги таҳлилий ахборот Вазирлар Маҳкамасига тақдим этилсин.

3. Ўзбекистон Республикаси Молия вазирлиги, Микроиқти-содиёт ва статистика вазирлиги, +орақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимликлари ҳар йили инвестиция дастурини ва бюджетни шакллантиришда ижтимоий таъминот тизими объектларини капитал таъмирлаш ва реконструкция қилиш, кексалар ва ногиронлар интернат уйларини анжомлар билан жиҳозлаш учун зарур капитал сармоялар ва маблағларни назарда тутсинлар. Бунда ушбу мақсадларга ҳомийлар маблағларини кенг жалб қилиш кўзда тутилсин.

Вазирликлар, идоралар, уюшмалар, концернлар, корпорациялар ва компаниялар, корхоналар ва ташкилотлар, хайрия жамғармалари Дастурда назарда тутилган чора-тадбирларни рўёбга чиқаришда ҳар томонлама ёрдамлашсинлар.

4. Моддий-техникавий базани мустаҳкамлаш учун қўшимча маблағлар жалб этиш мақсадида кексалар ва ногиронлар интернат уйларига, реабилитация марказларига уларнинг пулли хизматлар кўрсатишга, ҳомийлар, инвесторлар маблағларини, шу жумладан хорижий ҳомийлар ва инвесторлар маблағларини ҳам жалб қилган ҳолда қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда кичик корхоналар ташкил этишига рухсат берилсин. (ЎзР ВМ 17.01.2004 й. 28-сон қарори тахриридаги банд).

5. Мурувват ёрдами республика комиссияси (Ҳ.Кароматов) интернат уйларни ва Ўзбекистон Республикаси Ижтимоий таъми-нот вазирлигининг бошқа тиббиёт-ижтимоий муассасаларини республикага мурувват ёрдами йўли билан келаётган дори-дармонлар ажратиладиган ташкилотлар ва муассасалар рўйхатига киритсин.

6. 2000-2005 йилларда ёлғиз кексаларни, пенсионерлар ва ногиронларни ижтимоий ҳимоя қилишни кучайтиришга қаратилган чора-тадбирлар дастурини амалга ошириш ишларини мувофиқ-лаштириш, шунингдек Дастур топшириқларининг бажарилишини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг Умумиқтисодиёт мажмуасига юклансин.

Вазирлар Маҳкамасининг Умумиқтисодиёт мажмуаси Дастур-нинг бажарилишини мунтазам равишда таҳлил қилиб борсин ҳамда унинг сўзсиз бажарилишини таъминлаш юзасидан аниқ чора-тадбирлар кўрсин.

7. Мазкур қарорнинг бажарилишини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Бош вазирининг ўринбосари Б. Хамидов зиммасига юклансин.

Вазирлар Маҳкамасининг Раиси И. Каримов

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ВАЗИРЛАР МАҲКАМАСИ

+ А Р О Р И

7 феврал 2001 й. № 70 Тошкент шаҳри

Ўзбекистонда сил касаллигига қарши курашиш ва аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш учун Германия Федератив Республикаси ҳукумати томонидан берилаётган грантларни амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида

Сил касаллигига қарши курашиш ва аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш учун Германия Федератив Республикаси ҳукумати томонидан берилаётган грантлардан самарали ва белгиланган мақсадда фойдаланиш мақсадида ҳамда “Она ва бола” давлат дастурида белгиланган вазифаларни бажариш юзасидан вазирлар Маҳкамаси қарор қилади:

1. +уйидагилар:

- Ўзбекистон Республикаси ва Германия Федератив Республикаси ўртасида молиявий ҳамкорлик тўғрисида 2000 йил 16 майдаги ҳукуматлараро битимга ҳамда Ўзбекистон Республикаси Ташқи иқтисодий алоқалар вазирлиги ва “KfW” банки (Германия) ўртасида 2000 йил 10 майдаги молиялаштириш тўғрисида шартномага мувофиқ Ўзбекистон Республикасига +орақалпоғистон Республикаси, Хоразм ва Тошкент вилоятларида “Сил касаллигига қарши курашиш” дастурини амалга ошириш учун 5 млн. Германия маркаси миқдорида грант ажратилганлиги;
- Германия Федератив Республикаси ҳукумати билан молиявий ҳамкорлик доирасида 2001 молия йили учун Ўзбекистон Республикасига қўшимча равишда жами 10 млн. Германия маркаси, шу жумладан “Сил касаллигига қарши курашиш” дастурини амалга ошириш учун – 5 млн. Германия маркаси ва “Аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш” дастурини амалга ошириш учун – 5 млн. Германия маркаси ажратилганлиги маълумот учун қабул қилинсин.

2. +уйидагилар:

- кўрсатилган грантларни олиш билан боғлиқ барча тартиботларни Германия томони билан келишилган муддатларда расмийлаштириш ҳамда

сил касаллигига қарши курашиш ва аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш учун ажратилаётган маблағлардан белгиланган мақсадда фойдаланиш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига;

- хорижий экспертларни ва консултантларни жалб этиш, “KfW” банки билан “Сил касаллигига қарши курашиш” ва “Аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш” дас-турларини маблағ билан таъминлаш тўғрисидаги шартномаларни молиявий ҳамкорликнинг белгиланган тартиботларига мувофиқ тайёрлаш ва имзолаш масалаларини ҳал этиш Ўзбекистон Республикаси Ташқи иқтисодий алоқалар вазирлигига;

- юқорида кўрсатилган грантларга ҳисоб-китоб хизматлари кўрсатиш Ўзбекистон Республикаси Ташқи иқтисодий фаолият миллий банкига юклансин.

3. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги:

- “KfW” банки билан тузилган шартномалар бўйича барча шартларнинг бажарилишини ҳамда иловага мувофиқ “Сил касал-лигига қарши курашиш” ва “Аёлларнинг репродуктив саломат-лигини муҳофаза қилиш” дастурларини амалга оширилишини таъминласин.

- иловага мувофиқ “Сил касаллигига қарши курашиш” ва “Аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш” дастурларини амалга ошириш бўйича харид қилинадиган дори-дармонлар, препаратлар ва асбоб-анжомлар таркибини молиявий маблағ берилиши бўйича расмий тартиботлар тугаллангандан кейин бир ой муддатда тасдиқлаш учун Вазирлар Маҳкамасига киритсин;

- Ўзбекистон Республикаси ички ишлар вазирлиги билан биргаликда пенитенциар тизимда “ДОТС” (бевосита врач кузатуви остида сил касаллигининг қисқа муддатли кимёвий терапияси) халқаро дастурини жорий этиш чора-тадбирларини икки ой муддатда ишлаб чиқсин.

4. Юқорида кўрсатиб ўтилган грантлар доирасида дори-дармонлар, тиббиёт ва лаборатория жиҳозларини ва бошқа товарларни харид қилиш тендер асосида, ўрнатилган молиявий ҳамкорлик тартиботларига мувофиқ амалга оширилиши маълумот учун қабул қилинсин.

5. Германия Федератив Республикаси ҳукумати томонидан берилаётган грантлар доирасида харид қилинадиган дори-дармонлар, тиббиёт ва лаборатория жиҳозлари, сарфланадиган материаллар ва кўрсатиладиган хизматлар божхона божлари тўловидан ва йиғимлардан озод қилинсин.

6. “Ўзбекистон ҳаво йуллари” миллий авиакомпанияси:

- юқорида кўрсатилган грантлар доирасида олинадиган тиббиёт жиҳозлари ва материалларини юклаш-тушириш ишларини ва аэропортда сақлашнинг бутун даврида уларни тўплашни тўловсиз ташкил этсин.

- юкнинг мурувват ёрдами тусидалигини ҳисобга олиб, жиҳозлар ва материалларни авиакомпания самолётлари билан ички ҳаво йўлларида бепул ташишга рухсат этсин.

7. Ўзбекистон Республикаси Ташқи ишлар вазирлиги Соғ-лиқни сақлаш вазирлигининг буюртманомаларига биноан “Сил касаллигига қарши курашиш” ва “Аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш” дастурларини амалга оширишда қатнашувчи хорижий мутахассисларга келиш визаларининг кон-суллик йиғимлари ундирмасдан белгиланган тартибда расмий-лаштирилишини таъминлансин.

8. +орақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши, Бухоро, +ашқадарё, Наманган, Сурхандарё, Тошкент ва Хоразм вилоятлари ҳокимликлари:

- “Сил касаллигига қарши курашиш” ва “Аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш” дастурларини амалга оширишда қатнашувчи тиббиёт муассасаларидан фойдаланиш, уларни таъмирлаш ва сақлаш бўйича жорий харажатларни молиялашни;

- юқорида кўрсатиб ўтилган грантлар бўйича етказиб бериладиган товарларни қабул қилиб олиш, тўплаш, етказиб беришни ва улардан белгиланган мақсадда фойдаланилишини таъминласинлар.

9. Мазкур қарорнинг бажарилишини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Бош вазирининг ўринбосари Ҳ.Ч.Каро-матов зиммасига юклансин.

Вазирлар Маҳкамасининг Раиси **И. Каримов**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ПРИКАЗ

«23» ноября 1993 г. № 591 г. Ташкент

«О мерах по совершенствованию
противотуберкулезной помоҳи в
Республике Узбекистан»

В последние годў в Узбекистане усугубилась эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, отмечается рост показателей заболеваемости и болезненности населения туберкулезом. Это явилось следствием ухудшения экологической обстановки, а также медленного решения ряда социальнўх проблем и ослабления контроля органов здравоохранения за осуҳествлением противотуберкулезнўх мероприятий на местах.

Остается неудовлетворительной материально-техническая база многих противотуберкулезнўх учреждений, особенно расположеннўх в сельской местности. Состояние многих туберкулезнўх стационаров и санаториев не отвечает современнўм требованиям. На 1 койку вместо 7-9 м^2 приходится 2-3 м^2. В связи с чем, коечнўй фонд используется недостаточно эффективно, а нередко и нерационально (койка работает не более 252-272 дня в году).

Недостаточно укомплектованў противотуберкулезнўе учреждения врачебнўми кадрами, показатель которого колеблется от 40,2 до 71,5%. Особенно не хватает врачей фтизиопедиатров, рентгенологов, а также специалистов по внелегочному туберкулезу. Отмечается отток специалистов из-за отменў 25% оплатў за вредность.

Недостаточно осуҳествляется профилактика туберкулеза. Охват вакцинацией БЦЖ новорожденнўх в целом по республике не превўшает 90%. Неудовлетворительно организована ревакцинация БЦЖ подростков и лиц молодого, до 30 лет, возраста. Изоляция детей из бациллярнўх очагов осуҳествляется не более чем в 70% и они не полностью охватўваются контролируемой химиопрофилактикой. Недостаточно активно проводится переселение бактериовўделителей из многонаселеннўх квартир с детьми.

В Республике недостаточно проводятся мероприятия по раннему вўявлению туберкулёза из-за изношенности и неэффективного использования флюорографических установок и проведения туберкулинодиагностики среди детского населения, а также по вўявлению внелёгочнўх форм туберкулеза. Ежегодно флюорографическими осмотрами охватўвается не более 40-43% подлежаҳего населения и туберкулинодиагностикой - около 70% детей.

В областях Республики для вўявления туберкулеза недостаточно применяется бактериологический метод обследования населения, особенно больнўх, страдаюҳих хроническими неспецифическими заболеваниями легких и мочеполовой системў. Недостаточно участие и настороженность работников обҳей медицинской сети.

В Республике по-прежнему сохраняется напряженная ситуация по туберкулезу скота, что требует совместнўх усилий медицинской и ветеринарной служб.

Не в полном объёме проводятся мероприятия по повўшению эффективности и качества лечения больнўх туберкулёзом; у впервўе вўявленнўх больнўх активнўми формами туберкулёза она не превўшает 80%. В лечении больнўх туберкулёзом недостаточно используется хирургическое лечение. На эффективность лечения, в значительной степени, влияют и перебои в поступлении химиопрепаратов.

Серьёзнўе недостатки в проведении специфической профилактики, обязательнўх обследований на туберкулёз подлежаҳих контингентов и санитарно-оздоровительнўх мероприятий в очагах туберкулезной инфекции обусловленў отсутствием действенного контроля со стороної органов и учреждений здравоохранения, санитарно-эпидемиологической службў. За последние годў отмечаются суҳественнўе недостатки в проведении санитарно-просветительной работў среди различнўх слоев населения, что в значительной мере затрудняет привлечение их на профилактические мероприятия по раннему вўявлению туберкулеза.

В республике не повсеместно вўяснена истинная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и факторў, влияюҳие на уровень заболеваемости. В целях улучшения противотуберкулезной помоҳи населению Республики и ускорения темпов снижения заболеваемости туберкулезом

ПРИКАЗЎВАЮ:

1. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан, заведуюҳим областнўми отделами здравоохранения, ГУЗ хокимиятов областей и г. Ташкента.

Считать мероприятия по профилактике, своевременному вўявлению и лечению больнўх и дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом в Республике одной из важнейших задач органов и учреждений здравоохранения.

Обеспечить действенное участие в проведении мероприятий по борьбе с туберкулезом всех лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, а также привлекать к этой работе заинтересованнўе ведомственнўе службў МВД, МПС, Минсельхоз, профсоюзў, обҳество Красного полумесяца и другие обҳественнўе организации.

Учитўвая неудовлетворительную укомплектованность противотуберкулезнўх учреждений врачебнўми кадрами, разрешить использовать специалистов обҳей лечебной части (рентгенологов, травматологов, ортопедов, урологов, гинекологов) по совместительству для проведения противотуберкулезнўх мероприятий, предварительно обучив их по нужнўм разделам фтизиатрии.

Улучшить материально-техническую базу и эффективность использования коечного фонда противотуберкулезнўх стационаров.

С этой целью:

1.3.1 Обязать местнўе органў здравоохранения совместно с НИИ ФиП проанализировать в 1993 году состояние стационарной и санаторной коечной сети противотуберкулезнўх учреждений и представить Министерству здравоохранения республики предложения по реорганизации и совершенствованию в соответствии с нормативами.

1.3.2. В 1993 г. НИИ ФиП совместно с Главнўм Управлением организации медицинской помоҳи разработать перспективнўй план развития лабораторной диагностики в противотуберкулезнўх учреждениях до 2000 г., а Министерству здравоохранения Республики Каракалпакстан, ГУЗ хокимиятов областей и г. Ташкента - конкретнўй план мероприятий по реализации в каждой области плана развития лабораторной диагностики в противотуберкулезной службе.

1.3.3. Разрешить организацию при крупнўх стационарах и санаториях лечебно-трудовўх мастерских и подсобнўх хозяйств, дополнительно в штатў ввести должность инструктора по трудовой терапии.

1.3.4. Для обеспечения организации оптимального лечения больнўх туберкулезом и изоляции больнўх, вўделяюҳих микобактерии, запретить сокраҳение числа стационарнўх и санаторнўх коек, как взрослўх, так и детских, без специального разрешения Министерства здравоохранения Республики и НИИ фтизиатрии и пульмонологии.

За счет имеюҳегося коечного фонда организовать дневнўе стационарў для больнўх туберкулезом и проведения им лечения в соответствии с показаниями.

1.3.5. Разрешить Главному управлению здравоохранения Хокимията по возможности оплачивать проезд больнўх с активнўми формами туберкулеза, направленнўх на стационарное и санаторное лечение в пределах Республики, предусмотрев финансирование.

1.3.6. Вўделить целевўм назначением ассигнования для внедрения новўх научнўх разработок, методов диагностики и лечения в практику противотуберкулезнўх учреждений.

1.3.7. Усилить мерў административного воздействия (разбор, вўнесение порицания, понижение в должности, увольнение без права работў по данному профилю, передача в судебнўе органў и т.д.) к медицинским работникам, допустившим халатное отношение к своим служебнўм обязанностям, повлекшим тяжелўе последствия в деле профилактики, раннего вўявления, диагностики и лечения туберкулеза.

1.4. Повўсить качество мероприятий по профилактике туберкулеза для чего:

1.4.1. Обеспечить полнўй охват вакцинацией БЦЖ новорожденнўх, применение вакцинў БЦЖ-М для недоношеннўх, а также временно непривитўх по медицинским противопоказаниям в детских поликлиниках.

1.4.2. Обеспечить полнўй охват ревакцинацией БЦЖ всех, не имеюҳих медицинских противопоказаний, неинфицированнўх детей, подрост-

ков и взрослўх до 30 лет, согласно календарного плана (с участием участковўх терапевтов).

1.4.3. Организовать полнўй охват контролируемой химиопрофилактикой детей и подростков из групп риска (IV,VI группў) в детских специализированнўх учреждениях, тубсанаториях, а также в школах и детских дошкольнўх учреждениях обҳего профиля.

1.4.4. Обеспечить ежегодное оздоровление в санаторнўх условиях лиц третьей и седьмой групп диспансерного учета с повўшеннўм риском рецидива. Срок пребўвания в санаториях лиц VII группў – не более 24 дней за счет трудового отпуска.

1.4.5. В сельских районах, где отсутствуют фтизиопедиатрў, обязать районнўх педиатров обҳей сети осуҳествлять диспансеризацию и оздоровление детей из очагов туберкулезной инфекции.

1.4.6. Акцентировать внимание административнўх органов на необходимости первоочередного предоставления изолированной жилой плоҳади больнўм заразнўми формами туберкулеза, проживаюҳих в обҳежитиях и многонаселеннўх квартирах с детьми.

1.4.7. Усилить санитарно-просветительную работу среди населения, направленную на предупреждение заболевания туберкулезом, используя средства массовой информации (радио, печать, телевидение).

1.5. Для улучшения организации работў по раннему вўявлению и диагностике туберкулеза:

1.5.1. Главнўм врачам лечебно-профилактических учреждений, СЭС принимать мерў и оказўвать помоҳь по обеспечению своевременного обследования населения на туберкулез.

1.5.2. Проводить обязательную туберкулинодиагностику подлежаҳему контингенту детей с использованием постоянно действуюҳих квалифицированнўх прививочнўх бригад при детских поликлиниках. Рекомендовать для проведения туберкулинодиагностики использовать безигольнўй инъектор БИ-1М с ППИ-1.

1.5.3. Обязать узких специалистов обҳей лечебной сети (травматологов, урологов, гинекологов, невропатологов, офтальмологов, дерматологов) постоянно осуҳествлять обследования больнўх, страдаюҳих хроническими заболеваниями различнўх органов, на туберкулез. Обязать не реже одного раза в 1-2 года проводить обязательнўе профилактические рентгено-флюорографические обследования населения старше 12-летнего возраста, в зависимости от степени риска заболеваемости туберкулезом.

1.5.4. Проводить обязательное флюорографическое обследование лиц, впервўе вступаюҳих в брак.

1.5.5. Разрешить республиканским, областнўм и городским флюороцентрам использование передвижнўх флюорографических установок для внепланового обследования населения колхозов,

совхозов и других работников предприятий и учреждений на хоздоговорной основе с целью создания фонда стимулирования медицинских работников и укрепления материально-технической базў флюороцентров.

1.5.6. С целью повўшения качества раннего вўявления туберкулеза повсеместно внедрить на базе лабораторий противотуберкулезнўх учреждений, ЦРБ и СЭС бактериологический метод исследования на микобактерии туберкулеза, в первую очередь, нетранспортабельнўх больнўх, с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, впервўе обратившихся в лечебно-профилактические учреждения с жалобами на заболевания органов дўхания, а также исследование больнўх с хроническими заболеваниями мочевўводяҳих путей.

1.5.7. Предусмотреть штатў бактериологической лаборатории из расчета 2 тўс. посевов на МБТ и 100 определений лекарственной устойчивости на одного сотрудника, врача или лаборанта, в год (1 посев на МБТ – 5 ед., определение лекарственной устойчивости – 13 ед.)

1.5.8. Обеспечить вўполнение диагностического минимума обследования больнўх, состояҳих на учете в обҳей поликлинической сети по поводу хронических неспецифических заболеваний органов и систем, длительно лечившихся без достаточного эффекта.

1.6 Повўсить эффективность лечения больнўх туберкулезом, для чего:

1.6.1. Повсеместно внедрить современнўе эффективнўе методў и схемў антибактериальной терапии больнўх туберкулезом в стационарах, санаторнўх и амбулаторнўх условиях. Обеспечить необходимую преемственность и этапность в лечении больнўх туберкулезом между противотуберкулезнўми диспансерами, больницами, санаториями.

1.6.2. Обеспечить своевременнўй отбор на хирургическое лечение всех нуждаюҳихся в оперативном вмешательстве больнўх легочнўми формами туберкулеза.

1.6.3. С целью повўшения хирургической активности койки противотуберкулезнўх учреждений до 4-5 операций в год, осуҳествлять отбор больнўх и предоперационную подготовку в терапевтических отделениях под руководством врачей-хирургов.

1.6.4. Усовершенствовать амбулаторное лечение больнўх туберкулезом путем организации контролируемой интермиттируюҳей химиотерапии с однократнўм приемом суточной дозў противо-туберкулезнўх препаратов.

1.7. Санитарно-эпидемиологической службе принять мерў к осуҳествлению совместно с противотуберкулезной службой всего комплекса противоэпидемических мероприятий, направленнўх на резкое ограничение распространенности туберкулеза, для чего обеспечить систематический контроль:

а) за осуҳествлением обязательной госпитализации бациллярнўх больнўх до прекраҳения бацилловўделения;

б) за качественнўм проведением текуҳей и заключительной дезинфекции в очаге туберкулеза и химиопрофилактики лицам, находяҳимся в контакте с бациллярнўми больнўми;

в) за организацией регулярнўх профилактических осмотров населения на туберкулез;

г) за своевременнўм предоставлением жилой плоҳади больнўм заразнўми формами туберкулеза, проживаюҳим в обҳежитиях и многонаселеннўх квартирах.

1.8. Установить 3 ежегоднўх премии: 1 премия в размере 100 тўс. рублей и две премии до 50 тўс. рублей для премирования практических врачей и научнўх работников за изўскание новўх эффективнўх методов диагностики и лечения туберкулеза, а также за образцовую организацию противотуберкулезнўх мероприятий, обеспечивших снижение заболеваемости туберкулезом в области, города, районе.

2. Начальнику Главного управления организации медицинской помоҳи Минздрава (Менликулов П.Р.), ГУОМиД (Алимов А.В.):

2.1. Усилить контроль за проведением противотуберкулезнўх мероприятий в республике.

2.2. Проводить ежегодно итоговўе совеҳания в Министерстве здравоохранения по вопросам совершенствования противотуберкулезной помоҳи населению республики.

2.3. Ежегодно обсуждать на Лечебном Совете Минздрава состояние лекарственного обеспечения больнўх туберкулезом.

3. Главному управлению медицинской науки и подготовки кадров (О.М. Нажмитдинов):

3.1. Широко проводить подготовку врачей противотуберкулезнўх учреждений по различнўм разделам фтизиатрии и пульмонологии, рентгенологии, флюорографии и лабораторной диагностики на базе клиники НИИ ФиП, составив соответствуюҳий договор с ТашИУВ.

4. Главному санитарно-эпидемиологическому управлению (Касўмов Р.А.) совместно с НИИ фтизиатрии и пульмонологии, республиканской СЭС и главнўм управлением ветеринарии Минсельхоза Республики Узбекистан:

- составлять ежегодно конкретнўе планў мероприятий по туберкулезу и постоянно осуҳествлять контроль за его вўполнением;
- проводить раз в два года совместно с ветеринарной службой совеҳания по обсуждению состояния борьбў с туберкулезом среди людей и скота.

5. Республиканской ПО «Фармация» (и.о. Рахматуллаев Х.) изўскать возможности к бесперебойному обеспечению вакциной БЦЖ, туберкулином, лабораторнўми реактивами, противотуберкулезнўми и другими лекарственнўми средствами лечебно-профилактические учреждения.

6. Республиканскому объединению «Медтехника» (Ахраров С.С.) принять мерў к более полному удовлетворению заявок лечебно-

профилактических учреждений на рентгеновские и флюорографические установки, лабораторную аппаратуру и оборудование, рентгеновскую и флюорографическую пленку, безигольнўе инъекторў БИ- IМ с ППИ-I, шприцў и иглў для внутрикожной вакцинации и ревакцинации БЦЖ, на ремонт медицинской техники.

7. Считать НИИ фтизиатрии и пульмонологии головнўм учреждением и координационнўм центром по проблемам туберкулёза и НЗЛ в республике.
8. Директору Научно-исследовательского института фтизиатрии и пульмонологии (А.М. Убайдуллаев):

8.1. Направить деятельность Научно-исследовательского института и кафедр туберкулёза на разработку и внедрение в практику более эффективнўх, экономически обоснованнўх методов профилактики, диагностики и лечения туберкулёза.

8.2.Обеспечить опережаюҳее развитие исследований по фундаментальнўм проблемам фтизиатрии (бактериологии, иммунологии, иммуногенетике, биохимии, морфологии и др.).

8.3. Обеспечить научно-методическую и консультативную помоҳь органам и учреждениям здравоохранения по оказанию противотуберкулезной помоҳи населению.

8.4. Обеспечить на базе института обучение специалистов из областей современнўм методам диагностики и лечения туберкулеза.

В целях осуҳествления намеченнўх мероприятий

УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение о противотуберкулезном диспансере, отделении, кабинете поликлиники (больницў) (Приложение 1)
2. Положение о дневном стационаре в составе противотуберкулезного диспансера (Приложение 2).
3. Положение о туберкулезном санатории (Приложение 3).
4. Методические указания по направлению больнўх туберкулезом (взрослўх, подростков, детей) на санаторно-курортное лечение (Приложение 4).
5. Положение о детских туберкулезнўх специализированнўх учреждениях (школа-интернат, детский сад, детские ясли, дом ребенка) (Приложение 5).
6. Клиническую классификацию туберкулеза (Приложение 6).
7. Методические указания по группировке контингентов противотуберкулезнўх диспансернўх учреждений (Приложение 7).
8. Инструкцию по химиопрофилактике туберкулеза (Приложение 8).
9. Положение об организации и проведении трудовой терапии в противотуберкулезнўх учреждениях (Приложение 9).

10. Инструкцию по проведению профилактических флюорографических исследований органов грудной клетки (Приложение 10).
11. Инструкцию по применению туберкулиновўх проб (Приложение 11).
12. Инструкцию по применению вакцинў БЦЖ (сухой для внутрикожного введения) при массовой вакцинации или ревакцинации против туберкулеза (Приложение 12).
13. Инструкцию по применению вакцинў БЦЖ-М (сухой для внутрикожного введения) недоношеннўм новорождённўм с массой тела 2000г. и вўше, а также детям, не получившим вакцинацию в роддоме по медицинским противопоказаниям и подлежаҳим вакцинации в детских поликлиниках (Приложение 13).
14. Положение о лабораториях противотуберкулезнўх учреждений (Приложение 14).
15. Клинический минимум обследования больнўх, подозрительнўх на туберкулез, в лечебно-профилактических учреждениях обҳего профиля (Приложение 15).

Считать утратившим силу приказ МЗ СССР №527 от 5 июля 1988 г.

Даннўй приказ размножить в количестве, необходимом для обеспечения всех лечебно-профилактических, санаторно-курортнўх специализированнўх учреждений.

МИНИСТР Ш.И.КАРИМОВ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Б У Й Р У / И

1995 й. 24.11 № 240 Тошкент шаҳри

Объявляю Постановление Кабинета Министров РУз от 20 марта 1997 г. за № 153 «Об утверждении перечня социально-значимўх заболеваний и установлении льгот лицам, страдаюҳим ими»,

В соответствии со статьёй 32 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» Кабинет Министров постановляет.

1. Утвердить:

- перечень социально значимўх заболеваний согласно приложению № 1;
- льготў для больнўх, страдаюҳих социально значимўми заболеваниями, согласно приложению № 2.

2. Совету Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятам областей и г. Ташкента, министерствам и ведомствам, учреждениям и организациям обеспечить предоставление всех льгот, предусмотреннўх для лиц, страдаюҳих социально значимўми заболеваниями.

3. Министерству здравоохранения Республики Узбекистан в месячнўй срок определить объем и видў медицинской помоҳи для лиц, страдаюҳих социально значимўми заболеваниями.

4. Контроль за вўполнением настояҳего постановления возложить на отдел социальнўх вопросов и культурў Кабинета Министров Республики Узбекистан.

Премьер – министр
Республики Узбекистан **У. Султанов**

Во исполнение указанного Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан,

П Р И К А З Ў В А Ю :

1. Утвердить объем и видў медицинской помоҳи для лиц, страдаюҳих социально значимўми заболеваниями (приложения №1,2,3,4,5,6).
2. Министру здравоохранения РК, начальникам и заведуюҳим ГУЗ и УЗ отделов здравоохранения хокимиятов областей и г. Ташкента, руководителям республиканских ЛПУ, клиник мед. вузов и НИИ при организации медицинской помоҳи больнўм страдаюҳим социально значимўми заболеваниями руководствоваться предлагаемўми объемами и видами медицинской помоҳи.
3. Контроль за вўполнением данного приказа возложить на начальников ГУОМП (П.Р. Менликулов) и ГУОМиД (Н.Х. Турееву) Минздрава Республики.

МИНИСТР **Ш.И. КАРИМОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Б У Й Р У / И

1995 й. 24.11 № 552 Тошкент шахри

За последние годў в Республике сложилась эпидемиологическая напряженность по туберкулёзу. Ежегодно вўявляется около 10 тўс. больнўх, значительная часть которўх с запуҳеннўми формами туберкулёза.

Эпидемиологические обследования населения различнўх регионов вўявили наибольшую распространённость туберкулёза в сельских районах республики, особенно в Приаралье, в крупнўх промўшленнўх городах и г.Ташкенте.

Все чаҳе сейчас вўявляется семейнўй туберкулёз и туберкулёзное поражение у детей.

В целях усиления профилактических мероприятий, раннего вўявления больнўх туберкулёзом и своевременного проведения лечебно-оздоровительнўх мероприятий,

УТВЕРЖДАЮ:

1. Список сотрудников для оказания методической, консультативной помоҳи областям республики. (приложение№1)
2. Методическое письмо по борьбе с туберкулёзом в экспериментальнўх районах областей. (приложение№2)

П Р И К А З Ў В А Ю :

1.0. Министру здравоохранения РКК, начальникам ГУЗ и УЗ хокимиятов областей и г.Ташкента, Заведуюҳим областнўми отделами здравоохранения.

1.1. До 01.12.1995 года совместно с Советом Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятами областей и г.Ташкента определить районў для проведения в 1996-1998 годў, всего комплекса мер по реализации программў по борьбе с туберкулёзом.

1.2. Оказать бригадам необходимую помоҳь и создать соответствуюҳие условия для осуҳествления всего комплекса мероприятий в экспериментальнўх районах.

2.0. Директору НИИФ и П Минздрава (т.Убайдуллаев А.М.) по итогам экспериментальной работў разработать рекомендации по усилению борьбў с туберкулёзом и распространить их во всех регионах республики.

3.0. Начальнику ГХУ (т.Тухтаеву М.Р.) для проведения экспериментальнўх работ в районах предусмотреть специальнўе денежнўе средства.

4.0. Координацию всей работў, связанной с проведением экспериментальной работў по борьбе с туберкулёзом, возложить на директора НИИФиП Убайдуллаева А.М., Начальника ГУОМП Менликулова П.Р.

МИНИСТР **Ш.И. КАРИМОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИНИНГ

Б У Й Р У / И

2001й. 06.06 **№ 247** **Тошкент шаҳри**

Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиснинг 2-чақириқ 5-сессиясида “Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси +онуни қабул қилиниши ва уни кучга кирганлиги тўғрисида

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2001 йил 11 майдаги 216-11 сонли қарори қабул қилинганлиги муносабати билан,

Б У Ю Р А М А Н :

1. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш муассасалари ва органлари раҳбарларига:

“Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси +онуни 2001 йил 11 май кунидан кучга кирганлиги маълумот учун қабул қилинсин.

Мазкур қонун матни ҳар бир тиббиёт ходимининг маълумотига етказилсин.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимининг барча силга қарши курашиш муассаса ва ташкилотларида тиббий ходим ва беморлар учун қулай жойларга қонуннинг асосий мазмуни осиб қўйилсин.

2. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг таркибий бўлинмалари раҳбарларига: Соғлиқни сақлаш муассасалари ва органлари раҳбарларига қонунни қўллаш бўйича зарур услубий ёрдам кўрсатилсин.
3. Мазкур буйруқни бажарилиш назоратини ўз зиммамда қолдираман.

ВАЗИР **Ф./. НАЗИРОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Б У Й Р У / И

2001 йил 10 август **№1060** **Тошкент шаҳри**

“Беморнинг уй-жой майдони кўпайтирилиши мумкин бўлган айрим оғир турдаги сурункали касалликларнинг рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида”

Ўзбекистон Республикаси Уй-жой кодекси 42-моддасига ва Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 1 январда 18-сон қарори билан тасдиқланган “Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тўғрисида”ги Низомига асосан,

Б У Ю Р А М А Н :

1. Беморнинг уй-жой майдони кўпайтирилиши мумкин бўлган айрим оғир турдаги сурункали касалликларнинг рўйхатини иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. +орақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири, вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари ва Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига, республика тасарру-фидаги даволаш-профилактика муассалари раҳбарларига:

а) ушбу буйруқ маълумот ва ижро учун қабул қилинсин;

б) мазкур буйруқ зарур миқдорда кўпайтирилиб, +орақалпоғистон Республикаси Вазирлар кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар, туманлар ва шаҳарлар ҳокимликлари ва ўз тасарруфидаги бўлинмаларига етказилиши таъминлансин.

3. Ушбу буйруқ адлия вазирлиги томонидан рўйхатга олинган кундан бошлаб, 10 кун ўтгандан кейин кучга киритилсин.

4. Мазкур буйруқ кучга кириши билан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 1994 йил 28 июлдаги 350-сонли буйруғи ўз кучини йўқотган деб ҳисоблансин.

5. Ушбу буйруқнинг бажарилиш назорати ДПЁББ бошлиғи Ф.О. Илхомов зиммасига юклатилсин.

ВАЗИР **Ф./. НАЗИРОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРИНИНГ

Б У Й Р У / И

2003 йил 3 апрел **№ 160** **Тошкент шаҳри**

“Силга қарши курашиш тадбирларини такомиллаштириш тўғрисида”

Ўзбекистон Республикаси худудида силга қарши курашиш тадбирлари сифатини ошириш мақсадида ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) тавсия этган DOTS стратегияси (directly observed treatment with short course, бевосита тиббий ходим назорати остидаги қисқа муддатли даволаш курси)га

асосланган силга қарши кураш дастурининг мамлакатимизда кенгайиб бораётганлигини ҳисобга олиб,

БУЮРАМАН:

1. DOTS дастури силга қарши курашда устувор ва мажбурий, деб қабул қилинсин.
2. ЖССТ тавсияларига мувофиқ равишда умумий даволаш тизими ҳамда силга қарши курашиш муассасалари фаолиятларининг ўзаро боғлиқлиги ва ҳамкорлиги йўлга қўйилсин.
3. Янги туғилган чақалоқларнинг камида 98%ини БЦЖ билан эмлашга эришилсин.
4. Барча силга қарши кураш муассасаларида Давлат санитария-эпидемиология назорати талабларидан келиб чиққан ҳолда, тиббий чиқиндиларни (аъзолар, тампонлар, шприцлар, игналар, балғам, балғам йиғилган контейнерлар) зарарсизлантириш тизими ташкиллаштирилсин.
5. Беморларни DOTS стратегияси бўйича даволаш учун зарур бўлган силга қарши дори-дармонларнинг етарли миқдорда узлуксиз етказиб берилиши таъминлансин.
6. Силни даволаш махсус муассаларидан бошқа тиббий муассасаларда асосий қаторга киритилган силга қарши махсус дори-дармонлардан фойдаланиш таъқиқлансин, ҳамда барча дорихоналарда, мулкчилик шаклидан қатъий назар, силга қарши дориларнинг махсус силга қарши муассаса рецептисиз сотилиши ва тарқатилиши маън этилсин.
7. Республика DOTS Марказининг штат жадвали Фтизиатрия ва пульмонология ИТИ иш ҳақи фонди доирасидан 10 кишига етказилсин ва унинг таркибига лаборатория бўйича коор-динатор, эпидемиолог, дори таъминоти бўйича мутахассис, санитария-тарғибот ишлари ва ахборот бошқаруви бўйича мутахассислар лавозимлари киритилсин.
8. +орақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазири, Тошкент шаҳар ҳокимияти Соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси бошлиғи ва вилоятлар ҳокимиятлари Соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқларига:

-ЖССТ тавсия этган статистик ҳисобга олиш ва ҳисобот бериш шакллари жорий этилсин.

-+орақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлиги, вилоят соғлиқни сақлаш бошқармалари қошида Республика DOTS Марказининг бўлинмалари ташкил этилсин.

-Республика DOTS Марказининг бўлинмалари Республика ва вилоятлар силга қарши курашиш диспансерлари штат жадвалининг мавжуд захираси ҳисобига 4 мутахассис (клиницист-консултант, эпидемиолог, врач-лаборант ва фармацевт) билан таъминлансин.

9. Давлат санитария-эпидемиология назорати Республика Маркази бош врачига (С.Б. Шоумаров):

- 2003 йилнинг май ойигача “Силни даволаш шифохоналарида дезинфекция ва стерилизация усулларидан фойдаланиш”, “Силни даволаш шифохоналарида эпидемияга қарши ва санитария-гигиена тартибини сақлаш бўйича қоидалар” мавзусида қўлланмалар ишлаб чиқилсин ва барча керакли муассасалар таъминлансин.

10.+орақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳар, вилоятлар Давлат санитария-эпидемиология назорати Марказлари бош врачларига:

-DOTS стратегиясини амалга ошириш доирасида эпидемияга қарши чора-тадбирларнинг тўла бажарилиши устидан назорат таъминлансин.

-Силга қарши муассасаларда тиббий чиқиндиларни зарарсиз-лантириш устидан доимий назорат кучайтирилсин.

-Аҳолининг декретив гуруҳга оид қисмининг сил касаллигига ўз вақтида текширилиши устидан назорат кучайтирилсин.

-Ҳар бир аниқланган беморга “Тезкор ахборот (Ф-058,089)” тўлдирилиши ва маҳаллий ДСЭНМга ўз вақтида берилиши устидан қатъий назорат ўрнатилсин.

11.Соғлиқни сақлаш вазирлигининг дори-дармон сиёсати Маркази (Н.Н. Баҳрамова)га:

- DOTS талабларидан келиб чиққан ҳолда, силга қарши дори-дармонларни танлаш, сотиб олиш, сақлаш, тақсимлаш ва уларни ҳисобга олиш бўйича йўриқнома ишлаб чиқилсин ва даволаш муассаларида силга қарши дори-дармонларнинг ишлатилиши бўйича доимий мониторинг йўлга қўйилсин.

12.ЎзР ССВ Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти (А.М. Убайдуллаев)га:

- DOTS стратегиясини назарда тутган ҳолда “Силга қарши кураш диспансерлари хисобида турувчи беморларнинг гуруҳларга бўлиниши”, “Силга қарши курашиш сиҳатгоҳлари ҳақида Низом”, “Сил билан касалланган беморларни сиҳатгоҳларга йўллаш”, “МВКК (ЦВКК) ҳақида Низом”, “Болалар махсус сил муассасалари (мактаб-интернат, болалар боғчаси, ясли, болалар уйи) ҳақида Низом”, “Силни даволаш муассасалари таҳлилхоналари ҳақида Низом”, “Манту синамасини қўллаш бўйича услубий тавсиянома”, “Силнинг иммунопрофилактикаси бўйича услубий қўлланма”, “Кимёпрофилактика ўтказиш бўйича тавсиянома”, “Силга қарши курашиш диспансери бўйича Низом” мавзуларидаги услубий тавсияномалар 2003 йилнинг июнь ойигача ишлаб чиқилсин ва 2003 йилнинг июль ойигача тасдиқлаш учун тақдим этилсин.

- Аҳолини флюрографик кўрикдан ўтказиш ЎзР ССВнинг 552-сонли буйруғи (1995й) ҳамда Вазирлар Маҳкамасининг 520-сонли қарорига (2000й.) мувофиқ амалга оширилсин.

- Вакцинация ва ревакцинация ўтказишда ЎзР.ССВнинг “Ўзбекистон Республикасида юқумли касалликлар иммун-профилактикасини ташкил қилиш ва ўтказиш қоидалари ва меъёрлари” (САНПиН 2002й.) талаблари назарда тутилсин.

- РАТМ билан келишилган ҳолда, DOTS ҳисобот шаклларини ҳисобга олиб, такомиллаштирилган ҳисобот ҳужжатларининг ягона шакли жорий этилсин.

- Халқаро стандартларга жавоб берувчи лаборатория текши-рувлари сифатини назорат қилиш тизими ишлаб чиқилсин ва тадбиқ этилсин.

- Ходимларнинг жойларда DOTS стратегиясини амалга оширишда амалий ёрдам кўрсатиш ҳамда мониторинг қилиш мақсадида ҳар чоракда бир марта республиканинг барча худудларига доимий равишда мутахассислар сафарлари ташкил қилинсин.

13. Соғлиқни сақлаш вазирлиги иқтисод ва молиялаштириш бош бошқармаси (Б.А. Хошимов)га:
    - Режалаштирилган тадбирларни амалга ошириш мақсадида Республика DOTS Марказининг чиқим сметасига асосланган сафар харажатлари кўзда тутилсин.
14. ОИТСга қарши курашиш Республика Марказига (М.М. Хакимов):
    - Фтизиатрия ва пулмонология ИТИ билан ҳамкорликда бир ой муддатда “ОИВ (ВИЧ) билан зарарланган ва ОИТС билан касалланган беморларда силни аниқлаш, унинг клиникаси ҳамда даволаш усуллари” мавзусида услубий қўлланма ишлаб чиқилсин ва тасдиқлаш учун тақдим этилсин.
15. “Саломатлик” институти (О.М. Муртазаев) ва унинг республикадаги барча бўлинмаларига:
    - DOTS стратегиясига мувофиқ силнинг олдини олиш, аниқлаш ва даволаш бўйича санитария-тарғибот ишларини амалга оширишнинг 2003 йилга мўлжалланган қўшимча иш режаси Ф ва П ИТИ, РДМ ва унинг бўлинмалари билан келишилган ҳолда ишлаб чиқилсин ҳамда ЎзР ССВ Даволаш-профилактика ёрдами бош бошқармасига бир ойлик муддат ичида тақдим этилсин. Шунингдек, Республика DOTS Марказига ҳар чоракда қилинган ишлар бўйича ҳисобот топшириш йўлга қўйилсин.
16. Соғлиқни сақлаш вазирлиги Назорат инспекцияси (Н.У. Шарапов)га:
    - Силга қарши дори-дармонлар, реактивлар, асбоб-ускуналар ва лаборатория жиҳозларининг мақсадли сарфланиши устидан доимий назорат ўрнатилсин.
17. Республика DOTS Маркази (Г.Т. Узоқова)га:

- 2003 йилнинг май ойигача муддатда силга қарши кураш тадбирларини намоён этувчи барча ҳисоб-китоб ва ҳисобот ҳужжатларини ЖССТ тавсияларига асосланган ҳолатга келти-рилсин.

- 2003 йилнинг май ойигача “Туман миқёсида силга қарши курашишни ташкил этиш” мавзусидаги ўқув модули мослаш-тирилсин ва +орақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри, барча вилоятлар даволаш-профилактика муассасалари бошлиқ-лари, эпидемиологлар, фтизиатрлар, умумий амалиёт врачлари, ўрта тиббий ходимлар ва лаборантларни ўқитиш жадвали тасдиқлансин.

- Республика ахборот-таҳлил маркази (З.Д. Муталова) билан ҳамкорликда барча даволаш-профилактика ва бошқа турдаги тиббий муассасалар бўйича олинган силга қарши кураш тадбирлари ҳақидаги маълумотларни жамлаш ташкиллаш-тирилсин.

18. Соғлиқни сақлаш вазирлиги кадрлар, фан ва ўқув юртлари бош бошқармаси (Ф.А. Акилов), тиббиёт олий ўқув юртлари ректорлари Кенгаши раиси (Т.А. Даминов), ўрта махсус тиббиёт ўқув юртлари Кенгаши раиси (М.А. Зияева) ва Тош ВМОИ ректори (Д.М. Собиров)га:
   - “Силга қарши курашни DOTS стратегиясига мувофиқ ташкил этиш” ўқув цикли бўйича ўқитиш дастури ишлаб чиқилсин ва ўрнатилган тартибда расмийлаштирилсин.

Белгиланган тадбирларни амалга ошириш мақсадида қуйида-гиларни

ТАСДИ+ЛАЙМАН:

1. DOTS дастурини жорий этиш бўйича Мувофиқлаштирувчи Кенгаш таркиби (1-илова)
2. Ўзбекистон Республикаси худудида DOTS дастурини жорий этишнинг стратегик режалари (2-3 иловалар).
3. Ўпка силини бактериоскопик усул билан аниқлаш бўйича услубий кўрсатмалар (4-илова).
4. Сил билан касалланган беморларни DOTS дастурига мувофиқ рўйхатга олиш тартиби (5-илова).
5. Сил билан касалланган беморларни DOTS дастурига мувофиқ даволаш ва касаллик натижаларини қайд этиш бўйича йўриқнома (6-илова).
6. Республика DOTS Маркази ва унинг бўлинмалари фаолияти ҳақида Низом (7-илова).

Ушбу буйруқнинг бажарилишини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг биринчи муовини Д.А. Асадов зиммасига юклатилсин.

ВАЗИР **Ф./. НАЗИРОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Б У Й Р У / И

2003 й. 10.12 №536 Тошкент шаҳри

Республикада сил касаллигини тарқалиб бораётганлиги, унинг оғир полирезистент турлари кўпайиб бораётганлиги, “оилавий” сил ҳолатларининг кўплаб учраётганлиги, силнинг ўпкадан ташқари аъзоларда топилаётганлиги, жойларда ҳокимликлар томонидан силга қарши кураш диспансерларини етарли даражада молия-лаштирилмаётганлиги, шунингдек, республикада амалга ошири-лаётган соғлиқни сақлаш тизимининг ислоҳати талаблари силга қарши кураш диспансерларини такомиллаштиришни тақозо этади.

Силга қарши кураш диспансерлари ишини мувофиқлаштириш, сил касаллигини барвақт аниқлаш ва самарали даволаш мақсадида,

Т А С Д И + Л А Й М А Н :

1. Силга карши кураш диспансерларида назоратда турувчи беморларнинг янги диспансер гуруҳини (1-илова).

2. Силга қарши кураш диспансерларида назоратда турувчи беморларни кузатиш муддатлари ва олиб бориладиган ишлар режаси (2-илова).

3. Умумий тиббиёт поликлиникаларида сил касаллиги хавфи юқори бўлган шахсларни кузатиш муддатлари ва олиб бориладиган ишлар режаси (3-илова).

4. Силга қарши кураш диспансерида назоратда турувчи беморларни текширув режаси (4-илова).

Б У Ю Р А М А Н :

1. +орақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлиги, Тошкент шаҳар ҳокимлиги Соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси ва вилоят Соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига:

1.1 Силга қарши кураш диспансерларида беморларни янги диспансер гуруҳлари асосида ҳисобга олиш ва назорат олиб бориш ташкил этилсин.

2. Фтизиатрия ва пульмонология ИТИ (А.М. Убайдуллаев):

2.1. 2004 йил 1-чорагида янги диспансер гуруҳларининг силга қарши кураш диспансерлар ва тиббий муассаларда қўллаш бўйича услубий қўлланма тайёрлансин ва мутахассислар учун семинар ўтказилсин.

3. Фтизиатрия ва пульмонология ИТИ (А.М. Убайдуллаев), Республика ахборот таҳлил маркази (З.Д. Муталова) билан биргаликда 2004 йил 1-чорагида силга қарши кураш диспансерлари назоратида турувчи беморларнинг янги статистика ва ҳисобот ҳужжатлари ишлаб чиқилсин ҳамда Силга қарши кураш диспансер контингентлари 8-шаклдаги ҳисоботга тегишли ўзгартишлар 2004 йил 2-чорагида киритилсин.

4.Ўз.Р.ССВнинг 23.11.1993 йилдаги 591-сонли буйруғининг “Силга қарши кураш диспансерлар назоратида турувчи беморларнинг диспансер гуруҳлари” ҳақидаги услубий кўрсатмалар ўз кучини йўқотган, деб ҳисоблансин.

Ушбу буйруқнинг бажарилишини назорат қилиш ДПЁББ бошлиғи Ш.Х. Хошимовга юклатилсин.

В А З И Р **Ф. /. НАЗИРОВ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ПРИКАЗ

«29» июля 2004 г. № 353 г.Ташкент

О введении в действие в экспериментальнўх территориях учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза

В целях совершенствования противотуберкулезнўх мероприятий на территории Республики Узбекистан и своевременного обеспечения руководителей органов и учреждений здравоохранения достоверной информацией об эффективности мероприятий по борьбе с туберкулёзом с применением стратегии **DOTS** и создания системў Эпидемиологического слежения и ведения случаев туберкулёза (ЭСВС ТБ).

1. УТВЕРЖДАЮ:

Формў первичного учета и отчетности о вўявлении и лечении больнўх туберкулёзом в соответствии с рекомендациями ВОЗ (приложение 1).

2. ПРИКАЗЎВАЮ:

1. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан (Турумбетовой М.Т.), Начальникам управления здравоохранения Андижанской (Шерматовой Р.Х.), Ферганской (Юлдашеву Ф.Ю.), Наманганской (Рахманову М.Т.), Ташкентской (Акрамову К.И.) областей и г. Ташкента (Исламову М.С.):

- Обеспечить в порядке эксперимента внедрение параллельно с учетной документацией, утвержденной приказом Минздрава от 29.05.2000 г. №283, учетнўх и отчетнўх форм, указаннўх в Приложении 1 с 01.10.2004г. в Республике Каракалпакстан, Андижанской и Ферганской областях и с 01.01.2005 г. в г. Ташкенте, Наманганской и Ташкентской областях.

- Принять к сведению, что обеспечение расходнўми материалами и бланками учетнўх и отчетнўх форм будет осуҳествляться за счет CDC/CAR.

- Предоставлять информацию о ходе эксперимента и отчетов по указаннўм формам в РИАЦ, РЦД и НИИ ФиП МЗ РУз к 5 числу месяца после окончания каждого квартала.

2. Директору РИАЦ (Муталовой З.Д.):

- Совместно с НИИ ФиП (Убайдуллаев А.М.), РЦД (Узакова Г.Т.) обеспечить оказание методической помоҳи лечебно-профилактическим учреждениям пилотнўх областей по внедрению экспериментальнўх форм, разработать и представить для утверждения методические рекомендации по заполнению учетнўх и отчетнўх форм.
- Совместно с НИИ ФиП (Убайдуллаев А.М.), РЦД (Узакова Г.Т.) обеспечить координацию мероприятий по созданию ЭСВС ТБ в республике.

Контроль над вўполнением настояҳего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Хаджибаева А.М.

МИНИСТР **НАЗИРОВ Ф.Г.**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИНИНГ

Б У Й Р У / И

2005 йил 19 июль **№ 342** **Тошкент шаҳри**

Болаларда сил касалигини эрта аниқлаш мақсадида ўтказиладиган туберкулинодиагностика ва кимёвий профилактикани такомиллаштириш ҳақида

Ҳозирги кунда сил касаллиги бутун дунёда, шу жумладан, Ўзбекистонда ҳам тиббиёт соҳасидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб, касалликнинг катталар орасида тарқалиб бориши билан бир қаторда, болалар ўртасида ҳам тарқалиши катта хавф уйғотмоқда Республикамизда сўнги 20 йил ичида болаларнинг сил билан касалланиши 2,4 марта, сил билан зарарланиши 2 марта ва сил билан бирламчи зарарланиши 1,5 марта ошди.

Сўнги йилларда болалар орасида сил бўйича эпидемик кўрсаткичларнинг ортиб боришига қарамай, профилактик кўрикда аниқланаётган бемор болалар сони сўнги йиллар ичида 20%дан ортиққа камайди, аҳолини профилактик кўрик билан қамраб олиш эса 1-3га қисқарди. Шунинг оқибатида сил касаллигига мойил болалар оммавий туберкулинодиагностика билан қамраб олинмасдан, сил касаллиги 30-50% болаларда турли шикоятлар билан тиббий ходимларга мурожаат қилганда аниқланмоқда. Шунинг учун ҳам оммавий ўтказиладиган профилактик тадбирлар ва иқтисодий жиҳатдан нотиббий нуқтаи назардан ўзини оқламай қолди.

Ҳозирги кунда профилактик ишларни ташкил қилишдаги долзарб йўналиш, бу – тадбирларни фақат илмий жиҳатдан асосланган ва шакллантирилган хавфли гуруҳларда ўтказиш туфайли олиб борилаётган ишлар ҳажмини қисқартириш, маблағни тежаш ва текширувда кўпроқ сил касалларни аниқлашдан иборат.

Юқорида келтирилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда, болалар орасида сил касаллигини эрта аниқлашнинг профилактик ишларини замонавий эпидемиологик оғир босқичда янада такомиллаштириш янги услубларни ишлаб чиқиш республикамиз учун катта аҳамият касб этиб, долзарб масала бўлиб қолмоқда. Тошкент вилоятининг Янгийўл шаҳрида ушбу масала бўйича ўтказилган илмий изланишлар ўзининг ҳар томонлама самарадорлигини кўрсатди.

Ушбу масалани чуқуроқ ўрганиш учун болаларда сил касаллиги кўпроқ учрайдиган шимолий ва жанубий минтақаларни, силга қарши тадбирлар сифати яхши йўлга қўйилган Тошкент шаҳри ва Андижон вилоятларини тажриба сифатида кузатувга олиш мақсадга мувофиқдир.

ЎзР ССВнинг 591-сонли буйруғини қисман ўзгартирилиши муносабати билан ва болалар орасида силга қарши профилактик тадбирларни яхшилаш, сил кассалигини барвақт аниқлаш мақсадида,

Б У Ю Р А М А Н :

1. +орақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри, Андижон ва Сурхандарё вилоятлари болаларда сил касаллигини эрта аниқлаш мақсадида ўтказиладиган туберкулинодиагностика ва кимёвий профилактикани тадбиқ этувчи пилот минтақалари, деб белгилансин.
2. +орақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирига, Тошкент шаҳар ҳокимлиги Соғлиқни сақлаш бош бошқармаси, Андижон ва Сурхандарё вилоятлари соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқларига:

Болалар орасида сил касаллиги бўйича дифференциал равишда ўтказиладиган профилактик тадбирларни соғлиқни сақлашдаги устувор масалалардан бири, деб қабул қилинсин.

Болаларда сил касаллигини эрта аниқлаш ва сил билан зарарланган болалар ўртасида кимёвий профилактика ўтказиш мақсадида барча болалар даволаш-профилактика муассаса-ларининг умумий амалиёт ва силга қарши курашиш тизимини биргаликда ишлаши таъминлансин.

Болалар ўртасида сил касаллигини эрта аниқлаш мақсадида ўтказиладиган туберкулинодиагностикани фақат болалардаги сил бўйича хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда ташкил этилсин.

Сил билан зарарланган болаларга кимёвий профилактика ўтказишда уларда хавфли омиллар учрашини, туберкулинга сезгирлигини ва сил бемор билан мулоқотда бўлганлигини инобатга олинсин.

Болаларни сил бўйича хавфли гуруҳларга ажратиш ва кимёвий профилактикани ўтказишни умумий амалиёт тизимининг асосий вазифаларидан бири, деб билинсин ва ўз вақтида ўтказилиши таъминлансин.

Силга қарши курашиш диспансерларини ушбу тадбирларни бажаришда бошқарувчи ва назорат қилувчи, деб белгилансин ва болаларга консултатив ёрдам кўрсатиш ташкил этилсин.

Ушбу тадбирларга сарфланадиган туберкулин, бир маротаба ишлатиладиган шприц, пахта, спирт, рентген плёнкаларини ва изониазид препаратларини керакли миқдорда узлуксиз етказиб берилиши таъминлансин.

Туберкулин билан Манту синамасини қўйиш жараёнида иньекция хавфсизлигига риоя қилиш таъминлансин.

Республика Давлат санитария-эпидемиология Назорат Маркази билан биргаликда, болалар орасида олиб бориладиган силга қарши профилактик тадбирларни ўтказиш режалари тузилсин.

Ушбу тадбирлар тўғрисида Фтизиатрия ва пульмонология ИТИга ва РесДСЭНМга, йўриқномаларда кўрсатилган ҳисобот шакллари бўйича ярим йиллик ва йиллик ҳисоботлар берилиши таъминлансин.

3. Республика Давлат санитария-эпидемиология Назорат Маркази бош врачига (С.Б.Шоумаров):

Сил бўйича хавфли гуруҳга кирувчи болаларни ўз вақтида ва тўлиқ текширилиши назорат қилинсин.

Болаларни БЦЖ билан қайта эмлашдан олдин (7-14 ёшдаги болаларда) ўтказиладиган Манту синамаси учун керакли миқдорда туберкулин етказиб берилсин.

Болалар орасида ўтказиладиган эпидемияга қарши тадбирлар устидан назорат кучайтирилсин.

4. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бош бошқармаси бошлиғига (Ядгарова К.Т):

Болалар орасидаги силга қарши ўтказиладиган профилактик тадбирлар устидан назоратни кучайтирилсин.

Соғлиқни сақлаш вазирлигида ҳар йили ўтказиладиган сил касаллиги бўйича якуний йиғилишларда ва даволаш йиғинларида болалар сили муаммолари атрофлича муҳокама қилинсин.

5. ОАО “УЗБИОФАРМ” раиси (Абдуллаев М.М.): ишлаб чиқарилаётган туберкулиннинг ҳар бир сериясини, фтизиатрия ва пульмонология илмий-текшириш институтида, чукур клиник синовдан ўтказилиши таъминлансин.
6. ЎзР ССВ, дори воситалари ва тиббий техника сифатини назорат қилиш бош бошқармаси бошлиғига (Тўлаганов А.А.): Республикада ишлаб чиқарилаётган БЦЖ ва туберкулин диагностикуми сифати кафолатланганлигини таъминлансин.
7. Фтизиатрия ва пульмонология илмий-текшириш институти директори (А.М. Убайдуллаев):

Фтизиатрия ва пульмонология илмий текшириш институти, болалар орасидаги сил касаллиги муаммоларини ҳал этишда бош муассаса ва бошқарувчи, деб белгилансин ҳамда +орақолпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри ва вилоятлардаги даволаш профи-лактика муассасаларига услубий ва амалий ёрдам кўрсатилиши таъминлансин.

Болалар орасида дифференциал равишда ўтказиладиган профилактик тадбирларнинг бўйича ўқув семинарлари ва илмий анжуманлар ташкил этилсин.

Вилоятлардан олинган ҳисоботлар бўйича йилда икки марта Соғлиқни сақлаш вазирлигига ҳисобот бериб турилсин.

8. ЎзР ССВнинг 23.11.1993 й.даги 591-сонли буйруғининг оммавий туберкулинодиагностика ва кимёвий профилактикага тегишли 8-илованинг 1.2,1.3 бандлари, 3-банди “Соғлом болалар орасидаги сил билан зарарланганлар ўртасида кимёвий профилактика ўтказиш”, 11-иловасининг 5-банди “Болалар орасида оммавий туберкулинодиагностикани ташкил қилиш” ўз кучини йўқотган, деб ҳисоблансин.
9. Сил билан зарарланган болаларни диспансер ҳисобига олиниши ушбу буйруқдан келиб чиққан ҳолда, ЎзР ССВнинг 10.12.2003 йилдаги 536-сонли буйруғи асосида амалга оширилсин.

Кўзда тутилган тадбирларни амалга ошириш мақсадида,

ТАСДИ+ЛАЙМАН:

1. Сил бўйича хавфли гуруҳларда ўтказиладиган туберку-линодиагностика бўйича йўриқномани (1-илова).
2. Дифференциал равишда ўтказиладиган кимёвий профилак-тика бўйича йўриқномани (2-илова).

Ушбу буйруқнинг бажарилиши устидан назоратни Соғлиқни сақлаш вазирининг муовини А.И. Комилов зиммасига юклатилсин.

ВАЗИР **Ф./. НАЗИРОВ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СО/ЛИ+НИ СА+ЛАШ ВАЗИРЛИГИНИНГ

Б У Й Р У / И

2006 йил 17 апрел **№ 154** **Тошкент шахри**

Объявляю Постановление Президента Республики Узбекистан от 3 апреля 2006 года № ПП-315 «О мерах по эффективному использованию грантовўх средств международного Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией»:

«В целях эффективной реализации задач по противодействию распространения СПИДа, туберкулеза и малярии, а также обеспечения целевого использования грантовўх средств, предоставляемўх международнўм Глобальнўм фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией:

1. Принять к сведению, что:

- международнўй Глобальнўй фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее – Глобальнўй фонд) вўделил Республике Узбекистан грантовўе средства для поддержки стратегических программ, направленнўх

на противодействие распространению указаннўх заболеваний, на первом этапе в обҳей сумме 12,2 млн. долларов США, в том числе на борьбу со СПИДом – 4,8 млн. долларов США, туберкулезом – 6,1 млн. долларов США, малярией – 1,3 млн. долларов США;

- на втором этапе реализации программ Глобальнўм фондом будут вўделенў грантовўе средства в сумме 28,6 млн. долларов США;

- исполнительнўми органами по реализации указаннўх программ являются: по СПИДу – Республиканский центр СПИД, по туберкулезу – Республиканский центр DOTS, по малярии – Республиканский центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

2. Определить, что грантовўе средства используются в соответствии со стратегическими программами противодействия распространению ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, принятўми Республиканской чрезвўчайной противоэпидемической комиссией Республики Узбекистан, по направлениям согласно приложению.

3. Возложить на Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (Назиров Ф.Г.) ответственность за эффективную реализацию программ и целевое использование грантовўх средств Глобального фонда, в том числе соблюдение механизма закупки медикаментов, медицинского и лабораторного оборудования и других товаров строго в соответствии с требованиями постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 15 ноября 2005 г. № 251 «О мерах по совершенствованию механизмов утверждения и мониторинга реализации инвестиционнўх проектов, учета и контроля грузов гуманитарной помоҳи и средств технического содействия»

4. Освободить медикаментў, медицинское и лабораторное оборудование, услуги и другие товарў, завозимўе и приобретаемўе на территории Республики Узбекистан за счет грантовўх средств Глобального фонда в рамках стратегических программ по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, от уплатў таможеннўх платежей (за исключением сборов за таможенное оформление) и налога на добавленную стоимость в качестве вклада Республики Узбекистан.

5. Министерству финансов Республики Узбекистан в период реализации мероприятий в рамках стратегических программ с участием Глобального фонда, в пределах утвержденнўх бюджетнўх ассигнований Министерству здравоохранения Республики Узбекистан, предусматривать финансирование расходов по доставке в регионў медикаментов, медицинского и лабораторного оборудования и других товаров, приобретеннўх за счет грантовўх средств Глобального фонда.

6. Национальной авиакомпании «Ўзбекистон хаво йўллари» обеспечить обслуживание грузов, приобретаемўх за счет грантовўх средств Глобального фонда без взимания платў.

7. Министерству иностраннўх дел Республики Узбекистан обеспечить в установленном порядке по заявкам Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан оформление виз иностраннўм специалистам, принимаюҳим участие в реализации программ, без взимания консульских сборов.

8. Министерству внутренних дел Республики Узбекистан:

- совместно с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан в месячнўй срок утвердить комплекснўе меру по противодействию СПИДу и туберкулезу в пенитенциарной системе, с учетом использования грантовўх средств Глобального фонда;

- обеспечить по заявкам Министерства здравоохранения Республики Узбекистан временную прописку иностраннўх специалистов, участвуюҳих в реализации программ, без взимания государственнўх пошлин.

9. Совету Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятам областей и г. Ташкента совместно с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан осуҳествлять контроль за целевўм использованием медикаментов, медицинского и лабораторного оборудования и других товаров, поставляемўх в медицинские учреждения в регионах за счет грантовўх средств Глобального фонда.

Республиканской чрезвўчайной противоэпидемической комиссии Республики Узбекистан систематически рассматривать вўполнение мероприятий в рамках стратегических программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, осуҳествляемўх за счет всех источников финансирования, в том числе грантовўх средств Глобального фонда.

1. Контроль за вўполнением настояҳего постановления возложить на заместителя Премьер-министра Республики Узбекистан Касўмова Р.С.

ПРЕЗИДЕНТ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН И. КАРИМОВ

П Р И К А З Ў В А Ю :

1. Принять изложенное вўше Постановление Президента Республики Узбекистан от 3 апреля 2006 г. №ПП-315 «О мерах по эффективному использованию грантовўх средств международного Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией» к руководству и исполнению.

2. Директорам Республиканского центра СПИД (Г.Гиясова), Республиканского центра DOTS (А.Юлдашев), главному врачу Республиканского центра государственного санитарно-эпидемиологического контроля (С.Шоумаров):

- принять меру к эффективной реализации программ, финансируемых за счет средств грантов Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией;

- обеспечить целевое использование грантовых средств;

- проводить закупки медикаментов, медицинского и лабораторного оборудования и других товаров в строгом соответствии с требованиями Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 15 ноября 2005 г. № 251 «О мерах по совершенствованию механизмов утверждения и мониторинга реализации инвестиционных проектов, учета и контроля грузов гуманитарной помощи и средств технического содействия».

Ежеквартально к 15 числу следующего за кварталом месяца, информировать ДГСЭН о ходе реализации Стратегических программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии.

3. Начальнику Главного экономического управления (Б.Хашимов) при формировании ежегодной бюджетной заявки Министерства здравоохранения предусматривать средства на финансирование расходов по доставке в регионы медикаментов, медицинского и лабораторного оборудования и других товаров, приобретенных за счет грантовых средств Глобального фонда.

4. Начальникам Главного управления лечебно-профилактической помощи (Ш.Хашимов) и Департамента государственного санитарно-эпидемиологического контроля (С.Сайдалиев) совместно с Министерством внутренних дел к 24 апреля 2006 г. разработать комплексные меры по противодействию СПИДу и туберкулезу в пенитенциарной системе.

5. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан, начальнику главного управления здравоохранения хокимията г. Ташкента, начальникам управлений здравоохранения областных хокимиятов:

- оказывать содействие территориальным подразделениям Республиканского центра СПИД, Республиканского центра DOTS, Республиканского центра государственного санитарно-эпидемиологического контроля в реализации мероприятий в рамках программ, финансируемых за счет средств Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией;

- осуществлять жесткий контроль за целевым использованием медикаментов, медицинского и лабораторного оборудования и других товаров, поставляемых в медицинские учреждения регионов, за счет грантовых средств Глобального фонда.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя Министра, Главного государственного санитарного врача Б.И. Ниязматова и заместителя Министра М.Х. Ходжибекова.

МИНИСТР **Ф.Г. НАЗИРОВ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ПРИКАЗ

«2» мая 2008 г. № 180 г.Ташкент

«О совершенствовании медицинской помоҳи больнўм мультирезистентнўми формами туберкулёза в медицинских учреждениях системў Министерства здравоохранения»

Возникновение устойчивости к препаратам, используемўм при лечении туберкулеза, и появление множественной лекарственной устойчивости является серьезной проблемой, препятствуюҳей эффективной борьбе с этим заболеванием. В связи с чем, важнўм аспектом Национальной программў борьбў с туберкулезом в Узбекистане являются мультирезистентнўе формў туберкулеза, нуждаюҳиеся в своевременном приеме необходимўх мер.

С 2003 года осуҳествляется программа лечения мультирезистентнўх форм туберкулеза - DOTS plus в Республике Каракалпакстан. В 2007 году начат проект в городе Ташкенте. Изучена распространенность мультирезистентнўх форм туберкулеза на охваченнўх территориях.

Распространенность мультирезистентнўх форм среди впервўе вўявленнўх больнўх составляет 13%, среди повторно леченнўх – 45%. Создана система вўявления и лечения больнўх, отремонтированў и оснаҳенў Национальная референс лаборатория, отделения для лечения мультирезистентнўх форм туберкулеза в соответствии с международнўми стандартами инфекционного контроля, закупленў препаратў 2 ряда и реактивў для лаборатории. Планируется расширение подобнўх проектов в областнўх противо-туберкулезнўх диспансерах.

С целью совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Узбекистане, тактики ведения больнўх, не имеюҳих эффекта от лечения противотуберкулезнўми препаратами первого ряда:

УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение о совместном консилиуме для отбора больнўх с мультирезистентнўми формами туберкулеза для лечения препаратами второго ряда, согласно приложению № 1;
2. Функциональнўе обязанности специалистов, вовлеченнўх в реализацию пилотнўх проектов DOTS plus, согласно приложению №2;
3. Определения, используемўе при реализации проектов DOTS plus, согласно приложению № 3;
4. Руководство по бактериологическому исследованию образцов мокротў больнўх с подозрением на туберкулез и проведению тестов на лекарственную чувствительность, согласно приложению №4;
5. Руководство по лечению больнўх мультирезистентнўми формами туберкулеза, согласно приложению № 5;
6. Алгоритмў купирования побочнўх эффектов при лечении мультирезистентнўх форм туберкулеза, согласно приложению №6;
7. Руководство по паллиативному лечению больнўх с неблагоприятнўм исходом после лечения противотуберкулезнўми препаратами первого ряда, согласно приложению № 7;
8. Руководство по инфекционному контролю в противотуберкулезнўх учреждениях, согласно приложению № 8;
9. Руководство по закупкам препаратов второго ряда, симптоматических средств, реактивов для лаборатории, согласно приложению №9;

ПРИКАЗЎВАЮ:

10. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан и начальнику главного управления здравоохранения г. Ташкента:

10.1. Обеспечить безопасную транспортировку с соблюдением всех правил образцов мокротў больнўх для бактериологического исследования и при необходимости тестов на лекарственную чувствительность из районнўх централизованнўх лабораторий, осуҳествляюҳих микроскопию мазка

мокротў, в лабораторию Республиканского противотуберкулезного диспансера г. Нукус и Национальную референс лабораторию Республиканского специализированного научно-практического центра Фтизиатрии и пульмонологии (г. Ташкента), соответственно:

- всех лиц с положительнўми результатами микроскопии мазка мокротў;

- ТБ/ВИЧ больнўх с отрицательнўми результатами мазка мокротў

- всех лиц с отрицательнўми результатами мазка мокротў, имевших контакт с больнўми мультирезистентнўми формами туберкулеза

- освобожденнўх из мест заключения, страдаюҳих туберкулезом, имеюҳих отрицательнўй результат микроскопии мазка мокротў.

10.2 Обеспечить своевременную госпитализацию больнўх с подтвержденнўми случаями мультирезистентного туберкулеза, проживаюҳих на территории республики Каракалпакстан и г.Ташкента, в отделения по лечению мультирезистентнўх форм туберкулеза в гг. Нукус и Ташкент, соответственно.

10.3. Обеспечить преемственность ведения больнўх, поддерживаюҳей фазў лечения (поддерживаюҳая фаза осуҳествляется в DOTS уголках поликлиник и сельских врачебнўх пунктов по месту жительства).

10.4. На всех этапах лечения обеспечить непосредственно контролируемое лечение больнўх мультирезистентнўми формами туберкулеза медицинским персоналом.

11. Начальникам управлений здравоохранения Бухарской (Х.К. Тошев), Самаркандской (Н.И. Ходжаев), Сурхандарьинской (К.М. Абдувохидов), Ферганской (Ш.Ю.Хусанбоев) и Ташкентской (Р.Д.Муминов) областей:

- Обеспечить ремонтнўе работў в региональнўх лабораториях, которўе будут в последуюҳем осуҳествлять бактериологические исследования.

12. Министру Здравоохранения Республики Каракалпакстан, Начальникам Главного управления здравоохранения г.Ташкента и управлений здравоохранения областей принять мерў для предупреждения дальнейшего развития мультирезистентнўх форм туберкулеза путем:

- соблюдения стандартнўх схем лечения чувствительнўх форм туберкулеза у всех вўявленнўх больнўх;

- поквартального анализа причин нарушений режима и создания условий для сведения их к минимуму;

- внедрения и мониторирования плана мероприятий по предотвраҳению случаев нарушения режима больнўми туберкулезом;

- контроля за соблюдением непрерўвного контролируемого лечения больнўх ТБ медицинскими работниками, особенно на поддерживаюҳей фазе лечения;

- своевременного анализа остатков противотуберкулезнўх препаратов на складе и избежание перерўва в их обеспечении на всех уровнях (центральнўй, областной, районнўй).

13. Директору Республиканского специализированного научно-практического центра Фтизиатрии и пульмонологии (А.М. Убайдуллаев), главному врачу Республиканского противотуберкулезного диспансера Республики Каракалпакстан (Д.А. Дошетов):

13.1. Обеспечить качественную работу Национальной референс лаборатории и лаборатории Республиканского противотуберкулезного диспансера в г. Нукус при осуҳествлении посева и исследования на чувствительность к ТБ препаратам больнўх с соответствуюҳими показаниями и своевременное предоставление информации о результатах исследования в районнўе противотуберкулезнўе диспансерў.

13.2. Обеспечить изоляцию больнўх с мультирезистентнўми формами туберкулеза с соблюдением противоэпидемических мер;

13.3. Работу совместного консилиума организовать строго в соответствии с утвержденнўм «Положением о совместном консилиуме для больнўх с мультирезистентнўми формами туберкулеза для лечения препаратами второго ряда»;

13.4. Организовать вўписку больнўх мультирезистентнўми формами туберкулеза на амбулаторную фазу согласно «Положения о совместном консилиуме для отбора больнўх с мультирезистентнўми формами туберкулеза для лечения препаратами второго ряда»

13.5. Обеспечить надлежаҳие хранение, учет и использование противотуберкулезнўх препаратов первого и второго ряда;

13.6. Обеспечить стандартизированное лечение препаратами второго ряда во всех специализированнўх и неспециализированнўх учреждениях у больнўх с мультирезистентнўми формами туберкулеза, согласно «Руководству по лечению больнўх мультирезистентнўми формами туберкулеза».

14. Директору Республиканского специализированного научно-практического центра Фтизиатрии и Пульмонологии (А.М. Убайдуллаев), главному врачу Республиканского противотуберкулезного диспансера Республики Каракалпакстан (Д.А. Дошетов), главнўм врачам областнўх противотуберкулёзнўх диспансеров, главнўм врачам городских противотуберкулезнўх больниц (г. Ташкента):

14.1. Создать специализированнўе отделения паллиативного лечения больнўх туберкулезом с неблагоприятнўм исходом после стандартизированного лечения по категории II;

14.2. Обеспечить раздельную госпитализацию впервўе вўявленнўх и подлежаҳих повторному лечению больнўх в зависимости от статуса бацилловўделения;

14.3.Обеспечить своевременную утилизацию отходов противотуберкулезнўх учреждений в муфельнўх печах.

15. Директору Республиканского центра DOTS (Д.Д.Ульмасовой):

15.1 В рамках реализации гранта Правительства Германии (банк KfW) «Борьба с туберкулезом Y» совместно с супранациональной лабораторией

(г.Гаутинг, Германия) провести исследования по изучению распространенности мультирезистентнўх форм туберкулеза в Республике Узбекистан;

15.2. В рамках реализации гранта Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (компонент «туберкулез») осуҳествлять своевременную регулярную закупку противотуберкулезнўх препаратов первого и второго ряда (после одобрения со стороў Комитета Зеленого Света); реактивов и расходнўх материалов, необходимўх для бактериологического исследования и тестов на лекарственную чувствительность в региональнўх лабораториях;

15.3. Обеспечить дополнительную оплату за вредность обученнўх квалифицированнўх медицинских работников, работаюҳих в специально созданнўх отделениях для лечения больнўх мультирезистентнўми формами туберкулеза из средств Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (компонент «туберкулез»), а также специалистов Национальной референс лаборатории в объеме, предусмотренном и одобренном со стороў грантодателя;

15.4. Совершенствовать мониторинг и оценку Национальной Программў борьбў с туберкулезом с целью предотвраҳения роста мультирезистентнўх форм туберкулеза;

15.5. Обеспечить обучение специалистов, вовлеченнўх в реализацию Национальной программў борьбў с туберкулезом, включая вопросў ведения мультирезистентнўх форм туберкулеза.

Контроль за вўполнением настояҳего приказа возложить на первого заместителя министра А.И. Икрамова и заместителя министра М.Х. Ходжибекова.

МИНИСТР **Ф.Г.НАЗИРОВ**

2 БОБ

СИЛ БЕМОРЛАРНИ АНИ+ЛАШНИ ТАШКИЛ +ИЛИШ

Сил касаллигини эрта аниқлаш ва беморларни касалликдан асоратсиз тузалиши, микобактерияларни атроф муҳитга тарқалишини олдини олиш гаровидир. Шу туфайли, силни бош-ланиш даврида аниқлашга қаратилган профилактик тадбирлар аҳамияти жуда каттадир. Ҳозирги пайтда болалар ва ўсмирларда сил касаллигини аниқлашда, асосан, туберкулиндиагностика қўл-ланилади.

Ушбу текшириш жараёнида болаларда бирламчи сил билан зарарланиш аниқланиб, улар 1 йил давомида педиатр-фтизиатр назоратида турадилар ва специфик кимёвий профилактика билан қамраб олинадилар.

Катталар орасида сил жараёнини аниқлашда, касалликнинг клиник белгиларидан ташқари, рентген-флюорографик текши-рувларга ва патологик ажратмаларда сил қўзғатувчисини топишга катта аҳамият берилади. Шу тафайли, бу ишларни бажариш умумий амалиёт шифокорлари зиммасига юкланади. Силни умумий амалиёт шифокорлари томонидан аниқлашда, умумтармоқ шифо-корларининг билим савияси, жойлардаги фтизиатрлар билан ҳамкорликда ишлаши, билим савиясини оширишга мўлжалланган конференцияларда қатнашиши, поликлиника ва +ВП ларнинг рентген-флюорографик аппарат билан таъминланиши, DOTS-бурчакларининг тўғри ишлаши каби омилларнинг аҳамияти каттадир.

Охирги йилдаги илмий текширишлар силнинг, асосан, хавфли гуруҳларда ривожланишини тасдиқлади. Шу тафайли, Э.С.Содиқов таклифига биноан, 1995 йилдан республикамизда хавфли гуруҳ шахсларини ҳар йили 1 марта, албатта флюорографик текшириш ўтказиш қонунлаштирилди. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

552, 520-сонли, Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йилдаги 740-сонли буйруқлари асосида флюорографик текшириш албатта: қандли диабет, ошқозон-ичак яралари, нафас олиш тизими сурункали касалликлари, ичкиликбоз ва гиёҳвандлар, руҳий касаллар, узоқ вақт гормонал даво олувчилар, фертил ёшдаги аёллар, пенсионерлар, инвалидлар, ёлғиз ва кекса ёшдаги шахсларга ўтказилади. Профилактик флюорографик текшириш билан, коммунал хўжалик ходимлари, озиқ-овқат соҳасида, даволаш-профилактика ва болалар муассасаларида ишловчилар ва чорвадорларни қамраб олиш кўзда тутилган. Одатда, ушбу текширишлар умумий даволаш тизими муассасаларининг рентген-флюорографик бўлимида амалга оширилади ва бу фаолият сифати шаҳар, вилоят махсус бўлимлари, сил диспансерлари томонидан назоратга олинади. Поликлиника, +ВП бош шифокорлари флюорографик текширишнинг тўғри олиб борилишига жавобгар шахс ҳисобланадилар.

Сил касаллигини ўз вақтида аниқлашнинг асосий усулларидан бири балғам бактериоскопияси бўлиб, жойларда уни тўғри ташкил этиш керак бўлади. Ҳозирги вақтда DOTS дастурининг асосий кўрсатмаларидан бири бўлган диагностик бактериоскопия, Рес-публикамизда Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 03.04.2003 йилдаги 160-сонли буйруғи асосида мунтазам бажарилмоқда. Ҳамма поликлиника, +ВП ларда балғам йиғиш хоналари жиҳозланган, бактериоскопия учун зарур реактивлар, бинокуляр микроскоп ва лаборантлар билан таъминланган.

Сил касаллигини аниқлашнинг тўғри ташкил этилганлигини баҳолаш учун қуйидаги кўрсаткичлар қўлланилади:

1. Профилактик текширишда аҳолининг камида 60-70% ини қамраб олиш зарур.
2. Текширилганлар орасида силнинг аниқланиши 70-75% дан кам бўлмаслиги керак.
3. Микроскопия усулида СМБ аниқлаш 10% дан кам бўлмаслиги лозим.
4. Биринчи марта аниқланган сил беморлар орасида фиброз- кавакли сил 1-1,5% дан ошмаслиги керак.
5. Бир йил ичида аниқланган ва вафот этган беморлар сони 1-1,5% дан кўп бўлмаслиги шарт.
6. Ўлим сабаби, силдан вафот этган беморлар орасида 3%, биринчи марта ҳисобга олинганлар орасида 1% гача бўлиши лозим.

Сил беморларни фаол аниқлаш

Республикада силни фаол аниқлаш деганда, сил касаллигининг белгилари бор-йўқлигидан қатъий назар, аҳолини мақсадли текшириш тушунилади. Профилактик текширишлар, умумий даволаш муассасалари, СЭН эпидемиологи ва силга қарши диспансер иштирокида, тасдиқланган режа асосида амалга оши-рилади. Аҳоли флюорография кўригидан йилда 1 марта ўтка-зилади. Булар «хавфли гуруҳ»даги беморлар, «мажбурий гуруҳ-

да»ги аҳоли бўлиб, зарурат бўлганда бактериологик, туберкулин-диагностика усуллари қўлланилади.

Республикада ишлаб турган 358 та флюороаппаратдан 31 таси ҳаракатдаги аппаратдир. Ҳар йили уч млн. киши текширилади, бу текшириладиган аҳолининг 65-70% ни ташкил қилади. Флюорография ёрдамида ҳар йили 10000 дан ортиқ одамда ўпка сили аниқланади (касалликни аниқлаш ўртача 0,4%, «хавфли гуруҳ» да 0,7%, «мажбурий гуруҳ»да 0,2%).

Келажакда баъзи бир тоифадаги кишиларни йилда 2 марта, йилда бир марта ва навбатсиз текширишни ташкил қилиш лозим. Буларга қуйидагилар киради.

1. Ҳарбий хизматга чақирилувчилар.
2. Туғруқхона ходимлари.
3. СТ ажратувчилар билан яқин мулоқотда бўлганлар.
4. Диспансер ҳисобидан чиқарилиб, умумий даволаш муассасаларига кузатишга юборилган беморлар.
5. Даволанишдан кейин катта қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар, даволанганидан бошлаб, 3 йил давомида.
6. ОИВ ни юқтирганлар.
7. Наркология, психиатрия диспансерлари назоратида турган беморлар.
8. +амоқдан озод қилинганлар, озодликка чиққанидан кейин 2 йил давомида, йилда 1 марта текшириш зарур:

- хавфли гуруҳ беморлари;
- гормонал ва нур даво олувчилар;
- асоциал гуруҳ шахслари (бошпанасизлар, четдан кўчиб келганлар);
- даволаш-профилактика, санаторий ва спорт муассасалари ходимлари.

3 БОБ

ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ

Бугунги кунда силни амбулатория шароитида даволаш, беморнинг диспансердаги назорати ва муддатлари силдан соғайишнинг узоқ кузатиб назорат қилиши билан эмас, балки беморнинг даволанишга мухтожлиги, даволаш ва назоратда ҳар бир беморга алоҳида ёндошишдан келиб чиқиши лозим.

Фтизиатрия амалиётида диспансер гуруҳлари назоратининг самарали шакли ва усулларини ишлаб чиқишга эҳтиёж борлигини ҳисобга олиб, Фтизиатрия ва пулмонология ИТИда даволаш ва эпидемиологик пинципларга асосланган диспансер назоратидаги гуруҳларнинг мукаммал шакли ишлаб чиқилди.

Катта ёшдаги беморлар диспансер шароитида кузатиш усуллари

Силга қарши курашиш диспансер назоратида туриши лозим бўлган катта ёшдаги беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

1-гуруҳ – нафас аъзолари фаол сили:

- А гуруҳча – сил касаллиги илк бор аниқланган, хуруж ёки қайталанган;
- Б гуруҳча – самарасиз даволаш туфайли сурункали сил жараёни билан хасталанган беморлар;
- В гуруҳча – силга қарши дориларга полирезистент сил таёқчалари ажратадиган беморлар.

2-гурух – нафас аъзоларининг фаол бўлмаган сили:

- А гуруҳча – ўпка ва плеврада катта қолдиқ ўзгаришлар қолган, фаол бўлмаган сил билан хасталанган беморлар, шунингдек 1-гуруҳдан самарали даволаш ва тузалгандан сўнг ўтказилган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлган, лекин силни қўзғатиш омиллари мавжуд беморлар; илк бор фаол бўлмаган нафас аъзоларининг сили аниқланган беморлар;
- Б гуруҳча – 1-гуруҳдан самарали даволанган ва клиник тузалган, ўпка ва плеврада кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган, сил қўзғатувчиси омиллари бўлмаган, фаол бўлмаган сил билан хасталанган беморлар ҳамда илк бор фаол бўлмаган нафас аъзолари сили аниқланган беморлар.

3-гуруҳ – ўпкадан бошқа аъзолар сили:

- А гуруҳча – ўпкадан бошқа аъзоларнинг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталанган ва хуруж қилган), ҳамда ўпкадан бошқа аъзоларнинг фаол бўлмаган, шу жумладан илк бор аниқланган сили билан хасталанган беморлар;

- В гуруҳча – ўпкадан бошқа аъзолар силидан тузалиб, клиник соғайишдан сўнг қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

4-гуруҳ – сил билан хасталаниш хавфи юқори бўлган шахслар:

- А гуруҳча – сил таёқчаси ажратадиган беморлар ёки сил билан хасталанган қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари билан мулоқотда бўлган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги одамлар;

- Б гуруҳча – сил таёқчаси ажратмайдиган фаол сил билан хасталанган бемор билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар;

- В гуруҳча – сил билан илк бор зарарланган (вираж), туберкулинган гиперергик реакция берган, БЦЖ дан сўнг асорати бўлган болалар ва ўсмирлар.

Диспансер назоратининг янги гуруҳлари 0, 2, 5Г, 7 назорат гуруҳларини қисқартириш имконини беради. Силган ёки фаоллигига шубҳа бўлган, диагнози ноаниқ беморларга диспансер шароитида диагноз қўйиб фаоллигини аниқлаш имкони бўлмаса, улар шифохонанинг диагностика бўлимига юборилади. Беморда фаол сил аниқланса, 1-гуруҳ назоратига олинади.

«Сўнаётган сил жараёни» тушунчаси ҳозирда асосий интенсив даволаш самарадорлиги туфайли, бемор силдан клиник соғайиши ёки сурункали сил билан хасталанган беморлар қаторига ўтишига олиб келганлиги сабабли ўз аҳамиятини йўқотди. Шу сабабли сил билан хасталанган беморлар янги назорат гуруҳига кўра нафас аъзоларининг фаол ва фаол бўлмаган силига бўлинадилар.

Аввал 7-гуруҳ назоратида турганлар, силда сўнги қолдиқ ўзгаришлар қолган шахслар бўлиб улар ҳар йили сил қайта хуружи ёки қайталанишини олдини олиш учун флюорографик текши-рувдан ўтишлари лозим бўлиб, махсус даволаш ва профилактик чоралар ўтказилишига мухтож эдилар.

Шу сабабли улар умумий тиббиёт муассасаларида шифокорлар томонидан кузатилиб, агарда сил қайта хуруж қилганига шубҳа бўлса, фтизиатр билан консултация қилинишлари лозим.

Диспансер фаолиятида янги гуруҳлар амалиёт учун ишла-тишга қулай бўлиб, силга мойил шахслар сонини қисқартириш ҳисобига назоратдаги беморлар сонини камайтиришга, фтизиатр-ларга асосий вазифа – беморларни даволаш, сил ўчоқларида ишлашга асосий эътиборни қаратиш имконини беради. Бу эса ўз навбатида силдан соғайтириш, беморларни ногиронлигини камайтириш, беморларни «сурункали сил билан хасталанган беморлар» қаторига ўтишини олдини олиш, сил билан хасталанган беморлар билан мулоқотда бўлганлар орасида профилактикани сифатини оширишга, натижада силни тарқалишини камайтириш ва эпидемиологик шароитини яхшилашга олиб келади.

Диспансер назоратига олиш, бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш ва назоратдан чиқариш мезонлари

I-гуруҳ

1-гуруҳ А гуруҳчасига қуйидаги беморлар назоратга олинадилар:

-нафас аъзоларининг фаол сили билан хасталанган беморлар;

-сил жараёни қайталанган беморлар;

-жарроҳлик муолажалари — тарқалган деструктив сил жараёни сабабли лобэктомия, билобэктомия, ўпка бўлаклари резекциясидан кейинги ҳолатлар: сурункали ригид плеврит, плевра эмпиемасида плеврэктомия, қисман плеврэктомия ва декортика-циясидан кейинги беморлар; поликавернали сил ва эмпиема сабабли ўтказилган пулмонэктомия ва плевропулмонэктомия, торакопластикадан кейинги беморлар; жарроҳлик операцияларидан кейинги асоратлари (плевра эмпиемаси, плевра эмпиемаси ва бронх оқмаси, сил жараёни реактивацияси) мавжуд беморлар.

Нафас аъзоларининг фаол сили бактериоскопик, бакте-риологик ва рентгенологик ҳамда бошқа инструментал, лаборатор усуллар билан тасдиқланиши лозим.

I-гуруҳда турадиган беморларнинг фаол даволаниши талаб этилади.

Рецидив - сил касаллигидан соғайган ва диспансер назоратидан чиқарилгандан кейин жараён фаоллашиши. Агарда сил беморлари диспансернинг 2-Б ва 3-Б (нофаол) гуруҳларда кузатиладиган вақтида сил хуруж қилса, бу ҳолат сил фаолланиши, деб тушунилади.

Беморлар жадал кимётерапиянинг асосий курсини стацио-нарда олишлари керак. Кимётерапия стационардан чиқарилгандан кейин клиник соғайгунча диспансер ва санатория шароитида давом эттирилади.

Клиник соғайиш-ўпка ва плеврадаги қолдиқ ўзгаришларнинг катталигини ва қўшилиб кечаётган оғир касалликларнинг мавжуд-лигини ҳисобга олиб, сил жараёнининг бутунлай битишидир.

Сил жараёнининг барқарорлиги, клиник-рентгенологик ўзгаришлар босилганлиги, специфик жараённинг битаётганини кўрсатадиган белгилардир (заҳарланиш аломатларининг йўқо-лиши, сил таёқчаси ажратишнинг тўхташи, кавакларнинг битиши ва инфилтратларнинг сўрилиши), рентген-томография маълумот-ларини 3-6 ой вақт оралиғида солиштириб кўрганда, аниқланган қолдиқ ўзгаришларни кейинчалик ижобий динамика мавжудлиги тасдиқлайди ва ҳоказо.

Беморларни 2-гуруҳ кузатувига ўтказиш мезонлари қуйидагилардан иборат: балғамда микобактериялар топил-маслиги, парчаланган тўқималар бўшлиқларининг битиши, ёпи-лиши, инфилтратив ва ўчоқли ўзгаришларнинг сўрилиши, ўпка ва плеврадаги қолдиқ ўзгаришларнинг кейинчалик қайталаниш динамикаси йўқлиги сабабли жараённинг барқарорлиги. Сил таёқчасини ажратиш ҳар ойда ўтказилаётган бактериоскопик ва

бактериологик текширувларда тасдиқланиб, тўхтаганидан 6 ой ўтгач, 2-гуруҳга ўтказилади, гуруҳда камида 1 йил кузатиб турилади.

Беморлар жарроҳлик муолажалари асорат берганда (плевра эмпиемаси, бронхиал оқма яра ва плевра эмпиемаси сил жараёнининг реактивацияси) қайта жарроҳлик муолажаларидан кейин (пулмонэктомия, плевропулмонэктомия, торакопластика, бронх йўлларининг қайта резекцияси) 1-гуруҳ диспансер кузатувида камида 2 йил бўладилар.

Тўлиқ даволанишга қарамасдан ёки дардни оғирлаштирадиган омиллар туфайли, беморнинг айби билан даволашни охирига етказмаслиги оқибатида сил таёқчаси ажратиш сақланиб қолганда ёки сақланиб қолмасдан сурункали сил ривожланса (кавакли сил, фиброз-кавакли сил, цирротик сил), беморлар 1-гуруҳ Б гуруҳ-часи кузатувига олинади.

Беморларга сил жараёни барқарорлашгунига қадар, стацио-нарда, кейин йилда 2 марта - баҳорда ва кузда, 3-4 ой давомида амбулатор ёки санаторийда, агар оғирлаштирадиган омиллар бўлса, йил мавсумига қарамасдан комплекс кимётерапия ўтказилади.

Касалликнинг бир маромда кечиши ва дарднинг хуруж белгилари пайдо бўлганда ҳам, беморлар амбулатор шароитда 3 ойда 1 маротаба комплекс текширилади**. Беморларни 2-гуруҳга ўтказиш мезонлари** қуйидагилардан иборат:

6 ой мобайнида микобактерияларнинг йўқолиши, каваклар-нинг тозаланиши, заҳарланишнинг йўқолиши, лаборатория кўр-саткичларининг меъёрлашиши ва ўпкадаги рентгенологик ўзгаришларнинг (яхшиланиши гуруҳча остида кузатув муддати ҳар ойда беморнинг аҳволига қараб, камида 2 йил).

1-гуруҳ В гуруҳча, силга қарши бир нечта дориларга бирламчи ва иккиламчи чидамли, полирезистент сил микобак-терияларини ажратадиган беморлар (биринчи марта аниқланган ва аввал даволанган) кирадилар. Бу беморларда ҳам сил микобак-терияларини дориларга чидамлилигини ҳисобга олиб, кимётерапия ўтказиш, ҳамда “полирезистент сил” бемор билан мулоқотда бўлган шахслар касалликнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

Беморлар асосий жадал кимётерапия курсини стационарда олишлари керак, кейинчалик амбулатория шароитида клиник-рентгенологик соғайгунларича даволанаверадилар. Улар диспан-серда ҳар ойда текшириб туриладилар.

Беморларни 2-гуруҳга ўтказиш мезонлари, А ва В гуруҳлар-дагидек бўлиб, гуруҳчаларда кузатиш муддатлари эса ўзига хос.

2-гуруҳ

+уйидагилар 2-*А* гуруҳчада диспансер кузатувига олинадилар:

-нафас аъзоларида нофаол сили бўлган беморлар 1-гуруҳдан ўтказилиб, самарали кимётерапия олгач ёки жарроҳлик муолажаларидан кейин; ўпка ва

плеврадаги катта қолдиқ ўзгаришлар бўлган беморлар (соғайганини назорат қилиш учун);

-нафас аъзоларида нофаол сил бўлган беморлар, 1-гуруҳдан ўтказилиб, самарали кимётерапиядан сўнг клиник тузалган, кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлган, хавф омиллари мавжуд (соғайганини назорат қилиш учун) беморлар;

-биринчи марта аниқланган нафас аъзоларининг нофаол силида катта қолдиқ ўзгаришлари бор ва аввал кузатувда турмаган беморлар.

+отган ва калцийланган ўчоқлар ва ҳар хил катталикдаги соялар, фиброз чандиқли ва цирротик ўзгаришлар (жумладан, тозаланган қолдиқ бўшлиқлар), плеврадаги ўзгаришлар, ўпка ва плеврадаги жарроҳлик муолажаларидан кейинги ўзгаришлар қолдиқ ўзгариш ҳисобланади.

Катта қолдиқ ўзгаришларга қуйидагилар киради: битта (1 см дан каттароқ) ёки кўп (5 тадан кўп, 1 см дан кичик) бирламчи сил комплекси компонентлари (Гон ўчоғи ва калцийланган кўкрак ичи лимфа тугунлари); интенсив, аниқ кўриниб турган ўчоқлар ва фокуслар; тарқалган фиброз (1 сегментдан кўп): ҳар хил тарқалган цирротик ўзгаришлар; ҳажми 1 см дан катта калцийланган ёки калцийланмаган қалин плевра ўзгаришлари; ўпка тўқимасидаги ва плеврадаги жарроҳлик муолажаларидан кейинги катта ўзгаришлар (сегмент ёки бўлак резекцияси, пулмонэктомия ва бошқалар).

Кичик қолдиқ ўзгаришларга қуйидагилар киради: бирламчи комплекснинг ягона компоненти (Гон ўчоғи, калцийланган лимфа тугунлари), камида 1 см; ягона (5 та гача) интенсив, аниқ чегарали 1 см гача бўлган ўчоқлар; 1-сегментда жойлашган чегараланган фиброз чандиқланган синуслар, бўлакларарo швартлар, плевро-диафрагмал ва плевромедиастинал чандиқлар, 1 см қалинликдаги плевроапикал ва плеврокостал бир ва икки томонлама ўзгаришлар (плевранинг калцийланиши ёки бусиз); сегмент ёки ўпка бўлаги резекциясидан кейинги ўзгаришлар. Агар ўпка ва плеврада катта жарроҳликдан кейинги ўзгаришлар бўлмаса, 2 А гуруҳости кузатувида турган беморлар, 6 ойда 1 марта диспансерда тўла-тўкис текширувдан ўтишлари керак. Уларга амбулатория шароитида (баҳорда ва кузда) рецидивга қарши 2 ойлик (2 та препарат) кимётерапия курслари буюрилади. Дардни оғирлаш-тирадиган омиллар бўлганда рецидивга қарши кимётерапия курслари, йил мавсумига қарамасдан, 3 ой муддатга белгиланади, уни санаторий шароитида ўтказган маъқул.

Касалликни оғирлаштирадиган омилларга қуйидагилар кира-ди: оғир турмуш шароити, сурункали ҳамроҳ касалликлар (ичкиликбозлик, гиёҳвандлик, руҳий хасталиклар, қандли диабет, нафас аъзоларининг сурункали касалликлари, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраси касалликлари), цитостатик, нур ва узоқ стероид терапия олган беморлар ҳамда организмнинг чидамлилигини сусайтирадиган физиологик ҳолатлар (ҳомиладорлик, туғруқдан кейинги давр ва ҳ.), катта жарроҳлик муолажалари, оғир жисмоний ва руҳий зўриқиш.

Нафас аъзоларининг нофаол сили бўлган, биринчи марта аниқланган беморларни диспансер ҳисобига олишда йил мав-сумидан қатьий назар,

амбулатория шароитида 2 та силга қарши препарат билан рецидивга қарши кимётерапия курси ўтказилади. Кейинчалик баҳорда ва кузда рецидивга қарши кимётерапия курслари тайинланади.

Нафас аъзолари сили бўлган беморларни диспансер ҳисобидан чиқариш мезонлари: силнинг хуружи ва рецидивининг йўқлиги. Кузатув муддати- 2 йил, ўпка ва плеврада катта қолдиқ ўзгаришлар бўлган беморлар учун салбий омиллар бўлганда-3 йил.

Самарали кимётерапиядан ёки жарроҳлик муолажаларидан кейин клиник соғайиш билан 1-гуруҳдан ўтказилган нафас аъзолари нофаол сили бор беморлар, ўпка ва плеврада кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлган ва оғирлаштирадиган омиллар бўлмаган беморлар 2-Б гуруҳча кузатувига олинади.

2-Б гуруҳча кузатувида турган беморлар 6 ойда 1 марта диспансерда тўла-тўкис текширувдан ўтишлари керак. Уларга йилда 2 марта (баҳорда ва кузда) 2 ойлик рецидивга қарши кимётерапия курслари (2 та силга қарши препарат) амбулатория шароитида тайинланади. Сил беморларни диспансер кузатувидан ўчириш мезонлари; сил хуружи ва рецидивлар йўқлиги. Кузатув муддати -1 йил.

3-гуруҳ

Ўпкадан бошқа аъзолар сили

3-А гуруҳчада қуйидагилар кузатувга олинади:

-суяк ва бўғимларнинг фаол сили биринчи марта аниқланган беморлар, сийдик ажратиш-жинсий аъзолари сили, марказий нерв тизими ва мия пардалари сили, ташқи лимфа тугунлари сили, абдоминал сил, кўз сили, тери ва тери ости қавати сили;

-силнинг ўпкадан бошқа турлари хуружи ва рецидиви бўлган 3-Б ва 3-В гуруҳдаги беморлар;

-суяк ва бўғимлар, буйрак, сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар сили, абдоминал сил, ташқи лимфа тугунлари сили сабабли радикал жарроҳлик муолажаларини ўтказган беморлар;

-жарроҳлик муолажаларидан кейин асоратлари қолган беморлар (оқма яралар, трансплантатнинг синиши, гидронефроз ва ҳоказо);

-ўпкадан бошқа аъзолар силининг бошқа сурункали тури бўлган беморлар.

Ўпкадан бошқа аъзолар фаол силининг диагнози бакте-риоскопик, бактериологик, рентгенологик, ултратовуш ва бошқа махсус текширишлар ёрдамида (гистологик, морфологик, радио-нуклид, эндоскопик усуллар, компютер томография, магнит-ядро резонанс тамографияси) тасдиқланади.

3-А гуруҳча кузатувида турувчи суяк-бўғим силининг фаол тури бўлган беморлар, тарқалган жараёнда жадал кимётерапиянинг асосий курсини 4-5 препаратлар билан 6 ой давомида стационарда олишлари керак, чегараланган жараёнда -3 ой давомида. Консерватив даволашда ижобий

натижалар бўлмаса ва асоратлар қолса (парезлар ва фалажликлар, умуртқа поғонаси фаолиятининг бузилиши, чаноқ аъзолари фаолиятининг бузилиши), радикал жарроҳлик муолажалари (орқа миянинг декомпрессияси, умуртқа аутопластикаси, катта бўғимларда радикал-тикловчи, ҳаракатлан-тирувчи муолажалар) ўтказилади. Диспансерда суяк ва бўғим силини клиник соғайгунигача кимётерапия давом эттирилади, бу 3-Б гуруҳчага ўтказиш учун мезон ҳисобланади. Диспансер шароитида комплекс текшириш — ҳар ойда, фтизиоортопед маслаҳати 2 ойда 1 марта бўлиши керак.

Суяк-бўғим силида клиник соғайиш деб, жараённинг клиник заҳарланиш белгилари йўқолиб барқарор битиши, лаборатория кўрсаткичларининг меъёрлашиши, сил микобактерияларининг йўқолиши, абсцессларнинг сўрилиши, суяк тўқимасидаги деструк-цияларнинг битиши ва аъзолар фаолиятининг тикланиши (умуртқа ёки бўғим) тушунилади. Беморлар 1-3 йил давомида кузатиб турилади.

Суяк ва бўғим сили бўлган беморларнинг 3-А гуруҳида кузатув муддатлари жараённинг жойлашган ўрни ва тарқал-ганлигига ҳамда консерватив ва жарроҳлик муолажаларининг натижаларига боғлиқ бўлиб, 1-2 йилни ташкил этади.

Сийдик ажратиш-жинсий аъзолар силининг фаол тури, 3-А гуруҳча кузатувида бўлган беморлар бўлиб, стационарда 3-4 препаратлар билан 2-4 ой давомида интенсив кимётерапия курсини ўтишлари керак. Кейинчалик даволаниш амбулатория ёки санатория шароитида 2-3 та кимёпрепаратлар билан (интермитик) кун ора усулида 4-6 ой давом эттирилади. Беморлар ҳар ойда клиник текширилиб, 2 ойда 1 марта фтизиоуролог, гинеколог консултациясидан ўтадилар. Зарур бўлганда жарроҳлик муолажаси ўтказилади.

Бемор сийдигида сил кўзғатувчисининг йўқолиши (камида 6 ой), заҳарланиш белгилари тугатилиши, лаборатор ўзгаришларнинг меъёрига келиши ва жароҳатланган аъзода рентгенологик текширишлар натижаси яхшиланганда, у сийдик-жинсий аъзолар силидан клиник соғайган ҳисобланади. Беморни 3-Б гуруҳчага ўтказиш учун комплекс текшириш ва касалхона шароитида Кох синамасини қўйиш талаб этилади. 3-А гуруҳча назоратидаги сийдик ажратиш-жинсий аъзолар тизими сили бор беморларни кузатиш даври касалликнинг турига боғлиқ. Касалликнинг чекланган турларида ва жарроҳлик муолажаси қўллангандан кейин 1 йил, тарқалган турларида эса, 2-5 йилгача кузатиб турилади.

Периферик лимфа тугунлари сили билан даволанаётган беморлар, асосан, касалхонада (3 ой), кейин эса амбулатория шароитида ҳар ойда 1 марта текшириш йўли билан клиник соғайгунларига қадар даволанадилар. 3-А гуруҳчадаги беморлар 1-2 йилгача назоратда бўладилар.

+орин аъзолари (абдоминал) сили билан оғриган беморлар 4-5 ой давомида касалхонада интенсив (4-5 та силга қарши дори билан) даво олгач, амбулатор шароитда, то клиник соғайгунга қадар 3 та силга қарши дори билан даволанишни давом эттирадилар. Клиник кўрсатмаларга, асосан,

хирургик даво қўлланиши мумкин. 3-А гуруҳча — назорат вақти касалликнинг турига, кечишига, тарқалишига боғлиқ, лекин бу давр 2-3 йилдан кам бўлиши мумкин эмас. Касалликдан клиник соғайиш, Кох синамасининг манфий натижаси билан тасдиқланиши лозим.

Сил менингити ва менингоэнцефалити билан даволанаётган беморлар 6-8 ой давомида касалхонада комплекс даволангандан кейин, даволанишни 1 йилгача амбулатория шароитида давом эттирадилар. Назорат даврида беморлар ҳар ойда 1 марта диспансер кўригидан ўтадилар, невропатолог ва окулист кўригидан эса, ҳар 2 ойда ўтиб турадилар. Назорат вақти касалликнинг кечишига боғлиқ, лекин 2-3 йилдан кам бўлиши мумкин эмас.

Кўз ва тери сили билан оғриган шахслар ҳам 3-А гуруҳчада 1 йил давомида назоратда бўладилар. Гуруҳдан-гуруҳга ва гуруҳчага ўтказиш масаласи фтизиатр-окулист, дерматолог иштирокида ҳал этилади.

Ўпкадан бошқа аъзоларда жойлашган силнинг сурункали турларида, беморлар касалхонада даволангандан кейин, диспансер шароитида ҳар 3 ойда 1 марта кўрикдан ўтказилади. Куз, баҳор ойларида беморлар рецидивга қарши 2 та дори билан даволанадилар, кўрсатма асосида уларга жарроҳлик муолажаси ўтказилиши мумкин. Диспансер назоратидан чиқариш учун мазкур беморлар меҳнатга лаёқатли даражада соғайган бўлиши ва 2 йил давомида рецидив ва қайталаш рўй бермаслиги лозим. Назорат даври: 2-4 йил.

+уйидагилар 3-Б гуруҳчасига диспансер ҳисобига олинади:

-самарали даволашдан кейин клиник соғайган 3-А гуруҳчадан ўтказилган, қолдиқ ўзгаришлари бор, ўпкадан бошқа аъзода нофаол сил билан хасталанган беморлар; олдин диспансер назоратида турмаган, биринчи марта топилган ўпкадан ташқари аъзолар нофаол сили билан оғриган беморлар.

Ушбу гуруҳ беморлар 3 ойда 1 марта диспансер кўригига келишади, комплекс текшириш эса, ҳар 6 ойда 1 марта ўтказилади. Куз ва баҳор ойларида рецидивга қарши 2 та препарат билан узлуксиз ёки кун аро даво ўтказилади. Сил қайталаганда, хавф омиллари мавжуд бўлган беморларнинг санаторийда даволаниши мақсадга мувофиқ.

3-Б гуруҳчада назорат даври 2 йил бўлиб, шу вақт ичида касаллик қайталамай, клиник тўла соғайган шахслар диспансер ҳисобидан чиқарилади.

3-В гуруҳчасида қуйидагилар назоратга олинади:

-3-Б гуруҳ тизимидан ўтказилган, катта қолдиқ ўзга-ришлари бор, ўпкадан бошқа аъзодаги нофаол сил касалликларида сил жараёнини оғирлаштирадиган омиллар мавжуд беморлар.

Бу гуруҳ беморлар диспансерга 6 ойда 1 марта ташриф буюришади ва йилда 1 марта тўла-тўкис текширишдан ўтказилади.

Суяк-бўғим силини бошидан ўтказган ва касаллик нати-жасида парез, шол, чаноқ аъзолари фаолияти бузилган, умуртқа поғонаси шакли ўзгарган, бўғимлар артрози ва контрактураси бор беморлар тузатувчи-тикловчи операцияларга муҳтож ҳисоб-ланади.

Касаллик 2 йил давомида қайталамаса, хуруж қилмаса, беморлар диспансер ҳисобидан чиқарилади. Назорат муддати-2-4 йил.

4-гуруҳ

4-гуруҳ сил ривожланиши хавфи бўлган шахслар мажмуидир. Уларга, сил таёқчаси ажратувчи беморлар билан ва қишлоқ хўжалик ҳайвонларни билан мулоқотдаги катталар, ўсмирлар ва болалар; сил билан бирламчи (вираж) ва олдин силдан зарарланган, туберкулинга гиперергик жавоб берувчи, БЦЖ эмлашидан кейинги ривожланган асоратлари бор болалар ва ўсмирлар киради.

4- А гуруҳчасига қуйидагилар олинади:

-сил микобактериясини ажратадиган фаол сил беморлар билан оилада, ҳовлида, уй-жойда, қариндошлик мулоқотида бўлган катта ёшли одамлар, ўсмирлар, болалар; қора моллар орасида сил тарқалган хўжаликларда ишлайдиган ходимлар.

Сил таёқчасини ажратадиган фаол сил беморлар билан мулоқотдаги катта ёшли шахслар, диспансер шароитида йилда 2 марта текширувдан (албатта, флюорографик, рентгенографик текширувлар) ўтказилади.

Юқорида кўрсатилган шахсларга, сил таёқчаси ажратадиган беморлар билан мулоқотда бўлганида йилига 2 марта - куз ва баҳор ойларида, 2 ой давомида кимёвий профилактика (изониазид билан) ўтказилади. Мулоқотда бўлганлар доимий назоратда бўладилар. Бемор 6 ой давомида сил таёқчаси ажратмаса ёки вафот этса, кузатиш тўхтатилади.

Сил бўйича эпидемиологик шароити ёмон бўлган чорвачилик хўжаликларида, фермаларда ишлайдиганлар ҳам, йилда 2 марта диспансерда текширилади ва куз, баҳор ойларида битта дори билан уларга кимёвий профилактика курси ўтказилади. Хўжалик чорвалари соғайганда, “сил бўйича хавфли гуруҳ”, 6 ойдан кейин диспансер назоратидан чиқарилади.

Назорат даврида сил беморлар билан мулоқотда бўлган ва касал ҳайвонларни боқадиган шахсларда фаол сил касаллиги топилса, 1-гуруҳ диспансер кузатувига ҳисобга олинади.

Болалар ва ўсмирлар назорати гуруҳлари

Сил 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 аниқланган ёки касаллик қайталаган (рецидив), хуруж қайд этилган бемор болалар ва ўсмирлар, силдан зарарланганлар;

-Б гуруҳча—самарасиз даволашдан кейин ривожланган, сурункали турга ўтган кўкрак ичи сили билан оғриган бемор болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—кўкрак ичи фаол сили билан оғриган, силга қарши дориларга сезгирлиги йўқолган (полирезистент) сил қўзғатувчисини ажратадиган болалар ва ўсмирлар.

2-гуруҳ — нафас аъзоларининг нофаол сили:

-А гуруҳча- самарали даволангандан кейин 1-гуруҳдан ўтказилган болалар ва ўсмирлар; ўпкасида ва плеврада катта қолдиқ ўзгаришлар бўлган кўкрак ичи нофаол сили; силнинг ривожланиши хавфи бўлган омиллар мавжуд кичик қолдиқ ўзгаришлари бор, биринчи марта топилган кўкрак ичи нофаол сили билан хаста болалар ва ўсмирлар;

-Б гуруҳча—силнинг ривожланиш хавфи омиллари бўлмаган кичик қолдиқ ўзгаришли, 1-гуруҳдан самарали даволаниб ўтказилган, биринчи марта нофаол кўкрак ичи сили топилган ўсмирлар ва болалар.

3-гуруҳ-ўпкадан бошқа аъзолардаги сил:

-А гуруҳча- ўпкадан бошқа аъзоларда жойлашган фаол сил (биринчи марта топилган, қайталаган, сурункали сил);

-Б гуруҳча-ўпкадан бошқа аъзода жойлашган нофаол сил (биринчи марта топилган нофаол сил) билан оғриган болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча-ўпкадан бошқа жойда жойлашган, силдан клиник соғайган ва катта қолдиқ ўзгаришлари бор болалар ва ўсмирлар.

4-гуруҳ — силнинг ривожланиш хавфи юқори бўлган болалар ва ўсмирлар:

-А гуруҳча—сил кўзғатувчисини ажратадиган фаол сил беморлари ва ҳайвонлар бор жойларда яшовчи болалар, ўсмирлар;

-Б гуруҳча — фаол сил беморлар (сил таёқчасини ажратмайдиган) билан бирга яшовчи болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—сил билан бирламчи зарарланган (вираж), гиперергик сезгир бўлган сил билан зарарланган (инфицирланган) ва БЦЖ эмлангандан кейинги асоратлари мавжуд бўлган болалар ва ўсмирлар.

Янги ташкил этилган диспансер гуруҳларида, эски “Нол”, 2, 5Г гуруҳлар ўз аксини топмаган. Бу гуруҳларда кузатилган болалар ва ўсмирларда туберкулинга сезгирлик сабабларини аниқлаш (поствакцинал ёки инфекцион), заҳарланиш, ўпка ва ўпка илди-зидаги, периферик лимфаденит, мезаденитлар ва бошқаларнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш, сил касаллигини тасдиқлаш, фаоллигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга бўлиб, диспансерда имконият бўлмаган тақдирда беморлар силга қарши шифо-хоналарга ётқизилиб даволанади. Сил касаллигининг фаол даври аниқланса, диспансернинг 1- ёки 3-А гуруҳи назоратига олинади.

Сил касаллигини жадал даволашнинг самарадорлиги юқори бўлгани сабабли, бемор клиник соғайганлиги ёки дарднинг сурункали жараёнга ўтиши сабабли, “сўнаётган сил” тушунчаси ўз аҳамиятини йўқотди. Шу сабабли, ҳозирги гуруҳларда силнинг фаол ва нофаол турлари тафовут қилинади.

Диспансернинг 6-гуруҳи тугатилган. Болалар ва ўсмирларда сил инфекциясининг бошланиш даврида, заҳарланишнинг клиник белгиларсиз

локал ўзгаришсиз, туберкулинга гиперергик реакция, поствакцинал асоратлар кузатилса, улар 4-гуруҳда кузатувда туришади ва силга мойиллиги юқори ҳисобланади. Сил билан зарарланган, тез-тез шамоллаб турадиган болалар, ўпканинг сурункали яллиғланиши, қандли диабет, қўшилиб кечаётган сурункали касалликлари бор, узоқ вақт кортикостероидлар олган беморлар ва эмланмаган болалар диспансер назоратига олинмайди, улар поликлиникада текширилади ва кўрсатмалар бўлганда фтизиатр маслаҳатига юбориладн. Буларда махсус даволаш ва профилактик муолажаларга ҳожат бўлмайди ва уларни оилавий шифокорлар ва педиатрлар назорат қилиб турадилар.

Диспансер назоратидаги болалар ва ўсмирлар ўртасида янги гуруҳларнинг тузилиши, хавфли гуруҳдагилар сонини камайтириб, беморларни даволаш, мулоқотда бўлганларга профилактик чора-тадбирларни ўтказишда фтизиопедиатрлар ишини енгиллаштиради ва даволаш сифатини оширади.

Сил билан хасталанган болаларни диспансер назоратига олиш, гуруҳдан-гуруҳга ўтказиш ва гуруҳдан чиқариш мезонлари

Кўкрак ичи сили- йиғма тушунча бўлиб, кўкрак қафаси ичи лимфа безлари сили, бирламчи сил комплекси, ўчоқли, яллиғланган, тарқалган (ўткир-милиар, ўпканинг кавакли, фиброз-кавакли сили, казеоз зотилжам) ўпка силини, сил плеврити ва сил эндобронхитларини ўз ичига олади. Кўкрак ичи фаол сили диагнозини тасдиқлаш бактериоскопик, бактериологик, рентгено-логик, бронхоскопик усуллар ва бошқа асбоб- ускуналар, лаборатория текширувлари орқали амалга оширилади. Силдан заҳарланишни тасдиқлашда турли хил текширишлар билан бирга, ҳар хил йўналишдаги рентгенологик, бактериологик текшириш, бронхоскопия, туберкулин провакация синамаси (қон таҳлили, оқсил фракциялари, иммунологик кўрсаткичлар), 10-20 ТБ синамаси қўлланилади.

I-гуруҳ

1-гуруҳ А гуруҳчаси назоратига олинадиганлар:

-биринчи марта кўкрак ичи силининг фаол даври аниқланган болалар ва ўсмирлар;

-силдан тузалиб, назоратдан чиқарилгандан кейин, касаллик қайталаган беморлар;

-сил касаллиги зўрайган беморлар;

-жарроҳлик муолажасидан кейинги беморлар: лобэктомия, билобэктомия; емирилган ўпка силида бажарилган: резекция, пулмонэктомия, плевропулмонэктомия; кўп кавакли сил ва плевра эмпиемасида бажарилган муолажалардан кейинги ҳолат;

-жарроҳлик муолажаларидан кейин асоратлар пайдо бўлган беморлар (эмпиема, бронхиал оқма, силнинг қайтадан фаолла-шиши);

-силдан заҳарланган болалар ва ўсмирлар.

1-гуруҳдаги беморлар фаол кимёвий даво курсларини шифохонада олишлари шарт. Кўкрак ичи силининг кичик турларини (кўкрак ичи лимфа безлари силида) ва силдан заҳарланишни санаторий шароитида ҳам даволаш мумкин. Шифо-хонада даволаниб чиққан беморлар, санаторий ва амбулатория шароитида бутунлай соғайиб кетгунларига қадар даволанишни давом эттиришлари ва ҳар ойда тўлиқ текширилиб туришлари лозим.

2-гуруҳга ўтказишнинг асосий мезонлари: сил билан заҳарланишнинг йўқолиши, қон таҳлилининг меъёрлашуви, балғамда сил таёқчаси аниқланмаслиги, яллиғланиш жараёнининг сўрилиши, емирилган тўқималарнинг битиши, асосий даволаш жараёнида ёки жарроҳлик муолажасидан кейин бемор аҳволининг яхшиланиши. Сил таёқчасини ажратадиган беморларни 2-гуруҳга ўтказишда, 6 ой давомида балғамида сил таёқчаси топилмаган бўлиши керак, уларга ҳар ойда бактериоскопик ва бактериологик текширишлар ўтказилиши лозим. Гуруҳда назорат камида 1 йил бўлади.

Жарроҳлик муолажасидан кейин асоратланган (плевра эмпиемаси, бронхиал оқма, силнинг қайталаниши) бемор болалар ва ўсмирлар 1-“А” гуруҳчада камида 2 йил назоратда бўладилар.

1-Б гуруҳчасига ҳисобга олинадиганлар: даволаниш самараси кам бўлган ёки салбий омиллар натижасида кўкрак ичи сили сурункали турга айланиб (сурункали бирламчи комплекс, фиброз-кавакли сил, цирротик сил ва бошқалар), сил таёқчаси ажратадиган ҳамда ажратмайдиган беморлар.

Бу гуруҳ беморларни жадал кимёвий даволаш (4-5 та силга қарши дорилар билан) станционарда ва йилига 2 марта баҳор ва куз ойларида, (3-4 ойлаб) амбулатория ёки санаторий шароитида ўтказилади. Бундан ташқари, хавфли омиллар мавжуд бўлганда, даволаш курсини, йилнинг фаслидан қатъий назар олишлари лозим.

Амбулатория шароитида бу гуруҳ беморлар, ҳар 3 ойда 1 марта тўла текширишдан ўтишлари лозим.

2-гуруҳга ўтказиш мезонлари: сил таёқчасини ажратмай-диган беморлар, кавакнинг битиши, силдан заҳарланишнинг тўхташи, лаборатория кўрсаткичларининг меъёрлашуви, рентген кўрсаткичларининг яхшиланиб, 6 ой давомида сақланиб туриши. Назорат ҳар бир беморга алоҳида бўлиб, камида 2 йил бўлиши керак.

1-В гуруҳчасига: фаол сил бўлган болалар ва ўсмирлар (бирламчи аниқланганлар), кўкрак ичи силининг фаол давридаги микобактерияга, полирезистент силга қарши дориларга бирламчи ва иккиламчи сезувчанлиги йўқ беморлар. Бу гуруҳ беморларга шахсий ёндошиб, сил таёқчаси сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда қиёсий даволаш олиб борилади.

Беморлар жадал даволаш курсларини шифохонада, қолганини тўлиқ, клиник соғайгунча санаторий ва амбулатория шароитида олишлари лозим. Улар диспансерда ҳар ойда текширишдан ўтказиб турилади.

Гуруҳдан-гуруҳга ўтказиш ва назорат муддати ҳар бир беморнинг ҳолатига қараб белгиланади.

2-гуруҳ

Диспансернинг 2-А гуруҳчасига 1-гуруҳдан ўтказиладиган ҳамда назоратга олинадиган беморлар киради:

-кўкрак ичи силининг 1-гуруҳида даволаниб, кимётерапия ёки жарроҳлик муолажасидан кейин, ўпка ва лимфа безларида катта қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар;

-кўкрак ичи силидан даволаниб, 1-гуруҳда клиник тузалган, тўлиқ кимётерапия ва жарроҳлик муолажасидан кейин ўпкада ва лимфа безларида кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлганлар ҳамда оғир шароитда яшайдиганлар;

-бирламчи аниқланган, аввал назоратда бўлмаган, кўкрак ичи сили фаол бўлмаган беморлар.

Диспансернинг 2-А гуруҳчасида назоратда турган беморлар ҳар 6 ойда бир марта тўлиқ текширишдан ўтишлари лозим. Йилида 2 марта (баҳор ва куз даврида), 2 ой давомида касалликнинг қайталанишига қарши (2 та силга қарши дори билан) санаторий ёки амбулатория шароитида даволанишлари лозим.

Дардни оғирлаштирадиган омиллар бўлганда, силнинг қайта-ланишига қарши даво курси 3-ой давомида, фасллардан қатъий назар, санаторий шароитида ўтказилади.

Дардни оғирлаштирадиган омилларга қуйидагилар киради: яшаш шароитининг ёмонлиги, сурункали ҳамроҳ касалликлар (руҳий касаллик, қандли диабет, нафас йўлларининг сурункали касаллиги, ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги, узоқ вақт гормон оладиган беморлар).

Кўкрак ичи сили бирламчи аниқланган, аввал назоратда бўлмаган, касалликнинг нофаол туридаги болалар ва ўсмирларда, касалликнинг қайталанишига қарши 2 ойлик даволаш курсини 2 та силга қарши дори билан ўтказиш лозим. Назоратга олингандан кейин даволаб турилади.

2-Б гуруҳчасига назоратга олинадиган беморлар:

-кўкрак ичи силининг фаол бўлмаган даврида 1-гуруҳдан ўтказилган; самарали тўлиқ клиник даволанишдан кейин ёки жарроҳлик муолажасидан кейин кичик қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар;

-даволаш самарасини назорат қилиш учун силдан заҳарланиш туфайли 1-гуруҳдан ўтказилган беморлар;

-бирламчи аниқланган, аввал назоратда бўлмаган, кўкрак қафаси ичи силининг фаол бўлмаган тури диагнози қўйилган (ўпка ва плеврада кичик ўзгаришлар) беморлар.

Диспансернинг 2-Б гуруҳида назоратда турадиган беморлар ҳар 6 ойда бир марта текширишдан ўтиб туришлари лозим. Улар йилига 2 маротаба (баҳор ва кузда), 2 та силга қарши дорилар билан 2 ой давомида, ҳар куни ёки кун оралатиб амбулатория ёки махсус болалар муассасасида даволанадилар. Назоратдан чиқаришга асос: касаллик қайтанламаган ва ривожланмаган. Назорат муддати 1 йил.

3-гуруҳ

Диспансернинг 3-А гуруҳчасига назоратга олинадиган беморлар:

-бирламчи аниқланган, суяк-бўғим, сийдик ажратиш-жинсий аъзолари сили, сил менингити ва менингоэнцефалитлар, ташқи лимфа безлари, қорин бўшлиғи аъзолари, кўз, тери ва тери ости қатлами сили;

-ўпкадан бошқа аъзолар силининг зўрайган ва қайталаган даврида 3-Б ва 3-В гуруҳлардан ўтказилганлар;

-радикал ва қайта тиклаш жарроҳлик муолажаларидан кейинги беморлар (суяк-бўғим сили, буйрак ва сийдик йўллари сили, жинсий аъзолар сили, абдоминал сил ва периферик лимфа безлари сили);

-жарроҳлик муолажасидан кейин асоратланганлар (оқма яра, трансплантатнинг синиши, сийдик қопи ҳажмининг кичрайиши):

-сурункали кечадиган ўпкадан бошқа аъзолар сили.

Ўпкадан бошқа аъзолар сили бактериоскопик, бактериологик, рентгенологик, ултратовуш ҳамда бошқа махсус (гистологик, морфологик радионуклидли, компютерли томография, магнит резонансли томография) текширишлар асосида тасдиқланади.

Диспансернинг 3-“А” гуруҳида назоратда турадиган ўпкадан бошқа аъзолар силининг фаол давридаги беморлар, асосий жадал даво - кимётерапия курсини (4-5 та дорилар билан) касал-ликнинг тарқалган турларида шифохонада 6 ой, чегараланган турида эса, 3 ой давомида оладилар. Консерватив даволаш самараси кам бўлганда ёки касалликнинг асоратланган турларида жарроҳлик муолажалари ўтказилади. Кимётерапия билан даволаш амбулатория шароитида давом эттирилади ва 3-В гуруҳчага ўтказишга асос бўлади. Диспансер шароитида тўлиқ текширилиб, ҳар ойда фтизиоортопед, фтизиоуролог ва бошқа мутахассисларда бир марта кўрикдан ўтказилади.

Ўпкадан бошқа аъзолар силининг сурункали тури мавжуд беморлар ҳар 3 ойда 1 марта текширилиб, 2 ой давомида силнинг қайталанишига қарши даво курсини 2 та силга қарши дори билан санаторий шароитида давом эттирадилар. Кўрсатмаларга биноан жарроҳлик муолажалари ўтказилади.

Диспансерда назорат қилиш, касалликнинг тарқалганлигига ва жойлашган ўрнига, ҳамда консерватив, шунингдек жарроҳлик муолажаси курслари самарасига боғлиқ бўлади. Назорат 2 йилдан кам бўлмаслиги лозим.

3-гуруҳнинг Б гуруҳчасига назоратга олинадиганлар:

-ўпкадан бошқа аъзолар силининг фаол бўлмаган даврида, иккиламчи ўзгаришлар бўлганда. 3-А гуруҳда самарали даволанган беморлар;

-бирламчи ўпкадан бошқа аъзолар силининг фаол бўлмаган тури аниқланган ва аввал назоратда бўлмаган болалар ва ўсмирлар.

Беморлар диспансерда ҳар 3 ойда бир марта, амбулатория шароитида ҳар 6 ойда текшириб турилади. Касалликнинг қайталашига қарши даволаш курси йилда 2 марта —баҳор ва кузда 2 та силга қарши дори билан кун оралатиб санаторий ёки махсус муассасаларда олиб борилади.

Ўпкадан бошқа аъзолар сили билан оғриган бемор болалар ва ўсмирларни тўлиқ клиник даволангандан кейин, касаллик қайталамаган ва ривожланмаган тақдирда назоратдан чиқариш амалга оширилади. Назорат муддати -2 йил.

3-гуруҳнинг В гуруҳчасига назоратга олинадиганлар: ўпкадан бошқа аъзолар силидан даволаниб, катта қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар ҳамда оғирлаштирадиган омиллар мавжуд беморла;. 3-Б гуруҳдан ўтказилган беморлар.

Ўпкадан бошқа аъзолар сили билан хасталанган, катта қолдиқ ўзгаришлар бўлган, бироқ клиник даволанган ҳамда оғир-лаштирадиган омиллар бўлган беморлар ҳар 6 ойда диспансерга кўриниб, текширувдан йилда 1 марта тўлиқ ўтадилар.

Назоратдан чиқаришга асослар-касалликнинг қайталан-маслиги ва ривожланмаслиги (2 йил давомида). Назорат муддати-2-4 йил.

4-гуруҳ

Диспансернинг 4-А гуруҳчасига силга мойиллиги юқори бўлган болалар ва ўсмирлар олинади:

-сил касаллигининг ҳар хил фаол тури, сил таёқчаси ажраладиган турлари билан (уйда, ҳовлида, қариндош-уруғларда, болалар муассасаларида, ясли, болалар боғчаси, мактабларда) мулоқотда бўлган соғлом болалар ва ўсмирлар:

-сил билан зарарланган, сил касаллигининг ҳар хил турлари бўлган, сил таёқчаси ажратадиганлар билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар.

Сил таёқчасини ажратадиганлар билан мулоқотда бўлган соғлом болалар ва ўсмирлар йилда 2 марта диспансерда тўлиқ текширилиб, ҳар 6 ойда Манту синамаси ва йилда 1 марта рентген текширувидан ўтишлари лозим.

Сил таёқчасини тарқатадиганлар билан мулоқотда бўлган, сил билан зарарланган болалар ва ўсмирлар диспансер шароитида йилда 2 марта текширилиб, Манту синамаси 1 марта, рентген текшируви эса, 2 марта ўтказилиши лозим.

Сил бемори билан мулоқотда бўлган, соғлом ҳамда силни юқтирган болалар ва ўсмирлар йилда 2 марта - баҳор ва кузда кимёпрофилактика олишлари (изониазид билан 2 ой давомида), агар оғирлаштирадиган омиллар бўлса, 2 та дори (изониазид, этамбутол) берилиб, санаторийда, махсус болалар муассасаларида (ясли, боғча, мактаб-интернат) кузатилади. Вираж кузатилган болаларда кимёпрофилактика курслари 3 ой (бир дори билан олиб борилади) санаторий ёки болалар муассасаларида ўтказилади.

Болалар билан мулоқотдаги сил бемор клиник тузалиб чиққунга қадар, 6 ой давомида сил таёқчаси аниқланмаганда ёки оламдан ўтгандан кейин, болалар назоратдан чиқарилади. Сил беморлар билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирларда силнинг фаол даври аниқланса, улар қайтадан 1 ёки 3 назорат гуруҳларига ўтказилади.

4-Б гуруҳчасига назоратга олинадиганлар:

-сил таёқчаси ажратмайдиган фаол сил ва 3-гуруҳ назоратидаги сил бемор билан оилада бирга яшайдиган соғлом ҳамда силдан зарарланган болалар ва ўсмирлар;

-ота-оналари қорамоллар ўртасида сил тарқалган фер-маларда ишлайдиган, сил билан касалланган ҳайвонлари бор хонадонларда яшовчи болалар ва ўсмирлар.

Сил бемор билан мулоқотда бўлганлар йилига 2 марта текширувдан ўгказилади. Кимёпрофилактика 2 ой давомида битта дори билан олиб борилади, вираж аниқланганда эса даволаш такрорланади (3 ой муддатда).

Мулоқотда бўлганларни, сил билан хасталанган беморларни клиник жиҳатдан тузалгунича ва 2- ёки 3-Б назорат гуруҳига ўтказилгунига қадар кузатиб турилади.

4-В гуруҳчасида қуйидагилар назоратга олинади:

-бирламчи сил инфекциясининг эрта давридаги болалар ва ўсмирлар (вираж);

-сил билан зарарланган, туберкулинга гиперергик реакция кузатилган болалар ва ўсмирлар;

-БЦЖ билан эмлаш ёки қайта эмлаш сабабли асорат пайдо бўлган болалар ва ўсмирлар.

Виражи бўлган ва сил билан зарарланган туберкулин сина-масига гиперергик реакция берадиган болалар ва ўсмирлар диспансерда йилда 2 марта текширилади. Улар назоратга олин-ганда, санаторий ёки махсус болалар муассасаларида 3 ой давомида ҳар куни ёки кун ора кимёпрофилактика (битта дори билан) ўтказилади. Кўрсатмалар бўлганда (инфекцион касалликларни бошидан кечирганда, жарроҳлик усули билан даволанганда, туберкулинга гиперергик реакция сақланганда) кимёпрофилактика курсини (2 ой) такроран ўтказадилар. Кузатиш муддати- 1 йил.

БЦЖ билан эмлангандан сўнг асорат пайдо бўлган (совуқ абсцесс, регионал лимфоаденит, узоқ битмайдиган яралар, келлоид чандиқлар ва бошқалар) болалар ва ўсмирлар 1 йил давомида кузатиб турилиши керак. Сил

лимфаденити бор болалар силга қарши 2 -3 та дори билан 3-6 ой давомида амбулаторияда даволанади, зарурат бўлганда жарроҳлик муолажалари қўлланилади.

Совуқ абсцесслар ва узоқ вақт битмайдиган яралар бўлса, маҳаллий даволашга кўрсатмалар бўлганда, жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия этилади. Келлоид чандиқларни (кичик бўлса) жарроҳлик йўли билан даволаш шарт эмас, маҳаллий даво ўтказилса кифоя.

Шундай қилиб, санаб ўтилган бевосита ва билвосита мезонлар мажмуи етарлидир, булар ўпканинг ва ўпкадан бошқа аъзоларда сил ўзгаришлари инволюцияси ва табиатини ўз вақтида тўғри аниқлаш учун зарур. Ўпка сили ва бошқа аъзолар силида умумий ва маҳаллий (локал) белгиларнинг барҳам топиш муддатларини ўрганиш, уларни асосий даво курси давомлилиги билан солиштириш, эришилган даволаш самараси барқарорлигини кўрсатади. Сил билан хасталанган беморларда ўтказилган самарали даво курси охирида касаллик белгилари йўқолади, сил ўзгариш-ларнинг инволюцияси тугайди. Кейинги кузатиш ва зарур профи-лактика тадбирларини ўтказиш, жумладан, беморларни фаол гуруҳдан нофаол гуруҳга ёки одатдаги поликлиникага ўтказиш учун аниқ кўрсатмалар бўлиши керак.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқотлар асосида исботланга-нидек, диспансерда етарлича даражада беморлар тўпланади, улар кузатиш муддатини қисқартиришга, фаол гуруҳдан нофаол гуруҳга ўтказишга, соғайганида диспансер ҳисобидан чиқарилишига ва умумдаволаш муассасаларига ўтказишга муҳтож бўладилар.

Янги диспансер гуруҳларига ўтиш беморлар сонини камайтиради, фтизиатрлар ишини енгиллаштиради, фтизиатрга фаол сил турига чалинган беморларга кўпроқ эътибор беришга ва сил инфекцияси ўчоқларида профилактика тадбирларини самарали ўтказишга имкон беради.

Ўпкадан бошқа аъзолар силида диспансер хизматини ташкил қилиш

Республикада ўпка сили кўпайиши билан бир қаторда, ўпкадан бошқа аъзодаги турларининг ҳам кўпайиб бораётгани қайд қилинмоқда.

Статистик маълумотларга кўра, 2006 йилда янги аниқланган сил беморлар орасида ўпкадан бошқа аъзолар сили сил касаллигининг 10,6% ини ташкил қилади. Суяк-бўғимда жойлашган сил хасталиги ўпкадан бошқа аъзолардаги сил хасталиги ичида ҳаммадан кўп учрайди (47,8%). Кейинги ўринда периферик лимфа тугунлари сили, сийдик ажратиш аъзолари сили (24,0%) бўлиб, силнинг қолган турлари (сил менингити 0,6% ва кўз сили 3,8%) камчиликни ташкил этади. Ўпкадан ташқари аъзолар силининг бошқа турлари 5% ни ташкил этади.

Охирги вақтда силга чалинган беморларнинг умумий сони орасида ўпкадан бошқа аъзолар сили 13,2 % ни ташкил қилади. Кейинги йилларда эса, болалар ва ўсмирлар орасида шундай беморларнинг ўз вақтида

аниқланмаганлиги сабабли, бу турдаги силга чалиниш анча камайиб кетди. Лекин стационарга даволаш учун ётқизилган беморлар орасида бу хилдаги силнинг кечиктириб аниқланган турлари кўпроқ учрамоқда. Шу боис бу масала ҳанузгача фтизиатриянинг долзарб масалаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Ўпкадан бошқа аъзолар сили билан касалланиш кўрсат-кичининг ошишига диагноз қўйишнинг яхшиланганги ҳам таъсир қилади. Касалланиш кўрсаткичининг жадаллашишида ҳам худди шундай қонуният кузатилади. Шу сабабли, сил таснифига (2000 й.) бундай касалликларни ҳисобга олиш муносабати билан маълум ўзгартиришлар киритилган эди. Бу касалликка қарши курашишни ташкил қилиш мақсадида вилоят, шаҳар ва туман силга қарши диспансерларида алоҳида кабинетлар, стационарларда эса-бўлимлар ташкил этилди.

Ҳозирги вақтда Республикамизда, бу дардга чалинган бемор-ларни даволаш учун 850 та ўрин ишлаб турибди, булардан 462 таси суяк-бўғим силига чалинганлар учун, 313 таси урогинекологик касаллар ва 75 таси кўз силига йўлиққан беморлар учун мўлжалланган. Бу диспансер ва стационарларда ўпкадан бошқа аъзодаги сил бўйича 200 дан зиёд мутахассислар меҳнат қилмоқда. Умумдаволаш тармоғидаги бўлимлар (алоҳида хоналар) да бу дардга шубҳа қилинган беморлар қабул қилинади. Профилактик кўрикларда аниқланган шахслар, шунингдек турли хил касалликлари сабабли поликлиникаларда ҳисобда турган беморлар ва сил важидан «хавфли гуруҳ» ҳисобланган касаллар ҳам қабул қилинади. Бу гуруҳларга қуйидагилар киритилади:

1. Туберкулин синамаларига вираж давридаги болалар ва ўсмирлар.
2. Силга қарши муассасалардаги (болалар боғчалари, ясли, мактаб-интернатларда) болалар.
3. Диспансер кузатувидаги фаол ўпка сили билан оғриган беморлар (катталар ва болалар).
4. Бактерия ажратувчилар билан мулоқотда бўлган шахслар.
5. Дастлабки иккита гуруҳ болаларини ўпкадан бошқа аъзолар сили касалликлари бўлими мутахассислари йилига 2 марта, қолганларини 1 марта кўздан кечиришади.

Бу алоҳида хоналарга дарди турлича бўлган беморлар олиниши лозим, сил менингитига дучор бўлган касаллар бундан мустасно. Улар, одатда, участка фтизиатри кузатувида бўладилар. Ўпкадан бошқа аъзолар сили беморлари III-гуруҳ диспансер ҳисобида туради. Касаллик (жараён)нинг қанчалик фаоллигига қараб, III-гуруҳдаги беморлар 3 та кичик гуруҳчага ажратилади.

3-А. Биринчи марта фаол сил тури аниқланганлар.

3-Б. Сурункали фаол силга чалинганлар.

3-В. Ўпкадан бошқа аъзода нофаол тур (кўпинча III-гуруҳдан ўчирилганлар).

Бундай дардга чалинган беморларни, яхшиси, марказлаш-тирилган шаҳар ва вилоят силга қарши диспансерларида, туманларда эса, беморларни марказлашган ҳолда туман диспансерларида кузатиб бориш лозим. Бу хил беморларни даволаш учун стационарлари бўлган вилоятларда, антибактериал даводан ташқари, жарроҳлик йўли билан ҳам даволаш керак, кейин санаторийда реабилитация қилинади (тиклаш). Жарроҳлик ўрин-лари бўлмаган вилоятларда беморларни жарроҳлик ўринлари бўлган республика ва вилоят муассасаларига жўнатиш шарт. Бу хасталикка дучор бўлган беморларни даволовчи врачлар, ўрта тиббиёт ходимлари доимо малакаларини ошириб боришлари керак. Шу мақсадда мунтазам ўтказиладиган семинар машғулотлари (умумдаво тармоғи врачлари учун) хасталикни ўз вақтида аниқлаш имконини беради ва шу тариқа ўтиб кетган касалликлар сонини камайтиришга ва профилактика ҳамда даволаш-соғломлаштириш ишларини фаоллаштиришга замин яратилади.

Беморларни диспансер шароитида кузатиш гуруҳлари

3-гуруҳ—ўпкадан бошқа аъзолар сили.

-А гуруҳча—ўпкадан бошқа аъзоларнинг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталаган ва хуруж бўлса) ҳамда ўпкадан бошқа аъзоларнинг сурункали сили билан хасталанган беморлар.

-Б гуруҳча—ўпкадан бошқа аъзоларнинг фаол бўлмаган, жумладан, илк бор аниқланган нофаол сил бор беморлар.

-В гуруҳча-ўпкадан бошқа аъзолар силидан тузалиб, клиник соғайишдан кейин қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

Диспансер назоратига олиш, гуруҳдан-гуруҳга ўтказиш ва назоратдан чиқариш мезонлари

А гуруҳчага қуйидагилар кузатувга олинади:

-суяк ва бўғимларнинг фаол сили биринчи марта аниқланган беморлар, сийдик чиқариш ва жинсий аъзолари сили билан, марказий нерв тизими ва мия қаватлари (қобиқлари) сили, ташқи лимфа тугунлари сили, абдоминал сил, кўз сили, тери ва тери ости қавати сили билан:

-силнинг ўпкадан бошқа турлари хуруж қилган ва қайталаган 3 Б ва 3 В гуруҳдаги беморлар;

-суяк ва бўғимлар, буйрак, сийдик ажратиш йўллари ва жинсий аъзолар сили, абдоминал сил, ташқи лимфа тугунлари сили сабабли радикал тикловчи жарроҳлик муолажаларидан кейинги беморлар:

-жарроҳлик муолажаларидан кейинги асоратлари бўлган беморлар (оқма яралар, трансплантатнинг синиши, гидронефроз ва бошқалар);

-ўпкадан бошқа аъзолар силининг сурункали тури бор беморлар.

Ўпкадан бошқа аъзодаги фаол силнинг диагнози бактерио-скопик ва бактериологик, ренттенологик, ултратовуш ҳамда бошқа махсус текширишлар ёрдамида (гистологик, морфологик, радио-нуклид, эндоскопик усуллар, компютер томография, магнит-ядро резонанс томографияси) тасдиқланади.

3-гуруҳча кузатувидаги **суяк-бўғим силининг фаол** тури бор беморлар, тарқалган жараёнда жадал кимётерапиянинг асосий курсини 4-5 препаратлар билан 6 ой, чегараланган жараёнда эса, стационарда олишлари керак. Консерватив даволаш самара бермаса ва асоратлар қолса (парезлар ва фалажликлар, умуртқа поғонаси бузилиши, тос аъзолари фаолиятининг бузилиши), радикал тикловчи жарроҳлик муолажалари (орқа миянинг декомпрессияси, умуртқа аутопластикаси, катта бўғимларда радикал-тикловчи, ҳаракатлантирувчи муолажалар) ўтказилади. Диспансерда суяк ва бўғим сили клиник соғайгунига қадар, амбулаторияда кимётерапия давом эттирилади, бу 3 Б гуруҳга ўтказиш учун мезон ҳисобланади. Диспансер шароитида комплекс текшириш — ҳар ойда, фтизиоортопед консултацияси 2 ойда 1 марта ўтказилади.

Суяк-бўғим силида клиник соғайиш деб, жараённинг клиник интоксикация симптомлари йўқолиб барқарор битиши, лабора-тория кўрсаткичларининг меъёрлашиши, сил микобактерия-ларининг йўқолиши, абсцессларнинг сўрилиши, суяк тўқимасидаги деструкцияларнинг битиши ва аъзолар фаолияти тикланишига (умуртқа ёки бўғим) айтилади. Беморлар 1-3 йил давомида кузатиб турилади.

Суяк ва бўғим сили бор беморларнинг 3-А гуруҳида кузатув муддатлари жараённинг жойлашишига ва тарқалганлигига ҳамда консерватив ва жарроҳлик муолажаларининг натижаларига боғлиқ ҳолда, 1-2 йилни ташкил этади.

Сийдик ажратиш-жинсий аъзолар силининг фаол тури бўлган, 3 А гуруҳ кузатувидаги беморлар, стационарда 3-4 препаратлар билан 2-4 ой давомида жадал кимётерапия курсини олишлари керак. Кейинчалик даволаниш амбулатория шароитида 2-3 кимёпре-паратлар билан, (интермитик) кун ора 4-6 ой давом эттирилади. Беморлар ҳар ойда клиник текширилиб, фтизиоуролог, гинеколог консултацияси 2 ойда 1 марта ўтказилади. Зарур бўлганда жарроҳлик муолажаси ўтказилади.

Сийдик ажратиш-жинсий аъзолар силидан клиник соғайган, бемор сийдигида сил кўзғатувчисининг йўқолиши (камида 6 ой), интоксикация белгилари тугатилиши, лаборатор ўзгаришлар меъёрига келиши ва жароҳатланган аъзода рентгенологик, ултрасонографик текширишлар натижасининг яхшиланиши билан белгиланади. Беморни 3-Б гуруҳга ўтказиш учун комплекс текшириш ва касалхона шароитида Кох синамаси қўйиш талаб этилади. 3 А гуруҳ назоратидаги сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар тизими сили бор беморларни кузатиш даври касалликнинг турига боғлиқ. Касалликнинг чекланган турлари ва жарроҳлик муолажаси қўллангандан кейин 1 йил, тарқалган турлари эса 2-5 йил кузатишни талаб этади.

Периферик лимфа тугунлари сили бор беморлар касалхонада (3 ой) даволанади, кейин амбулатор шароитида ҳар ойда 1 марта текшириб туриб, кузатув клиник соғайгунча давом эттирилади. 3-А гуруҳдаги беморлар назорат даври 1-2 йил.

+орин аъзолари (абдоминал) сили бор беморлар 4-5 ой давомида касалхонада жадал (4-5 та силга қарши дори билан) даволангач, амбулатор шароитда, то клиник соғайгунларига қадар 3 та силга қарши дори билан даволанишни давом эттирадилар. Клиник кўрсатмаларга асосан жарроҳлик муолажаси қўлланилиши ҳам мумкин. 3 А гуруҳча — назорат муддати касалликнинг турига, кечишига, тарқалишига боғлиқ, лекин 2-3 йилдан кам бўлмас-лиги керак. Касалликдан клиник соғайиши Кох синамаси манфий натижаси билан тасдиқланиши лозим.

Сил менингити ва менингоэнцефалити билан касалланган беморлар 6-8 ой давомида касалхона шароитида комплекс даволангандан кейин даволанишни 1 йилгача амбулатор равишда давом эттирадилар. Назорат даврида беморлар ҳар ойда 1 марта фтизиатр кўригидан диспансерда, невропатолог ва окулист кўригидан эса, ҳар 2 ойда ўтадилар. Назорат муддати касалликнинг кечишига боғлиқ, лекин 2-3 йилдан кам бўлиши мумкин эмас.

Кўз ва тери сили билан касалланганлар ҳам 3-А гуруҳчада 1 йил давомида назоратда бўладилар. Гуруҳдан-гуруҳга, гуруҳчага ўтказиш масаласи фтизиатр-окулист, дерматолог иштирокида ҳал қилинади.

Ўпкадан бошқа аъзода жойлашган силнинг сурункали турларида, беморлар касалхонада даволангандан кейин диспансер шароитида ҳар 3 ойда 1 марта кўрикдан ўтказилади. Куз, баҳор ойларида қайталашга қарши 2 та дори оладилар ва кўрсатма асосида жарроҳлик муолажаси ўтказилиши мумкин. Диспансер назора-тидан чиқариш учун касаллар меҳнатга лаёқатли даражада соғайган бўлишилари ва 2 йил давомида касаллик қайталамаслиги лозим. Назорат даври 2-4 йил.

3-гуруҳ Б гуруҳчасига қуйидагилар диспансер ҳисобига олинади:

-самарали даволашдан кейин клиник соғайган 3-А гуруҳчадан ўтказилган қолдиқ ўзгаришлари бор беморлар, ўпкадан бошқа аъзода сил бўлган беморлар; илгари диспансер назоратида турмаган, биринчи марта ўпкадан бошқа аъзолар нофаол сили билан оғриган беморлар.

Бу гуруҳ беморлар диспансер кўригига 3 ойда 1 марта келишади, комплекс текширишув эса, ҳар 6 ойда 1 марта ўтка-зилади. +айталашга қарши куз ва баҳор ойларида 2 препарат билан интермитик даво ўтказилади. Силнинг қайталашида хавфли омиллар мавжуд бўлса беморларнинг санаторийда даволанганлари яхши.

3-гуруҳ Б гуруҳчада назорат даври 2 йил бўлиб, шу вақт мобайнида касалликнинг қайталаш белгилари бўлмаган, клиник тўла соғайган шахслар диспансер ҳисобидан чиқарилади.

3-гурух В гуруҳчасига қуйидагилар назоратга олинади:

-3-Б гуруҳ тизимидан ўтказилган, катта қолдиқ ўзгаришлари бор, ўпкадан бошқа аъзодаги нофаол силда, жараённи оғирлаштирадиган зарарли омиллар мавжуд беморлар.

Бу гуруҳ беморлари диспансерга 6 ойда 1 марта боришади, йилда 1 марта комплекс текширилади.

Суяк-бўғим силини бошидан ўтказган ва касаллик нати-жасида парез, шол, тос аъзолари иши бузилган, умуртқа поғонаси шакли ўзгарган, бўғимлар артрози ва контрактураси бор беморлар тикловчи-даволовчи операцияларга муҳтож ҳисобланади.

Касаллик 2 йил давомида қайталамаса, хуруж қилмаса, беморларни диспансер ҳисобидан чиқариш амалга оширилади. Назорат муддати-2-4 йил.

3.1-жадвал

СИЛГА +АРШИ КУРАШИШ ДИСПАНСЕРИ КОНТИНГЕНТЛАРИ УСТИДАН МУНТАЗАМ КУЗАТИШ СХЕМАСИ (3-гуруҳ учун)

Назорат гуруҳлари	**Контингент тавсифи**	**Текширув-нинг назорат муддатлари**	**Кузатиш муддатлари**	**Ўтказиладиган амалиётлар**	**Кузатиш натижаси мезонлари**
		3-гуруҳ.			
А гуруҳчаси.	Ўпкадан бошқа аъзоларда фаол (биринчи марта аниқланган, хуруж кузатилган ва қайталаган) ва нофаол сили бор беморлар	Ҳар ойда.	1-5 йил.	Кимётерапия комплекси (шифохонада ва амбулатория шароитида клиник тузалгунча)	ЗБ гуруҳчага ўтказилади
Б гуруҳчаси.	Ўпкадан бошқа аъзоларда нофаол сили бор, жумладан, 1 марта аниқланган нофаол беморлар	Йилига 2 марта (баҳор ва куз)	2 йил.	2 та препарат билан 2 ой, йилига 2 марта кимётерапиянинг қайталашга қарши курслари	Силнинг қайталамас-лиги, назоратдан чиқариш
В гуруҳчаси.	Ўпкадан бошқа аъзоларда сил ўтказган ва клиник соғайган катта қолдиқ ўзгариш-лари бор беморлар	Йилига 1 марта	2-4 йил.	Кўрсатма бўйича жарроҳлик муолажалари	Силнинг қайталамас-лиги, назоратдан чиқариш

4 БОБ

СИЛГА +АРШИ КУРАШИШ ХАЛ+АРО ДАСТУРИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА DOTS ДАСТУРИНИНГ +ЎЛЛАНИЛИШИ ВА САМАРАСИ

Бутун дунё бўйича силга қарши курашиш чора-тадбирларининг ўтказилишига қарамай, сил касаллиги муаммоси ҳамон долзарблигича қолаётгани ҳеч кимга сир эмас. Ҳозирги кунда сил касаллиги бутун дунё мамлакатлари соғлиқни сақлаш тизимларининг асосий муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Сил касаллиги инсоният тарихидаги қадимий касалликлардан бири бўлиб, кўпчилик, шу жумладан врачлар, касаллик ер юзида йўқолиб бормоқда, деганларида ҳам сил касаллиги эпидемия тусини олди. Сил эпидемияси тарқалиб кундан – кунга хавфли бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти 1993 йил апрел ойида сил касаллигини глобал муаммо деб эълон қилган ва шу йилнинг ўзида сил касаллиги кўрсаткичлари ўсиб келаётган давлатларга DOTS стратегияси асосида силга қарши курашиш дастурини тавсия этди. Ўзбекистонда соғлиқни сақлашдаги ислоҳотлар, силга қарши курашишнинг янги, такомиллашган, аҳолиси учун ҳар томонлама қулай бўлган йўналишларни ишлаб чиқишни тақозо этади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили дунё аҳолисининг тахминан 1/3 қисми сил касаллиги билан зарарланади. Ҳар йили сил касаллигидан 2-3 миллиондан ортиқ киши вафот этади ва деярли 8-10 миллион киши янгидан касалликка чалинади, уларнинг ярмини силнинг юқумли турлари ташкил этади.

1973 йилда Карел Стибло (Голландия) силга қарши курашиш дастурини ишлаб чиқиб, ўз дастурига асосан Танзания мамлакатида илк бор аниқланган сил беморларни назорат остига олиб, 84% бемор соғайганини аниқлади. Танзанияда қилинган барча ишлари тўғрисида Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотида 1979 йилда маъруза қилинди. ЖССТ мутахассислари томонидан 15 йил мобайнида бу дастур бошқа давлатларга ҳам киритилиб ижобий натижа кўрсатди. Кейинчалик дастур (DOTS дастури) ЖССТ томонидан қўлланилиб, юқорида айтиб ўтилганидек, сил касаллиги ўсиб келаётган барча давлатларга DOTS стратегияси асосида силга қарши курашиш дастури сифатида тавсия этилган.

Ўзбекистон Республикасида ҳозирги кунда ЖССТ томонидан тавсия этилаётган DOTS дастури (Directly Observed Treatment with Short course - бевосита тиббий ходим назорати остида қисқа муддатли кимёвий даволаш курси) 1998 йилдан +орақалпоғистон Республикаси +ўнғирот ва Мўйноқ туманларида биринчи бор киритилди. Ўзбекистонда силга қарши курашишдаги DOTS дастури ҳаётга изчил жорий қилиниб, мамлакатимизнинг барча худудларини 2005 йилга қадар қамраб олди. 2006 йилдан бошлаб, мамлакатимизнинг барча аҳолиси силни замонавий ва самарали услубда аниқлаш ва даволаш имкониятидан фойдаланмоқда. Шуни,

айтиб ўтиш лозимки, бу дастур бугунги кунда жазони ижро этиш муассасаларида хам ўз самарасини кўрсатмоқда.

DOTS дастурининг 5 асосий тамойили бор:

1. Сиёсий қўллаб қувватлаш

+айси дастур давлат томонидан қўллаб қувватланса, ўз самарасини кўрсатади. Бу DOTS дастурининг энг асосий тамойили ҳисобланиб, бу борада ҳозирги кунда республикамизда кўплаб ишлар амалга оширилмоқда. Шу боис мамлакатимизда 2001 йил 11 май куни “Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш” тўғрисида қонун чиқарилди. Сўнг, 2003 йил 3 апрел куни Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг “Ўзбекистон аҳолисини силга қарши курашишнинг такомиллаштириш тўғри-сида” 160-сонли буйруғи чоп этилди. Шу буйруққа асосан DOTS дастурини босқичма-босқич тадбиқ этилиши, шу қаторда сил касаллиги бор беморларни аниқлаш ва даволаш усуллари батафсил баён этилган. 2003 йил май ойида Вазирлар Махкамаси «Ўзбекистонда 2004-2008 йилларга мўлжалланган сил касаллигини камайтириш ва уни олдини олиш Давлат Стратегик Дастури»ни чиқарди.

2. Бактериоскопия усули ёрдамида беморларни аниқлаш

Бугунги кунда мамлакатимизда сил касаллигини аниқлаш тўрт усулдан иборат: 1 – рентгенография (флюорография); 2 – Манту синамаси қўйиш (туберкулин синамаси); 3 – балғамни экиш; 4 – микроскопия (бактериоскопия).

DOTS дастурининг, асосий тамойиларидан бири – аввал бемор балғамини микроскоп орқали текшириш, кейинчалик, силни аниқлаш алгоритмига асосан, зарурият туғилганда бошқа усулларни ҳам қўллаш.

Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг буйруғи асосида ҳар бир даволаш муассасасида 2 хона: балғам йиғиш хонаси ва «DOTS бурчаги» хоналари ташкил қилинди. Шундан кўриниб турибдики, умумий амалиёт тизими шифокорлари ва ҳамшираларининг дастурни бажаришдаги ўрни беқиёс. Айниқса, DOTS дастури икки асосий тамойилининг керакли соҳаларини бажаришда ҳамши-ралардан катта масъулият талаб қилинади. Шулардан бири, силга шубҳа бўлган беморлардан балғам олишдир.

Ўпка силини аниқлашда, тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилган, касаллик аломатлари ҳамда нафас аъзоларига боғлиқ шикоятлари бор беморларнинг балғамини микроскопик текши-рувдан ўтказиш асосий усул ҳисобланади. Шу мақсадда, барча тиббий муассасаларда, беморларни амбулатория шароитида даво-лайдиган поликлиникалар, +ВА, +ВП, шунингдек, пулмонология шифохоналарида балғам йиғиш хоналари ташкил қилинди. Текширувга келолмайдиган беморларнинг балғами уйларига бориб олинади. +уйидаги беморларнинг балғами ўпка силини аниқлаш учун йиғилади: тиббий муассасаларга уч ҳафтадан ортиқ давом этаётган йўталдан шикоят қилиб келган кишилар, бунда йўтал касалликнинг мустақил аломати бўлиши ёки кўкрак қафасидаги оғриқлар, қон туфлаш, ҳаво етишмаслиги, ҳолсизланиш, терлаш, субфебрил ҳарорат каби аломатлар билан намоён

бўлиши мумкин. Балғам йиғиш махсус тайёргарликдан ўтган ўрта махсус маълумотли тиббиёт ходимининг бевосита назорати остида амалга оширилади.

Балғам махсус ажратилган хоналардагина ёки алоҳида хона ташкил қилишнинг имкони бўлмаса, очиқ ҳавода, одамлар тўпланадиган ердан узоқроқ, махсус ажратилган жойдагина ўтка-зилиши лозим. Сил шубҳа қилинганда, сил микобактерияларини аниқлаш учун балғам батериоскопик таҳлил қилинади. Бунинг учун икки кунда балғамнинг уч намунаси топширилади.

1-намуна - бемор тиббий муассасага мурожаат қилган вақтда тиббиёт ходими назорати остида балғам топширади, шундан кейин, унга уйда эрталабки балғамни йиғиш учун контейнер (махсус зич ёпиладиган идиш) берилади.

2-намуна - бемор ўз уйида иккинчи куннинг тонгида балғам йиғади (кечаси ухлаш олдидан оғзини яхшилаб чаяди, тишларини тозалайди) ва шу куннинг ўзидаёқ тиббий муассасага етказади.

3-намуна - беморнинг эрталабки балғами топширилган куни тиббий муассасада тиббиёт ходими назоратида балғамнинг қолган қисми йиғилади.

Шифохона шароитида уч кунда уч марта — эрта тонгда бемор ўрнидан турган заҳоти, кечаси билан тўпланган балғам кўчаётган пайтда тиббиёт ходими назорати остида амалга оширилади.

Ҳамшира балғам йиғишда, аввал беморга ўтказилаётган муолажанинг мақсадини тушунтиради, беморни рўйхатга олиш дафтарида қайд қилади, махсус ҳимоя кийими (одатдаги ишчи халати устидан бошқа халат, тиббиёт қалпоқчаси, ниқоб, клёнка фартук ва охирида резина қўлқоп) кияди. Сўнгра бемордан оғзи ва томоғини сув ёки ичимлик содали аралашма билан чайишни сўрайди. Бемор тиббиёт ходими билан бирга балғам олиш майдончасига боради. Балғам йиғиш хонасида механик вентиляция мосламаси ёки катта очилган дераза ёнида, агарда балғамни очиқ ҳавода йиғилиши кўзланса тиббиёт ходими беморнинг орқасида туриши керак, бунда шамол орқадан эсиши зарур. Ҳамшира беморга балғам чиқаришни ўргатади: 3 марта чуқур нафас олинади, учинчи мартасида қаттиқ йўталиб, балғам тоза контейнерга тўпланади. Бемор 3-5 мл балғам йиғиши лозим. Тиббиёт ходими беморнинг орқасида туриб, муолажани бевосита кузатиши керак. Зарур миқдордаги балғам йиғилгандан сўнг, тиббиёт ходими беморнинг қўлидан контейнерни олиб қопқоғини ёпади ва устки ён қисмига (қопқоғига эмас!) маълумот ёзилган қоғозни ёпиштиради, унда намунанинг тартиб рақами, беморнинг исми, фамилияси, балғам олинган сана қайд этилади. Кейин балғамли контейнерлар махсус бикслларга ёки музлатгич-халталарга жойланади ва тезда махсус таҳлилхонага юборилади.

Балғамни эрта тонгда, бемор нонушта қилмасдан олдин олиш мақсадга мувофиқ. Сил касаллигига дучор бўлган бемор доимо ҳам зарарланган балғам ажратмайди, шунинг учун биринчи натижа манфий, иккинчиси эса

мусбат бўлиши мумкин. Шу сабабли, балғамнинг учта наъмунаси топширилади.

Балғамида сил таёқчалари аниқланган бемор дарҳол фтизиатр кўригига юборилиши ва унга силга қарши даво бошланиши лозим.

Айрим ривожланмаган мамлакатларда DOTS дастури маблағ етишмаслиги сабабли ҳам, энг оддий кўринишда тадбиқ этила бошлагани учун мамлакатимизда DOTS дастури асосида беморларда сил касаллигини аниқлашда рентгенологик усулнинг қўлланилиши чегаралаб қўйилган эди. Мамлакатимизда аввалдан мукаммал ривожланган силга қарши курашиш тизими DOTS дастурини тадбиқ этишда силга қарши курашишдаги барча услубларни ишга солишни тақозо этди. Шунинг учун ҳам республикамизда рентгенологик усул кенг қўлланилади. Аҳолини оммавий рентгенологик текширишлар анча йиллар олдин тўх-татилган бўлишига қарамай, ҳозирги кунда Вазирлар Маҳкамаси ва Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг чиқарган буйруқ ва фар-мойишларига асосан, сил бўйича хавфли гуруҳга кирувчилар, мажбурий табақалар, қариялар ва туғиш ёшидаги аёллар йилда бир марта рентгенологик текшириб турилади. Беморлар тиббий ходимга мурожаат қилганларида балғам ажратишнинг иложи бўлмаган ҳолларда, балғам суртмаси манфий бўлган, аммо сил касаллиги белгилари мавжуд бўлган вақтларда ва беморда ўпкадан бошқа аъзоларда силга шубҳа қилинганда рентгенологик усул қўл-ланилади. Шу нарсани яхши билиб олиш керакки, ўпка силига шубҳа қилинган бемордан биринчи навбатда балғами текшириш учун олинади, кейин керак бўлса, рентген текширишга юборилади. Чунки бемор яшайдиган жойда ҳамма вақт ҳам рентген қилишнинг иложи бўлавермайди, балғам йиғиш хоналари эса республика-миздаги барча +ВП ва поликлиникаларда очилган бўлиб ишлаб туради.

3. Беморларни назорат остида стандарт даволаш курси

Бу асосий тамойиллардан бири ҳисобланади, бу ерда сил беморлар 160-сонли буйруқда кўрсатилган стандарт схемалар асосида даволанади. Шуни айтиб ўтиш керакки, сил беморларнинг даволаниш муддати камида олти ой бўлишини ҳисобга олиб, вақтида дориларини ичиб туришини қаттиқ назорат қилиш шарт. DOTS дастурининг асосий вазифаси - бу беморларга назорат билан дориларни етказишдан иборат. Юқорида айтиб ўтга-нимиздек, DOTS стратегияси стандарт даво усулларига асосланган. Бу эса ўз вақтида тиббий ходим (врач, ҳамшира) учун қулай бўлса, иккинчи томондан эса катта масъулият юклайди. Тиббий ходимнинг шу вазифани чин дилдан бажаришига қараб беморнинг шифо топиши самарали бўлади. Чунки DOTS дастурининг асоси бўлган - беморнинг ҳар бир таблеткани ичишини назорат қилиш - мултирезистент даволаниши жуда қийин ва қиммат бўладиган сил турлари келиб чиқишининг олдини олади.

4. Силга қарши сифатли дориларни узлуксиз етказиб бериш

Юқорида айтиб ўтилганидек, беморларни даволаш жараёнида баъзи дори-дармонларни вақтида етказиб берилмаса, бу касал-ликни оғир турлари пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Бугунги кунда бир қанча халқаро

ташкилотлар ва Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан етказиб берилаётган силга қарши дорилар DOTS дастури бўйича барча беморларни даволаш учун етарли. Режаларимизга кўра, республикамизда 2010 йилга қадар силга қарши дорилар етарли бўлади.

5. Доимий мониторинг, ҳисобот ва таҳлил

Дастурни доимий равишда мониторинг қилиш, ҳисоботларни чуқур таҳлил қилиш DOTS дастури бўйича йилнинг ҳар чорагида олиб борилади. Бугунги кунда Epi-info дастури орқали барча худудий сил касалликлари диспансерларда руйхатга киритилиб, Республика ДОТС марказига интернетдан юборилади ва назорат қилинади. Аниқланган камчиликлар ва муаммолар жойларда ҳал қилинади.

DOTS - сил билан оғриган беморларни силга қарши дориларнинг 4-5 тури билан 2-4 ой давомида стационар (жадал даволаш) босқичда ва 2-3 турдаги препаратлар билан 4-7 ой амбулатория (қувват берадиган даволаш) шароитида тиббий ходимнинг бевосита кузатувида бепул даволашни кўзда тутади.

DOTS дастури бўйича беморлар қуйидагича таснифланади:

1. Биринчи марта (янги) аниқланган бемор – илгари силдан даволанмаган ва рўйхатга олинмаган; 1 ойдан кам муддат мобайнида силга қарши дориларни ичган ва сил бемор сифатида рўйхатга олинмаган.

2. +айталаш (рецидив) — аввал ҳам силдан даволанган ва тузалган, деб ҳисобланувчи, аммо ҳозирда текширилган суртма мусбат натижа берган беморлар.

3. Ўтказилган —рўйхатга олинган бир тумандан иккинчи туманга ўтказилиб рўйхатга олинган беморлар.

4. Муваффақиятсиз ҳолат — бошида балғами мусбат суртмали ўпка сили билан касалланган, даволанишнинг 5-ойида ва кейинчалик ҳам мусбат суртмага эга бўлган бемор; бошида балғами манфий суртмали ўпка сили билан касалланган, жадал давр охири (даволанишнинг 2-ойи охири)га келиб, балғам суртмаси мусбат бўлиб қолган бемор.

5. Даволаш тартиби бузилгандан (танаффусдан) кейин даволаш — сил билан касалланган, даволанишида 2 ва ундан ортиқ ой муддатга узилиш бўлган, даволанишни тўхтатишдан олдин манфий ёки мусбат суртмага эга бўлган беморлар;

6. Бошқа ҳолатлар — юқорида тилга олинган беморлар тоифасига кирмаган, лекин фаол сил тури мавжуд ва биринчи қатор силга қарши дорилардан даво топиши мумкин бўлган беморлар

DOTS дастури бўйича беморлар 2 босқичда даволанади:

Стационар (жадал) давр — беморлар асосан силга қарши курашиш муассасаларида, яъни шифохоналарда даволанадилар.

Амбулатор (қўллаб-қувватлаш) давр — жадал давр тугагандан кейин, беморнинг балғамида сил таёқчалари топилмаган тақдирдагина, беморлар давони ўзлари яшайдиган жойдаги поликлиникалар, +ВА ва +ВПларда давом эттирадилар.

Беморларни даволаш тоифалари

1 тоифада даволанадиганлар:

■ биринчи марта аниқланган мусбат суртмали ўпка сили бор беморлар;

■ биринчи марта аниқланган манфий суртмали беморлар ва ўпкадан бошқа аъзолар сили билан касалланган беморларда жараён оғир кечса, жумладан силнинг тарқоқ турлари учраса.

Жадал давр (стационар босқичи) 2 (3) ой ҳар куни 4 та силга қарши дориларни (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол ёки стрептомицин) қабул қилади.

Амбулаторияда бемор 4 (7) ой ҳар куни ёки ҳафтасига 3 марта 2 та силга қарши дориларни (изониазид ва рифампицин) ичади.

2 тоифада даволанадилар:

■ қайталаш (рецидив);

■ бошқа ҳолатлар тоифасига киритилган барча беморлар;

■ даволаш тартибини бузгандан сўнг даволашни яна бошлаган беморлар;

■ самарасизлик кузатилган беморлар.

Жадал даврда (стационар босқичи) беморлар — 3 (4) ой ҳар куни 5 та силга қарши дорини (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол ва стрептомицин) ичади.

Амбулатория даврида эса (амбулатор босқичи) — беморлар 5 ой давомида ҳафтасига 3 марта ёки ҳар куни 3 препарат (изониазид, рифампицин ва этамбутол) билан даволашни давом эттирадилар.

3 тоифада даволанадиганлар:

■ биринчи марта аниқланган суртма манфий бўлган ўпка сили бор беморлар;

■ ўпкадан бошқа аъзолар силининг кичик турлари аниқ-ланган беморлар.

Жадал даврда (стационар босқичи) — беморлар ҳар куни 2 ой 3 та силга қарши дориларни (изониазид, рифампицин ва пиразинамид) ичадилар.

Амбулатория даврида — 4 ой, ҳафтасига 3 марта 2 та силга қарши дориларни (изониазид ва рифампицин) қабул қиладилар.

Беморларни силга қарши антибактериал даволаш стандартга келтирилган бўлишига қарамай, патогенетик даволашни буюришда ҳар бир беморнинг ўзига хос ёндошиш керак. DOTS дастурини биринчи марта тадбиқ этилаётган вақтларда беморларга фақат силга қарши 5 антибактериал препаратни беришнинг ўзи етарли, деган фикрнинг йиллар ўтиши билан нотўғри экани исбот қилинди. Беморларнинг аҳволига, касаллик жараёнининг катталигига, ҳамроҳ касалликларига ва дориларнинг ножўя таъсирларига қараб уларга турли патогенетик препаратлар берилиши мумкин. Лекин бу барча беморларга витаминлар ёки бошқа турдаги препаратларни белгилаш мумкин дегани эмас, балки буни ҳар бир беморнинг аҳволига қараб ҳал этиш керак.

Шу билан бирга, тиббий ходим (врач, ҳамшира ва кичик тиббий ходим) беморга нисбатан хушмуомала бўлиши, назорат остида ичилган ҳар бир таблеткани шу заҳоти белгилаб қўйиши, беморлар билан сил касаллиги ҳақида суҳбатлар ўтказиб туриши, ҳужжатларни тоза ва тўғри сақлаши, беморга қанча доза дори берилиши кераклигини ва бемор қачон назорат учун балғам топшириши кераклигини билиши, бемордаги силга қарши дориларга ножўя таъсирларни билиши ва бундай ҳолат юз берганда дарҳол врачга беморни юбориши лозим.

Ҳозирги кунда республикамизда DOTS дастури бўйича юритиладиган ҳужжатлар

ТБ-01 — сил билан касалланган беморнинг тиббий картаси (фтизиатр тўлдиради, амбулатор даврида умумий тармоқдаги врач ва ҳамшира томонидан белгиланади).

ТБ-02 — сил билан касалланган беморнинг идентификацион картаси (бемор учун эслатма).

ТБ-03 — туманда сил билан касалланган беморни рўйхатга олиш журнали (фтизиатр томонидан тўлдирилади).

ТБ-04 — лабораторияда рўйхатга олиш журнали (лаборант тўлдиради).

ТБ-05- балғам таҳлили учун йўлланма (асосан умумий тармоқ ходимлари тўлдиради).

ТБ-06- сил таёқчасининг сезувчанлигини текшириш учун йўлланма (фтизиатр учун).

ТБ-07- туманда аниқланган сил ҳолатлари бўйича чорак ҳисоботи (фтизиатр тўлдиради).

ТБ-08 — сил беморларни даволаш натижалари юзасидан йил чораги ҳисоботи (фтизиатр тўлдиради)

ТБ-09 — Даволаш ўтказиш учун йўлланма (фтизиатр тўлдиради).

Республикада DOTS плюс дастурининг тадбиқ этилиши

+орақалпоғистон Республикасида DOTS дастури бўйича даволаш самарадорлиги таҳлили ўтказилганда, бошқа худудларга нисбатан ушбу дастур Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан кўрсатилган стандартлардан бирмунча пастлигини кўрсатди. Бунинг учун 2001-2002 йиларда бир гуруҳ даволанувчи беморларнинг дориларга таъсирчанлиги текширилди ва силга қарши дориларни биринчи қатори бу беморларга таъсир қилмаслиги тасдиқланди. Янги аниқланган беморлар орасида МЛУ сили 13% ни ва қайта даволанувчилар орасида 40% ташкил қилди. Бу кўрсаткичлар “Чегарасиз шифокорлар” Халқаро гуманитар ташкилотни, +орақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги билан биргаликда DOTS плюс – МЛУ силини даволаш бўйича пилот лойиҳаси бошланишига олиб келди. Ушбу лойиҳани тадбиқ этиш учун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти қошидаги “Зелёнўй свет” қўмитасига 2002 йилнинг октябр ойида тақдим этилди ва 2003 йилнинг феврал ойида тасдиқланди. “Зелёнўй свет”

қўмитасида тасдиқланган лойиҳаларда, арзонлашган нархдаги иккинчи қатор силга қарши дориларни сотиб олишга ҳамда техник ёрдам ва мониторинг ўтказишга имконият яратилади.

+Р ССВ томонидан ҳамда “Чегарасиз шифокорлар” Халқаро гуманитар ташкилоти (Голландия) ёрдами билан 2003 йил октябр ойида МЛУ беморлар учун Марказий Осиёдаги биринчи шифохона ташкил қилинди. Ушбу шифохона Нукус шаҳрининг ташқарисида жойлашган бўлиб, у ерда Нукус шаҳар ва Чимбой туманидаги (иккита пилот худуди) аниқланган беморлар учун барча замонавий
шарт-шароитлар яратилган. Бундан ташқари, ташкил қилинган клиник-биокимёвий ва бактериологик лабораториялар замонавий асбоб-ускуналар билан таъминланган.

Беш йил мобайнида резистент силини вақтида аниқлаш ва даволаш бўйича катта ишлар амалга оширилди ҳамда бунинг натижасида МЛУ сили тарқалишини тўхтатиш ва бу касалликдан ўлим ҳолатларини камайтиришга имконият яратилди.

2006 йилдан бошлаб, Тошкент шаҳрида Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти клиникаси қошида 60 ўринли DOTS плюс – резистент силини даволаш бўлими ташкил қилинди. Бу дастур ОИТВ, сил ва безгакка қарши кураш Глобал фонди, «Яшил нур» комитети, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотларининг катта ёрдамида олиб борилмоқда.

II БЎЛИМ

СИЛНИНГ УМУМИЙ ПАТОЛОГИЯСИ

5 БОБ

Э Т И О Л О Г И Я

МИКОБАКТЕРИЯЛАРНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ ВА СИЛГА +АРШИ ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИЛИГИ

Микобактерияларнинг кўпчилик турлари атроф муҳитда кенг тарқалган сапрофит микроорганизмлар ҳолида бўлади. Силни пайдо қилувчи микобактерияларнинг турларига *M. tuberculosis, M. bovis, M. bovis BCG, M. africanum, M. microti, M. canettii* мансуб бўлиб**, M. tuberculosis мажмуасига** бирлаштирилган. Сўнги йилларда унга *M. microti* ва *M. bovis* га филогенетик тегишли *M. pinnipedii, M. capsae* киритилган.

Одамда учрайдиган сил қўзгатувчиси уч турдаги микобактериялар:

- ***Mycobacterium tuberculosis*** (одамда учрайдиган тури),
- ***Mycobacterium africanum*** (оралиқ тури),
- ***Mycobacterium bovis*** (қорамолда бўладиган тури) дир.

Одам учун асосан одамда ва қорамолда учрайдиган турлари патоген. Силни юқтирадиган манба микобактерияларни ташқарига чиқариб турадиган касал одам ёки ҳайвон. Сил юқишининг энг кўп учрайдиган йўли аэроген йўл. Лекин касаллик зарарланган тери, шиллиқ пардалар орқали, меъда-ичак йўли орқали юқиши ҳам мумкин. Касаллик меъда-ичак орқали сил билан оғриган сигирлар сутини хомлигича ичганда юқади. Лекин касаллик бошланиши учун организмга касаллик қўзғатувчиси тушишининг ўзигина кифоя қилмайди. Сил билан касалланиш ва ўлимга сабаб бўладиган бир қанча омиллар бор. Чунончи, ижтимоий, маиший омиллар (моддий жиҳатдан ночорлик, одамларнинг ғуж бўлиб яшаши, етарлича овқатланмаслиги, стресслар кишининг инфекцияли муҳитда доим ёки узоқ бўлиши), касб-корнинг хусусиятлари ана шундай омиллардандир. +андли диабет, руҳий

касалликлар, кортико-стероидларни узоқ қўлланиши, турли сабаблар туфайли юзага келган иммунитет танқислиги ҳам сил юқиши хавфини кучайтирадиган омиллар жумласига киради.

Микобактериялар — кислота ва спиртга чидамли (ўсишнинг маълум бир босқичида), ингичка таёқчасимон ҳужайралар бўлиб, аэроб ҳисобланади. Улар Грам усулида бўялганда суст мусбатдир ва ҳаракатсиз, спора ҳосил қилмайди. Конидиялари ёки капсулалари йўқ, қаттиқ озиқ муҳитларда секин ёки жуда секин ўсади: мўътадил ҳароратда кўзга ташланадиган колониялар 2-60 кундан кейин пайдо бўлади. Колониялар, айниқса ёруғликда ўстирилганда пушти, сабзи рангга ёки сариқ рангга киради. Пигмент ҳосил қилмайди (диффундирламайди). Колониялар юзаси кўпинча силлиқ (S-тур) ёки ғадир-будур (R-тур) бўлади. Баъзан микобактериялар шиллиқ ёки бужмайган кўринишдаги колониялар сифатида ўсади. Суюқ муҳитларда микобактериялар юзасида ўсади. Нозик қуруқ парда вақт ўтиб, қалинлашади, ғадир-будур бўлиб, бужмайиб қолади ва сарғимтир тус олади. Булён тиниқлигача қолади ва детергентлар ёрдамида диффуз ўсишга эришилади. Микроколонияларда *M. tuberculosis* (яъни, эрта муддатларда) корд омилга алоқадор жгутларга ўхшаш тузилмалар ҳосил қилади.

Сил микобактериялари карбол фуксини билан бўялганда ингичка, бир оз эгилган қизғиш рангдаги, беҳисоб доначалар туташган таёқча кўринишида аниқланади.

Микобактерияларнинг узунлиги 1-10 мкм, кенглиги – 0,2-0,7 мкм. Баъзан эгилган ёки буралганларини аниқлаш мумкин. Алоҳида-алоҳида, жуфт-жуфт ёки тўда-тўда жойлашган микроорганизмлар препаратнинг бошқа компонентларида ҳаворанг фонда аниқ билинади. Кўпинча бактериал ҳужайралар Рим ҳарфи «V» симон бўлиб жойлашади. Препаратда, шунингдек, қўзға-тувчининг кокксимон кислотага чидамли ўзгарган шаклларини, думалоқ сферик ёки мицеласимон тузилмаларини аниқлаш мумкин. Бунда ижобий натижа текширишнинг қўшимча усуллари билан тасдиқланиши керак.

Микобактерияларнинг ўсиши ва кўпайиши

Сил микобактериялари жуда секин кўпаяди: иккига ажралиш (бўлиниш) даври 18-24 соат (оддий бактериялар ҳар 15 дақиқада бўлинади). Шунинг учун типик колонияларнинг яхши ўсиши учун 4-6 хафта керак бўлади. Микобактерияларнинг секин кўпайиши сабабларидан бири, яққол гидрофоблигидир, улар озиқ моддалар диффузиясини қийинлаштиради. Бу генетик детерминланган ва микобактериялар тузилишининг жуда мураккаблигига боғлиқ. Маълумки, кўпчилик бактериялар рибосомал рибонуклеин кислота (рРНК) оперонларининг кўплаб нусхаларига эга. Секин ўсадиган микобактериялар (M. tuberculosis, M. leprae) оперонининг биттадан нусхасига, тез ўсадиганлари (M. smegmatis) — фақат иккита нусхасига эга.

Суюқ муҳитларда ўстирилганда микобактериялар юза ўсади. Нозик қуруқ парда вақт ўтиши билан қалинлашади, ғадир-будур бўлиб, бужмайиб қолади ва кўпинча фил суяги рангига ўхшаш сариқ тусда бўлади. Булён

тиниқлигича қолади, диффуз ўсишга фақат детергентлар, масалан, твин – 80 мавжудлигида эришилади. Микроколонияларда (яъни, эрта муддатларда) жгутни эслатувчи тузилмаларни — M. tuberculosis корд-омили билан боғлайдиган белгини ҳосил қилади.

Микобактерияларнинг чидамлилиги

Эволюция мобайнида сил микобактериялари ташқи муҳитнинг таъсирини енгиб ўтади, бошқача айтганда, инактивация ҳолатининг турли механизмларини намоён қилади. Биринчидан, бу кучли ҳужайра девори. Иккинчидан, бу кенг метаболик имконият.

Улар ҳужайра қобиғини парчалаб, кўпгина ҳужайра токсинларини ва моддаларини (турли перекислар, альдегидлар ва бошқалар) фаоллигини сўндириш хусусиятига эга. Учинчидан, бу микобактерияларнинг трансформациясига (L-шаклларининг, дормант ҳужайраларнинг ҳосил бўлиши) асосланган морфологик пластиклик.

Сил микобактерияларининг яшовчанлиги иқлим шароитларига қарамасдан аҳоли орасида инфекциянинг жуда кенг тарқалишига олиб келади. Бироқ сил микобактериялари одам организмида узоқ сақланиши ва ҳар қачон фаоллашиши мумкин.

Дори воситасига чидамлилик

Клиник нуқтаи назардан, микроорганизмнинг дорига чидамли штамми келтириб чиқарган касалликларни даволаш учун, стандарт кимётерапия қўллаш тақозо этилади. Чидамлилик, қўлланилаётган кимётерапиянинг самарасизлигини кўрсатади. Бошқача айтганда, восита тизимли концентрацияси яхши натижа берганидан, стандарт кимётерапия қўлланилиши аксари мўътадил шароитларда самарали, «чидамли микроорганизмларнинг» кўпайишига монелик қилмайди.

Микроорганизмларнинг дори воситасига чидамлилиги ривожланиши антибиотиклар мавжудлигида селекция (танланиш) ва антибактериал агентга қарши ҳимоя механизмлари билан микроб популяциясининг бир қисмининг яшаб қолишига боғлиқ. Ҳар бир популяцияда сезиларли миқдорда у ёки бу воситага нисбатан резистент мутант ҳужайрлари (асосан, 106 - 109) бор. Кимётерапияда сезгир микроб ҳужайралари бўлади, резистентлари эса кучаяди. Натижада сезгир ҳужайралар чидамлилари билан ўрин алмашади.

Микобактериялар дастлаб кенг таъсир доирасига эга воситаларга нисбатан юқори табиий чидамлиликка эга, бироқ ҳар хил турларда сезгирлик турлича таъсир доирасига ва даражасига эга бўлади.

Чин табиий чидамлилик, деганда микроорганизмнинг барқа-рор тур белгиси тушунилади. Антибиотик ҳужайра деворининг бирламчи паст ўтказувчанлиги, моддаларнинг ферментатив инак-тивацияси ёки бошқа механизмлар натижасида нишонга яхши таъсир қилмаслиги мумкин.

Орттирилган чидамлилик — микроб популяцияси асосий қисмининг ўсишини тўхтатадиган антибиотиклар концентрация-ларида штаммларнинг яшашга мойил хусусиятларининг сақлани-шидир. Орттирилган чидамлилик

барча ҳолатларда ирсий: янги генетик маълумотнинг пайдо бўлиши ёки хусусий генларнинг экспрессияси даражасининг ўзгаришига асосланган.

Бирламчи ва орттирилган дорига чидамлилик тафовут қилинади. Бирламчи чидамлиликка касалликка қарши махсус даво олмаган ёки воситаларни бир ой ёки бундан кам вақт давомида қабул қилган беморларда ажратилган штаммлар киради. Силга қарши воситаларнинг қўлланилишини аниқлаш имкони бўлмаганда «дастлабки чидамлилик» атамасидан фойдаланилади.

Бирламчи дорига чидамлилик катта клиник ва эпидемиологик аҳамиятга эга, шунинг учун уни тўғри баҳолашда биринчи марта сил аниқланган беморга диагностик материалнинг микробиологик текшируви ўтказилмагунча кимётерапияни ўтказ-маслик керак (уч кун давомида). Агар бир ой ва бундан кўп вақт давомида силга қарши даво замирида беморда дориларга чидамли штамм ажратилган бўлса, чидамлилик орттирилган ҳисобланади. Бирламчи дорига чидамлилик сил қўзғатувчиси популяциянинг эпидемиологик ҳолатини ифодалайди.

Орттирилган дорига чидамлилик биринчи марта сил аниқланган беморлар орасида самарасиз даво натижасида (дори воситасини нотўғри танлаш, қабул қилиш тартибига риоя қил-маслик, восита дозаларини камайтириш, дори билан вақтида таъминланмаслиги ва воситанинг сифатсизлиги) ривожланади. Бундай омиллар қонда дорилар концентрациясининг ва самара-дорлигининг пасайишига олиб келади, айни вақтнинг ўзида мико-бактерия ҳужайраларида ҳимоя механизмларини «ишга туширади».

Сил микобактерияларининг дорига чидамлилиги тузилмасида қуйидагилар тафовут қилинади.

Монорезистентлик — силга қарши дориларнинг фақат биттасига чидамлилик, бошқаларига эса сезувчанлик сақланган бўлади. Тўла-тўкис (комплекс) даволашда монорезистентлик камдан-кам, кўпинча, стрептомицинга нисбатан (10 - 15% ҳолларда биринчи марта сил аниқланган беморларда) аниқланади.

Полирезистентлик — икки ва бундан кўп силга қарши дориларга чидамлилик.

Мултирезистентлик (MDR) - айни вақтнинг ўзида изо-ниазидга ва рифампицинга чидамлилик (бошқа воситаларга чидамли бўлишига қарамасдан) стрептомицинга ва бошқаларга сезувчанлик билан кечади. Ҳозирги кунда сил қўзғатувчилари MDR эпидемиологик жиҳатдан хавфли бўлиб қолди. Ҳисоб-китобларнинг кўрсатишича, MDR қўзғатувчиларнинг 6,6% кўп аниқланиши (биринчи марта сил аниқланган беморлар орасида) Миллий силга қарши дастурлар стратегиясига ўзгартиришлар киритилишини тақозо қилади.

Аралаш (кесишган) чидамлилик — бирор бир дорига нисбатан пайдо бўлган чидамлилик, ўз орқасидан бошқа воситаларга чидамлиликни келтириб чиқаради. M. tuberculosisда, асосан, ҳамкорликдаги мутациянинг

чидамлилигига боғлиқ эмас. Аралаш чидамлиликнинг ривожланиши айрим силга қарши дориларнинг кимёвий тузилиши ўхшашлигига асосланган. Кўпинча кесишган чидамлилик дориларнинг маълум бир гуруҳи орасида, масалан, аминогликозидларга аниқланади. Кесишган резистент-лик оқибатини билиш учун микобактериялар культураларини чидамлиликни микробиологик ўрганиш билан бирга генетик даражада текшириш зарур.

Ўта чидамлилик — кўплаб дориларга чидамлилик, фторхи-нолонларга ва инъекцион воситаларнинг (канамицин, амикацин, капреомицин) бирортасига нисбатан чидамлилик ҳисобланади. Ўта чидамли штаммлар келтириб чиқарган сил, бемор ҳаётига катта хавф солади, чунки қолган иккинчи қатордаги силга қарши дори воситалари яққол антибактериал таъсир кўрсатмайди. 2006 йилдан бошлаб, айрим мамлакатларда ўта чидамли микобактериялар штаммларининг тарқалишини назорат қилиш ташкил этилган. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан КДЧ (кўп дориларга чидамлилик)нинг бундай вариантини XDR, деб белгилаш қабул қилинган.

6 БОБ

ПАТОГЕНЕЗ ВА ГИСТОФУНКЦИОНАЛ ТАВСИФ

СИЛ ПАТОГЕНЕЗИ ВА УНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ

Сил касаллиги сурункали инфекцион касаллик бўлиб, гранулёматоз реакциянинг бошланиши ва организм турли системаларининг зарарланиши, турли-туман клиник аломат-лари ва патологанатомик кўринишлар билан кечади. Сил ҳаммадан кўп тарқалган инфекцион касаллик. Бунга, бир томондан, касаллик кўзғатувчисининг ташқи муҳитда жуда кўп учраши сабаб бўлса, иккинчи томондан, одамда сил билан касалланишга анча мойиллик борлиги сабабдир.

Силнинг ривожланиши организмнинг реактивлигига ва ҳимоя кучларининг ҳолатига, сил микобактерияларининг виру-лентлиги ҳамда уларнинг ўпкада персистирланишининг давом-лигига боғлиқдир. Инфекцион жараёнларнинг турли омиллари таъсирини респиратор бўлимнинг ҳар хил тўқима ва ҳужайра реакциялари билан тушунтириш мумкин, бунда специфик ўзга-ришлар носпецифик ўзгаришлар билан қўшилиб, албатта, асосий жараённинг белгиларига ва оқибатига таъсир қилади.

Микобактериялар ўпкага кирганидан кейин жараён тўртта асосий схемага мувофиқ ривожланиши мумкин:

- организмнинг бирламчи реакцияси барча микобак-терияларни тўлиқ элиминация қилиш учун етарли бўлиши мумкин, бу айни сил билан касалланиш имкониятини йўққа чиқаради;
- микроорганизмлар тез ўсиб кўпайганда касаллик бирламчи сил сифатида ривожланади;
- яширин, яъни зимдан кечадиган (латент) инфекцияда касаллик ривожланмайди, бироқ микобактериялар тинчиган, деб аталадиган ҳолатда организмда персистирланади, уларнинг борлиги фақат туберкулинга ижобий тери реакцияси кўринишида намоён бўлади;
- баъзи ҳолларда микобактериялар тинч ҳолатдан ўсиш босқичига ўтади ва яширин (латент) инфекция силнинг қайта фаоллашига олиб боради.

Силнинг **патогенези** мураккаб. Унинг иккита асосий — бирламчи ва иккиламчи даврлари фарқланади. Бирламчи даври касаллик кўзғатувчисининг организмга кирган вақтидан бошлаб, то сил ўчоғининг бутунлай битиб кетишигача бўлган вақтни ўз ичига олади.

Силнинг *иккиламчи даври* рўйи рост клиник белгилар қайтиб кетганидан кейин бирмунча вақт ўтгач бошланади ва эски касаллик ўчоқларининг эндоген тарзда қайтадан жонланиши оқибати, ҳисобланади. Касалликнинг бирламчи даври тўқималарнинг касаллик қўзгатувчисига жуда ҳам сезгир бўлиши билан фарқ қилади, бу токсик-аллергик тромбоваскулитларнинг бошланиши ва жараённинг тарқалиб, зўрайиб кетишига замин ҳозирлайди. Силнинг иккиламчи даври учун патологик жараённинг қандай бўлмасин бирор ўчоқда авж олиб бориши хос. Жараён организм учун ноқулай бўлган шароитлардагина зўраяди. Микобактериялар организмга тушгач, ҳамиша ҳам тезда яллиғланишга сабаб бўлавермайди. Ўзига хос, яъни специфик яллиғланиш ўчоғи юзага келишидан олдин латент даври бўлиб ўтиши мумкин. Сил, гуморал ва ҳужайрага алоқадор иммунитет

ҳосил бўлиши билан бирга давом этиб боради. Дарҳол юзага чиқадиган ўта сезгирлик реакциялари авж олганда некроз ва экссудатив яллиғланиш бошланади. Гранулёматоз реакция аста-секин юзага чиқадиган ўта сезгирлик реакциясига боғлиқ, бунда сенсибилланган Т-лим-фоцитлар лимфокинлар ишлаб чиқаради ва гранулёмалар пайдо бўлишига сабаб бўлиб, макрофагларнинг ферментатив функ-циясини кучайтиради, бу эса микобактерияларнинг организмдан чиқиб туришига олиб келади.

Сил яллиғланишининг ултраструктуравий ривожланиши

Сил микобактериясининг организмга қайси йўл билан кири-шидан қатъий назар, барча экспериментал моделларда биринчи 3-5 кунда томир тармоқларининг кенгайганини, полиморф-ядроли лейкоцитларнинг томир девори бўйлаб жойлашиб, эритроцит-ларнинг (сладж синдроми) бир-бирига ёпишганини кузатиш мумкин. Ўпка капиллярларининг эндотелиал қопламасини электрон микроскопда кўрилганда, ҳужайралар люминар юзасининг фаол-лашганини, микропиноцитозли везикулаларнинг бузилганини ва уларнинг йирик вакуолаларга қўшилиб кетиб, ҳужайра ичидаги шишнинг ривожланган белгиларини кўриш мумкин. Эндо-телиоцитларнинг шишган, равшанланган цитоплазма соҳалари бор жойларда турли микротомирларда сони ва ҳажми жиҳатидан фарқ қиладиган елкансимон бўртмалар ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда цитоплазма ўсимталари базал қатламдан кўчгани ва мўрт бўлиб қолгани ҳамда базал қатламнинг қалинлашгани кузатилади (6.1-расм).

Аэрогематик тўсиқнинг ўтказувчанлик қобилияти ошиши натижасида, интерстицийда суюқлик тўпланганда, эндотелиоцит-

а

б

6.1-расм. Ўпка капиллярлари эндотелиал қопламасининг ва базал мембранасининг ўзгаришларини ултраструктуравий белгилари:
а) эндотелиоцит цитоплазмаси шишган, равшанланган, базал

мембрана қалинлашган ва шишган; б) елкансимон бўртмалар ҳосил бўлган: АБ-алвеолалар бўшлиғи; ЭН-эндотелиал хужайра;КБ-капилляр бўшлиғи; БМ-базал мембрана.
21000 марта катталаштирилган.

ларда, 1-турдаги алвеолоцитларнинг (А1) ҳужайра ичидаги шишлари ривожланади. Ўзгаришлар цитоплазматик ўсимталарни ҳам қамрайди, бу ўсимталарда алвеолаларнинг ички бўшлиғида бўртма ҳосил қилишга қодир бўлган цитоплазма шиши пайдо бўлади.

Ҳозирги кунда микроциркуляция жараёнини ўрганиш ту-файли, сил яллиғланишининг дастлабки ривожланиш босқичида томир тизимининг етакчи аҳамияти аниқланди. Цитокинлар билан рағбатланган эндотелий ҳужайралари, биологик фаол моддаларни – адгезивли молекулалар (селектинлар, интегринлар), турли медиаторлар (арахидон кислотанинг метаболитлари) ва ўсиш омиллари, азот оксид, кислород ва бошқа радикалларни ажратади. Бу моддалар эндотелий ва полиморфядроли лейкоцитларнинг ва яллиғланишнинг бошқа ҳужайра элементларининг ўзаро таъсирини таъминлайди.

Моно- ва полинуклеарлар ажратаётган цитокинлар, эндо-телиал ҳужайралар цитоскелетининг тузилишини ўзгартириб, уларнинг қисқаришига ва капилляр ўтказувчанлигининг ошишига олиб келади. Ўз навбатида, полиморф-ядроли лейкоцитларни қон ташувчи томирлар деворчалари орқали ўтиши, уларнинг шикаст-ланишига ва суюқлик ҳамда плазмали оқсиллар учун ўтка-зувчанликнинг кучайишига сабаб бўлиши мумкин. Адгезивли молекулалар таркиби ёки фаоллигининг ўзгариши эса, яллиғ-ланиш реакциясини янада кучайтирадиган моноцитлар ва лимфоцитларнинг кучли миграцияси (кўчиши) га олиб келади. Нафас аъзоларидаги яллиғланиш, сил микобактерияси киритил-ганига жавобан, респиратор бўлимнинг барча тузилмаларини қамраб олади.

Сил гранулёмалари шаклланаётган ва етилаётган даврда, бошқача айтганда, специфик жараён ривожланишининг иккинчи босқичида, алвеолалараро тўсиқлар тузилмаларида бузилишлар кучая боради. Шиш, ҳужайраларнинг кўпайиши ва интерсти-цийнинг фибриллогенези, респираторли эпителийнинг морфо-функционал ҳолатини, айниқса яллиғланиш реакциясининг фо-куслари яқинида сезиларли ўзгаришларни пайдо қилади. Алвео-лоцитлар ҳаёт фаолиятининг бузилиши аэрогематик тўсиқнинг функционал ҳолатига ва ўпкада газ алмашинувига ёмон таъсир қилади.

Юқорида айтиб ўтилганидек, шиш бор жойда алвеолалараро тўсиқдаги ўзгаришлар билан бир қаторда, алвеоляр эпителийнинг деструктив ўзгаришлари диққатни жалб қилади ва каттагина май-донда кузатилади. Улар алвеолоцитларнинг ҳар иккала турини қамраб олиб, ҳужайралар ичидаги органеллаларнинг бўкиб, бўр-тишига, бу эса, ҳужайра функциясининг бузилишига, сўнгра ҳужайраларнинг ўлишига олиб келади (6.2-расм).

Алвеолалар ичида макрофагал элементлар, полиморф-ядроли лейкоцитлар, шунингдек анча-мунча эритроцитлар, эозинофиллар, емирилган алвеолоцитлар, жумладан, А2 фрагментларини кўрса бўлади, улар капилляр тармоғининг ўтказувчанлигини акс эттиради. Емирилган ҳужайралар орасида фибрин толалар ва конгломератлар ҳам аниқланади.

Ҳаво сақлаган алвеолаларда ҳам алвеолалараро тўсиқ-ларнинг тўқима ва ҳужайра тузилмаларида шиш белгиларини кўриш мумкин. Бундан ташқари, алвеоляр эпителий юзасида пуфаклар ҳосил бўлади, у аэрогематик тўсиқ деструкциясининг дастлабки босқичларини ва таъбир жоиз бўлса, алвеолаларнинг “сув босганини” акс эттиради. Сил яллиғланиши ривожланишининг сўнги босқичида, ўпка терминал бўлимларининг структуравий компонентларида, айниқса ўпка паренхимасининг казеозли-некротик ўчоқлари ёки сил зотилжами фокуслари билан чега-раланган соҳаларида дистрофик ва деструктив ўзгаришлар тобора зўрайиб боради. Микроциркулятор оқим кенг кўламда бузилади.

+он плазмасининг оқсиллари капиллярлар орқали ўтар экан, айланадиган иммун мажмуаларнинг ўпка интерстициясига тушишига ёрдам беради; бу эса интерстицийда ҳам иммунологик,

6.2-расм. а) А2 хужайра цитоплазмасининг шиши, пластинкасимон осмиофил таначаларнинг бўкиши, парчаланиши ва осмиофиллигини йўқотиши. ОПТ-осмиофил пластинкасимон таначалар. 17000 марта катталаштирилган; б) А1 хужайра ичидаги органеллаларни ва атрофдаги интерстицийни бўкиши. 20000 марта катталаштирилган.

ҳам иккиламчи иммунопатологик реакцияларнинг авж олишига олиб боради. Сил патогенезида иккиламчи иммунпатологик реакцияларнинг аҳамияти исботланган. АИМ нинг ўпка ичидаги депозицияси, фагоцитлар тизими бузилишлари, ҳужайралараро алоқадорлигини бошқариб турадиган цитокинлар ишлаб чиқи-шининг бузилишига боғлиқ бўлади.

Ўпканинг ҳаволи паренхимаси кесилганда, юзаси 30% гача камайган, соҳалари рўйи рост шишган алвеолалар, дистелектазга ва ателектазга учраган бўлиб, алвеолаларнинг эмфизематоз кенгайган жойлари билан галма-гал алмашиниб туради. Сил яллиғланиши даволанмаганда, яллиғланишнинг тобора зўрайишига қарамасдан, сил ўчоқларидан ҳоли ўпка паренхимасида компенсатор – тикланиш жараёнлари мавжуд бўлади. Яллиғланишнинг перифокал соҳасида А2 ҳужайраларнинг функционал фаоллиги, асосан, сил жараёни таъсирига жуда сезгир алвеолалар эпителийсининг бутунлигини тутиб туришга, А1 ҳужайралари популяциясининг тикланишига йўналтирилади. Бугунги кунда А2 ҳужайраларнинг регенерация жараёнида респираторли эпителийнинг ҳужайра манбаи сифатида иштирок этиши исботланган. А2 пролиферативф фаоллигининг рўйи рост ошиши, ёнма-ён жойлашган 6-10 ёш алвеолоцитларнинг «ўсиш куртаклари» пайдо бўлиши, ҳужайра ядросининг бир хилда яхши ривожлангани, цитоплазмасида кўпгина митохондрий ва полирибосомлар бўлиши секретор грану-лалар сонининг кам бўлишидан далолат беради. Баъзан бу ҳужай-раларда митоз шаклини кўриш мумкин. А2 нинг А1 га трансформациясини акс эттирадиган оралиқ алвеолоцитлар жуда кам аниқланади. Аъзонинг газ алмашинуви функциясини тутиб туриш, алвеолалар гипертрофияси, ўсиш нуқталарининг шакл-ланиши ва ўпка паренхимасининг узоқ соҳаларида А2 нинг А1 га трансформацияси ҳисобига рўй беради. Шу ернинг ўзида А2 фаол секретор функциясининг ултраструктуравий белгилари ҳам кузатилади.

Бу маълумотлар операцион материалда алвеолалар эпителийсини электрон-микроскопик текшириш натижаларига мос келади. Сил инфекцияси ўчоқлари битаётган беморларда алвеолалар йўлларига ўхшаш аденоматоз тузилмалар шаклланади. Уларни қоплаб турадиган ҳужайралар яккам-дуккам секреторли гранулаларни сақлайдиган А2 ултраструктурасига эга бўлади.

Респиратор эпителийнинг тикланиш жараёнлари, ўтувчан турдаги алвеолоцитларнинг шаклланиши, фақат анча узоқлашган ўпка паренхимасида кузатилади, у ерда “ўсиш куртакларига” мос алвеолоцитларнинг тугунли ўсгани топилади. Шу ернинг ўзида ўпканинг асосий газ алмашинуви функцияси содир бўлади ва аэрогематик тўсиқ ҳужайралари кўп сонли микропиноцитозли везикулалар билан яхши ривожланган ултраструктурага эга бўлади.

Сил яллиғланишининг турли моделларини ўрганиш шуни кўрсатдики, ўпкада яллиғланишнинг ўзига хос ривожланиши бевосита инфекция ўчоқларида респиратор бўлимнинг маълум деструктив ўзгаришларигагина боғлиқ бўлиб қолмасдан, балки бутун ўпка паренхимасини ҳам зарарлайди, у ерда микроцир-куляциянинг бузилгани, алвеолалар тўсиқлари ўтказувчанлигининг ошгани кузатилади (6.3-расм). Яллиғланиш жараёни зўрайганда шиш аломатлари кучая боради, бу эса, алвеолоцитлар, айниқса А1 ҳолатида акс этади. Кўпгина алвеолаларнинг тешиги яллиғ-ланишнинг ҳужайрали элементларидан иборат суюқлик билан қисман ёки бутунлай тўлади. Алвеолалар тўсиқлари гипоксияси ва фиброзли ўзгаришлар

аэрогематик тўсиқнинг газ алмашинуви функциясига таъсир қилиб, нафас етишмовчилиги ривожла-нишига ва тажриба ҳайвонларининг ўлимига сабаб бўлади.

Ўпка макрофагларининг аҳамияти

Организм учун ягона ҳисобланадиган мононуклеар фаго-цитлар тизими ва компоненти ўпка макрофаглари кўмикнинг полипатентли эмбрионал бирламчи хужайрасидан пайдо бўлади.

Эмбрионал бирламчи ҳужайранинг бўлинишида монобласт-лар, промоноцитлар ва моноцитлар пайдо бўлади. Моноцитлар қонда айланиб юради ва қисман ўпканинг интерстициал тўқима-

6.3-расм. Микроциркуляция бузилганининг ултраструктуравий белгилари: алвеолалар тўсиқлари ўтказувчанлигининг ошгани; базал мембрана шиши, парчаланиши; алвеолоцитларнинг базал мембранадан кўчиши ва бўкиши. БМ-базал мембрана. 17000 марта катталаштирилган

сига чиқади; у ерда маълум вақтгача ҳаракатсиз туриши мумкин. Ҳужайраларнинг етилиши учун, мавжуд бўлганда, индукторлар фаоллашади, респиратор ва бронхиал эпителий юзасига ўтади ва у ерда бир нечта ривожланиш босқичидан ўтиб, тегишлича алвеолалар ва бронхиал макрофагларга айланади. Бу ҳужайра-ларнинг асосий вазифаси ютиш, яъни ёт материални фаго-цитоз қилишдир. Макрофаглар организмнинг табиий чидамлилиги омилларидан бири бўлиб, микроблар ва абиоген объектлар билан тўқнашади, яъни ўпкани эпителиал қопламасининг стериллигини бошидан охиригача тутиб туради. Ёт материалнинг кўп қисми, шунингдек емирилган ҳужайра элементларининг фрагментлари, макрофаг (некрофаг, гемосидерофаг) нинг фагосомли вакуолини лизосомалар билан

конъюгациясидан кейин, ўз ичига олган протеолитик ферментлар билан амалда тўлиқ ҳазм бўлади. Ўпка макрофаглари учун нордон фосфатаза, носпецифик эстераза, катепсинлар, А2 фосфолипазаси, шунингдек Кребс цикли ферментлари, хусусан сукцинатдегидрогеназалар миқдорининг юқори бўлиши хос. Айни вақтда, қатор юқумли касалликларнинг қўзғатувчилари аввало M.tuberculosis алвеолалар макрофагларининг цитоплазмасида узоқ вақт персистирлаши мумкин, чунки унда лизосомал ферментлар таъсирига қарши жуда чидамли ҳужайра девори бор. Даволанмаган ҳайвонларда олиб борилган эксперимент моделларда нордон фосфатаза ва бошқа гидролазаларнинг рўйи рост фаоллашишига қарамасдан, алвеолалар макрофагларининг маълум пролиферативфаоллиги ва қўзғатувчининг кичикроқ колониясимон тўпланганини кўриш мумкин.

Ўпка макрофагларининг суст микробиоцид фаоллиги, фагоцитларнинг органспецифик хусусиятларига боғлиқ, чунки улар кислород миқдори кўп бўлган муҳитда ишлайди. Цитоплазмадаги энергетик жараёнлар, асосан, липопротеидларнинг оксидланиб фосфорлаштириши ҳисобига тутиб турилади. Липопротеидларнинг катаболизми, ўпка сурфактанти тизимига кирадиган шу ҳужай-раларнинг асосий вазифаларидан бирига боғлиқ.

Ўпка макрофагларининг суст биоцидлигини аэробли ша-роитларда ишлашга мослашишининг ўзига хос ўзгаруви сифатида қабул қилиш мумкин. Шунинг учун улар ҳам сил микобак-терияларига қарши курашишда полиморфядроли лейкоцитлар ва экссудатнинг моноцитлари (улар яна яллиғланиш макрофаглари, деб аталади) билан бирга иш олиб боради. Патогенетик жиҳатдан, шу нарса муҳимки, сил микобактерияларини тутиб олган ўпка макрофагларининг ҳаммаси ҳам сурфактант дрейфи ва бронхиал секрет билан чиқариб ташланмайди – уларнинг бир қисми интерстицияда ривожланади, бу эса ўзига хос ҳужайраларнинг тўпланиши, яъни гранулёмаларнинг шаклланишига имкон беради.

Тугалланмаган фагоцитоз билан ўпка макрофаглари қон томирларга бой бўлган интерстицийга ўтиб, эндотелийни фаол-лаштирувчи яллиғланиш цитокинларини ишлаб чиқара бошлайди. Эндотелий мембраналарида иммуноглобулинларнинг экспрессияси ошади, уларнинг ёрдамида эса моноцитларнинг танлаб олиш адгезияси амалга оширилади. Бу ҳужайралар қон томир оқимидан чиқиб, яллиғланиш медиаторларини ишлаб чиқарадиган экссудат макрофагларига айланади, ўчоққа нафақат моно-, балки поли-нуклеарларни ҳам жалб қилади.

Айни вақтда, гранулематоз реакциянинг ривожланиши учун сигнал-сенсибилланган Т-лимфоцитлардан – суст гиперсезгир-лик эффекторлари кела бошлайди. Шу ҳужайралар ишлаб чиқара бошлайдиган лимфокинлар ичида гранулёмагенез учун муҳим омиллардан ИЛ2 (интерлейкин-2) лимфокини ҳам бор. У инфекция ўчоғига моноцитларнинг келишини тезлаштиради ва уни шу ерда қолдириб, фагоцитар, секретор ва антигенпрезентация қилишга қодир макрофагларга айланишини бошқаради.

Шуни айтиб ўтиш муҳимки, сил яллиғланишида мононуклеар фагоцитларнинг сил микобактерияларига қарши курашишида ўпкада грануломатоз реакцияни пайдо қилиши, аслида қўзғатувчининг нафас аъзолари ҳужайравий ҳимоя қилиш механизмини бажарадиган мононуклеар фагоцитларнинг етишмаслиги, дейиш мумкин. Шунинг учун макрофаглар тинмай пролиферация (популяция сонини ошириб боришга) ва анча йирик фагоцитларга қиёсланишга мажбур бўлади (протеолизнинг сифатини ошириш учун), оқибатда гигант ҳужайралар ҳосил бўлади. Бу ҳужайраларнинг фагосомаларида, электрон микроскопда, нафақат сил микобактерияларини, балки йирик апоптозли ҳужайралар ҳамда емирилган полиморф ядроли лейкоцитларнинг фрагментларини ҳам кўриш мумкин (6.4-расм).

6.4-расм. Фагоцитозга қодир бўлган мононуклеар макрофаг: цитоплазмасида йирик фагосомалар ва лизосомалар. Катта фагосома ичида сил микобактерияларини ва емирилган ҳужайраларнинг қолдиқлари. Ф-фагосома; Я-ядро. 45000 марта катталаштирилган.

Шундай гигант фагоцитлар протеолитик фаоллигининг ултраструктуравий белгилари (лизосомал аппаратининг ривожла-ниш даражаси) цитоплазма юзасининг бирлигига нисбатан битта ядроли фагоцитлардан унча фарқ қилмайди. Шу муносабат билан,
ўпка макрофаглари сил ўчоқларига катта биоцидликдаги поли-морф-ядроли лейкоцитларни доимий равишда жалб қилиб туради. Лейкоцитларнинг фаоллашиши ҳужайрадан ташқари муҳитга гидролазалар ва оксидантларнинг кўплаб ажралиши билан кечади, бу эса, тўқималарнинг емирилишига, ўчоқ

марказида сузмасимон (казеозли) моддаларнинг шаклланишига олиб келади (6.5-расм).

Айниқса, ўпка силининг ўткир кечаётган турлари бор беморларда рўйи рост метаболик бузилишлар кузатилади; метабо-лик бузилишлар экссудатив ва алтератив яллиғланиш реакция-сининг устунлиги билан кечади. Ўпка силининг зўрайиб борадиган турларини кечиши, одатда кўзга ташланган Т-ҳужайрали иммун-депрессия билан намоён бўлади. Т-ҳужайрали иммунитет депрессияси ва лимфопения, ҳужайралараро таъсирларнинг бузилишига, гранулематоз реакциянинг сусайишига олиб келади.

6.5-расм. Сил гранулёмаси. Казеоз моддалар атрофида лимфоцитлар, эпителиоид хужайралар ва гигант кўп ядроли Пирогов-Лангханс ҳужайраси. 70 марта катталаштирилган

Фаоллашган моноцитлар ва лимфоцитлар танқислиги, мор-фофункционал етишмовчилик билан кечганда, зўрайган апоптоз (ҳужайраларнинг дастурланган ўлими) оқибати бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда цитокинлар мувозанатининг бузилиши иммун тизим нуқсонининг мезони бўлиши эҳтимол. Апоптоз жараёнининг қуйидаги ўзига хос морфологик белгилари бор. Булар: ядро мембранасига яқин жойда хроматин конденсацияси, ядрочанинг парчаланиши, ҳужайрали фрагментлар (апоптоз жисмлар) ҳосил бўлиши ва макрофаглар уларни фагоцитоз қилишидир.

Ўпка макрофаглари муҳим аҳамият касб этиб, ўзига хос фаолияти уларнинг нафақат фагоцитоз, балки кўп сонли цитокинларни ишлаб чиқаришига боғлиқ. Булар эса, силнинг яллиғланиш ўчоғида кечадиган кўпгина ҳужайрадан ташқари реакциялар ва жараёнларни фаоллаштириш ҳамда бошқариш учун керак. Уларнинг ёрдамида мононуклеарлар ўзини янгилайди, диф-ференцировкасини амалга оширади ва специфик жараён ва реге-нерация шароитларида ҳужайралараро алоқадорлик ўрнатилади.

ИЛ1 (интерлейкин-1) ҳужайралараро таъсиротларнинг ўзига хос универсал медиатри ҳисобланади; лимфоцитлар, полиморф-ядроли

лейкоцитлар, фибробластлар, эндотелиоцитлар ва бошқа ҳужайралар унга нишон бўлиб хизмат қилади. Бунда ўпка макрофагларининг секретор функцияси ўз-ўзини бошқариш тамойиллари асосида қурилади, энди, айнан шу битта ҳужайранинг ўзи ҳужайрадан ташқари жараёнларни бошқариш билан бирга, уларнинг таъсирини тўхтатадиган ингибиторларни ҳам ажратади. Секретор макрофаглар ўзининг ултра тузилишига кўра, фагоцитар макрофаглардан жиддий фарқ қилади. Улар камдан-кам фагосома вакуолалари ва иккиламчи лизосомаларга эга, бироқ везикуляр аппарат ва секрециянинг бошқа ултраструктуравий белгилари ривожланган бўлади. Улар, айниқса, гиперфаол секреторли мак-рофагларга тааллуқли эпителиоид ҳужайраларда аниқ кўринади.

Секретор фаол, ултраструктуравий белгиларга эга макро-фаглар меъёрий шароитларда бронхоалвеоляр лаважда кўпи билан 4-8% бўлади. Демак, бу ҳужайралар функцияси метаболизмига боғлиқ бўлиб, жуда кўп биологик фаол моддаларнинг ҳужайрадан ташқари муҳитга ажралиб чиқиши ва синтези, специфик ва носпецифик ҳимоя механизмларининг ҳар қандай бузилишлари, улар сонининг ошишига, юқори секреторлик имкониятига эга бўлган макрофаглар ҳосил бўлишига олиб келади, бу эса эпителиоид ҳужайралардир.

Улар симпластларни шакллантиради ёки ҳужайраларни тугалланмаган митотик бўлиниши натижасида Пирогов-Лангханснинг кўп ядроли ҳужайраси пайдо бўлади (6.6-расм).

6.6-расм. Кўп ядроли юқори секреторлик имкониятига эга Пирогов-Лангханс гигант ҳужайраси. 17000 марта катталаштирлган

Организмнинг чидамлилиги, таъсирни рағбатлантирадиган табиати ва микромуҳит шароитларига қараб, моноцитларнинг фагоцитар, секретор ёки антиген презентация қиладиган фаол-лигини ошириш йўлида трансформация жараёнларининг ўзига хос хусусиятлари бор. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, бронхоал-веоляр лаважда макрофаглар морфофункционал типларининг нисбий фоизли миқдорини ҳисоблаш (макрофагал формуласини аниқлаш), силнинг дифференциал диагностикаси ва ўпканинг бошқа гранулематозларини аниқлаш имконини беради, бинобарин этиотроп даволашнинг самарасини баҳолаш мумкин бўлади.

Ўпка макрофагларининг фаол фагоцитарлиги ва синтез қилаётган сонлари нисбати, сил билан яллиғланган жойда ҳужайра реакцияси табиатини акс эттирибгина қолмай, балки патологик жараён фаоллигининг кўрсаткичи бўлиб хизмат қилиши мумкин. Силда фагоцитознинг тугалланиши муаммоси ҳам долзарблигича қолмоқда. Экспериментал ва клиник тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, фагоцитоз ва қўзғатувчилар ўртасидаги ўзаро таъсир, макрофагнинг функционал ҳолатига ва микроорганизмнинг биологик хусусиятларига боғлиқ бўлади (6.7-расм).

6.7-расм. Сил гранулемасидаги макрофагнинг функционал ҳолатига боғлиқ фагосома (Ф) ичида сил микобактерияларининг ҳар хил ҳолати:
а) сил микобактерияси ўзгармаган ҳолатда;
б) парчаланаётган микобактерия.
45000 марта катталаштирилган

Сурфактант тизими ҳолати

Ўпканинг устки фаол моддаларини экспериментал ва назарий текширишларда эришилган ютуқлар, сурфактант тўғрисидаги, ҳужайра ва ноҳужайра элементларининг кўп компонентли тизими ҳақидаги фикрнинг

тўғри эканини тасдиқлади. Уларнинг тузилиши ва функционал бирлиги нафаснинг меъёрий биомеханикасини таъминлайди (6.8-расм).

6.8-расм. Алвеолада ўпка сурфактантининг тизими. Сурфактант–суюқлик/ҳаво босқичларининг бўлиниш чегарасида ўпка сурфактантининг юпқа қатлами. Гипофаза (алвеолалар эпителийсининг юзасида суюқлик ва унинг ичида сурфактантни панжарасимон осмиофил мембраналарини жойлашиши). 30000 марта катталаштирилган.

Ҳозирги вақтда, ўпка вентиляцияси ва гемодинамикасини қайта кўриб чиқиб, нафақат сурфактант тизимининг ниҳоятда мослашиш имкониятига эга экани тўғрисида, балки сил жараёни-
нинг кўпгина ноқулай омилларига, компонентларнинг рўйи рост сезгирлигидан далолат берувчи далиллар тўпланган; сил жараёни-нинг қўзғатувчиси ўзига хос персистирлашнинг узоққа чўзилиб, шу жараённинг тўлқинсимон кечиши, микроциркулятор оқим-нинг бузилиши билан намоён бўлади. Бунда рўй бераётган ўзгариш-лар, нафақат инфекция ўчоқларининг шаклланиш жойини, балки ўпка паренхимасининг жойлашган, фаол ишлайдиган соҳаларини ҳам ўз ичига олади. Шу муносабат билан сурфактант тизими турли компонентларининг морфофункционал бекаму кўстлигини баҳолаш, нафас функциясининг сурфактантга алоқадор бузилишларини диагностика қилишда ва ўз вақтида тузатишда жуда муҳим.

Экспериментал моделларда ўпканинг специфик фиксация-сини қўллаш йўли билан ўпка сурфактанти деструкциясининг илк белгиларини кузатиш мумкин. Сил яллиғланиши ривожланишининг дастлабки босқичида улар маҳаллий бўлиб, асосан алвеолалар ичида шиш бор жойларда аниқланади. Электрон микроскопда сурфактант мембранасининг ташқи юпқа қатлами кўчишини ва шишли суюқлиқ билан емирилишининг турли босқичларини куза-тиш мумкин. Бу ўзгаришлар силнинг яллиғланиш фокусларида тўла

намоён бўлади, у ерда алвеолалар ичида йиғилган нарсалар тарки-бида емирилган сурфактант материали ҳамма жойдан топилади.

Сил яллиғланиши ривожланганда, нафас аъзоларида бошқача манзара кузатилади, чунки қўзғатувчи сурфактант ҳужайра ичидаги синтез жараёнларига ёмон таъсир кўрсатади. Итларнинг ўпкаларига сил микобактерияларини тўғридан-тўғри киритиш (кўкрак қафасини игна билан тешиб) шуни кўрсатдики, цитоплазматик тармоқ ва митохондрий профиллари дастлабки 15-30 дақиқалардаёқ ўзгариб кетади; бир неча соатдан кейин эса, инфекция киритилган жойда алвеолоцитлар бутунлай емирилади. Устки-фаол моддаларнинг танқислиги тез ривожланиши алвео-лаларнинг пучайишига ва яллиғланишнинг атрофдаги паренхима-ларга зўр бериб тарқалишига олиб келади. Сил ўчоқларига яқин алвеолаларда майда секретор гранулалар кичикроқ ёш А2 ҳужайралар устунлик қилади ёки ҳужайра ичи структуралари вакуолизация белгилари билан йирик ҳужайралар, баъзан бутунлай емирилган цитоплазма билан учрайди. Цитоплазматик тармоқ ва пластинкасимон комплекснинг кенг тарқалган элементлари бўлган алвеолоцитларда гигант осмиофилли пластинкасимон таначалар аниқланади (6.9-расм), бу ҳужайра ичидаги сурфактантнинг алвеолалар юзасига олиб чиқа олмаётганидан далолат беради.

6,9-расм. А2 хужайрасида гигант осмиофил пластинкасимон таначаларни бўкиши. 30000 марта катталаштирилган.

Сил ўчоқларидан ҳоли ўпка паренхимасида ортиқча функ-ционал зўриққан А2 ҳужайралар секретор функциясининг математик модели шуни кўрсатдики, секретор гранулаларнинг ҳажми ва сони зичлигига қарамасдан, популяциянинг заҳира потенциали деярли ўзгармади. Шу нарса

аниқландики, томирнинг жуда юқори ўтказувчанлиги, гипоксия ривожланиши ва алвеолалараро тўсиқчаларнинг фиброзли ўзгаришлари шароитида ОПТ нинг пайдо бўлиши ва етилиш жараёнлари мувозанати ОПТ нинг етилишини бутунлай бузиб юборади. ОПТ нинг тез етилиши, кўпинча, секретор гранулалар таркибида матрикснинг электрон тиниқ моддаси ошишига олиб келади, холбуки уларда сурфактантнинг осмиофил материали миқдори кўп бўлмаслиги мумкин; устки-фаол моддаларнинг пластинкасимон материали мўрт жойлашган, секретор гранулаларнинг фақат 1/3-1/5 ҳажмини эгаллайди. Секрет шаклланиши дастлабки босқичларининг бузилишини А2 ҳужайралари миқдорининг жуда кўпайиб кетиши ва ичидаги ОПТ вакуолизацияси билан тушунтириш мумкин. Бундай ҳужайралар одатда деструкциянинг ултраструктуравий белгиларига эга бўлади (цитоплазматик матрикснинг тиниқлашиши, митохондрий, цитоплазматик тармоқ ва пластинкасимон комплекс каналчаларининг бўкиб, шишиб чиқиши), бу ҳужайра ичидаги сурфактант ишлаб чиқариш жараёнларининг сўнганини кўрсатади.

Шуниси қизиқки, устки-фаол фосфолипидлар синтезининг пасайиши, А2 цитоплазмасида нейтрал липидлар гранулалари пайдо бўлиши билан кечади.

Ўпка сили билан зарарланган экспериментал ҳайвонлар ва одамда липидли алмашинув бузилишини адекват акс эттирувчи кўрсаткичлари, ўпка алвеолаларида ва бронхоалвеолар мате-риалда лаважнинг турли хил етилган макрофаглар ва липофаглар (кўпиксимон ҳужайралар) йиғилиши ҳисобланади. Айни вақтда лаваж суюқлигида нейтрал липидлар миқдори кўпаяди ва шунга яраша умумий фосфолипидлар камаяди.

Нафас аъзолари силининг эксперименти ва клиникасида мембраналарнинг заҳира материал структурасини шакллантириш қобилияти йўқолиши, сурфактант деструкциясининг эрта аломат-ларидан бири ҳисобланади. Унинг ўрнига алвеолалар юзасида, алвеоляр макрофагларнинг фагосомаларида ва бевосита бронхо-алвеоляр лаваж материалида ўзига хос уч ўлчовли тузилиши бўлмаган, ғужанак мембраналар (“гигант қатламли шарлар”) ни кўриш мумкин.

Десквамация бўлган А2 ҳужайраларнинг ювиндида кўп топилиши сурфактант тизими деструктив ўзгаришларининг чуқурлигидан далолат беради. Бу маълумотлар ўпка устки-фаол моддаларининг биокимёвий ва физиккимёвий тадқиқотлари натижаларига мос келади.

Барча аниқланган далилларни ҳисобга олиб, сурфактант тизимининг ҳолатини тавсифлаш учун, ҳозирги кунда бузи-лишнинг учта: кам тарқалган, ривожланган, кўп тарқалган даражаси тафовут қилинади. Кейингиси касалликнинг кенг тар-қалган даражаси деструктив турлари бор беморларда сурфактантга алоқадор нафас етишмаслиги ривожланишида хавфли бўлади.

Силда ўпканинг сурфактант тизимида рўй берадиган бузилишлар асосида ҳаво-қон тўсиғи ўтказувчанлигининг ошишига боғлиқ жараёнлар қуйидагилардан иборат бўлади:

- алвеолалар юзасида сурфактантнинг зарарланиши;
- метаболизмнинг ўзгариши ва А2 нинг зарарланиши;
- алвеолаларда ишланиб бўлган сурфактантни чиқариб юбориш механизмларининг бузилиши.

Айни вақтда, шу нарса ҳам аниқландики, сил яллиғланиши туфайли ўзгарган ўпкада гипертрофияланган А2 нинг сони, асосан специфик фокусдан узоқлашган ўпка паренхимасида ошиши сурфактант тизими функционал қобилиятини тутиб турадиган асосий цитологик механизм ҳисобланади.

Силнинг патоморфози ва унинг Ўзбекистондаги хусусиятлари

Сил патоморфози тушунчаси сил эпидемиологияси, патогенези, клиник-анатомик кўринишларининг ўзгаришларини бирлаштиради ҳамда кўпгина омиллар: экологик, ижтимоий-иқтисодий ва профилактик чора-тадбирлар, касалликни эрта аниқлаш, даволаш, Кох микобактерияларининг ўзгарувчанлиги ва турғунлиги каби омиллар таъсири натижаси ҳисобланади.

Патоморфоз ҳодисалари силнинг, қайси йўл билан келиб чиққанидан қатъий назар, тўқима ўзгаришларидан бошланади, улар касаликнинг клиникаси, эпидемиологияси, тиббий статистикаси ўзгаришларининг шартини белгилайди.

Ҳосил бўладиган тўқимадаги яллиғланишга хос ўзгаришлар сил субстрати ҳисобланади. Бу ўзгаришлар сил микобактериясини касал одамнинг организми билан мураккаб ўзаро таъсир жараёнида ва одам иммун гомеостазининг хусусиятларида мужассамлашган. Шунинг ўзиёқ силга хос яллиғланиш морфологик реакцияларининг ҳар хил турлари, шикастланган аъзоларда жуда катта ўзгаришлар, айниқса жараённинг гоҳ зўрайиб, гоҳ сусайиб кечиши касалликнинг сурункали турга ўтиб кетиши учун шароит яратади. Ҳозирги шароитда ўзига хос паталогоанатомик ўзга-ришларнинг зўр бериб кўпайиб бораётгани, сил патоморфозининг хусусияти ҳисобланади; ўзгаришлар силнинг аниқ турлари типик патологик таснифига тўғри келмайди: сил ареактив сепсисининг ўсиб бориши, иммунпатологик реакциялар ва иммун танқисликнинг ўсиши шундан далолат беради.

Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти ходимлари Ўзбекистондаги қишлоқларда сил бўйича ноқулай эпидемиологик шароит сабабларини ўргандилар. +ишлоқ аҳолиси ижтимоий-гигиеник шароитларининг ўзига хос хусусиятлари, сил билан касалланган кўпчилик беморларда нисбатан моддий-маиший ва яшаш шароитларининг яхши эмаслиги, қишлоқ аҳолисининг сифатли овқатланмаслиги, санитария маданиятининг пастлиги, таълим даражасининг нисбатан пастлиги ва сил билан касалланган қишлоқ ҳўжалиги ҳайвонларига қараш асосий сабаблар ҳисобланади. +ишлоқ аҳолисига диспансер хизмати кўрсатишдаги камчиликлар ва қийинчиликлар ҳам катта аҳамиятга эга. Киши организмининг иммунбиологик ҳолатига ва Ўзбекистонда сил касаллиги

жараёнининг кечишига жамиятнинг тезкор ривожланиши ҳосиласи бўлмиш сон-саноқсиз экологик омиллар, хусусан атроф-муҳитнинг ифлосланиши ва пестицид-ларнинг қишлоқ хўжалигида чекланмаган миқдорда қўлланилиши жуда ёмон таъсир қилди.

Булар, ўз навбатида, ўпка сили билан оғриган беморлар ўртасида ўлимнинг анча кўпайишга олиб келади.

Маълумки, кавакли ва фиброз-кавакли силнинг кўпайиши, ўпка силининг эпидемиологик ҳолати зўрайганини кўрсатади. Ҳозирги шароитда фиброз-кавакли силнинг клиник-анатомик кўринишларида рўй берган жиддий ўзгаришлар туфайли, кавак деворчаларида тез-тез фиброз тўқиманинг эриши, казеозли зотилжамнинг зўр бериб ривожланиши, зўрайиб туриши, шунингдек, кўп сонли йирик парчаланиш бўшлиқларининг шакл-ланиши, ўпка тўқимасида фибрознинг кам акс этиши ҳамда бронхларда диссеминация ва гематоген тарқалиши хос бўлиб қолди (6.10-расм).

Ҳозирги кунда тарқалган силни тушунтириб беришда катта қийинчиликлар туғилмоқда; бунда жараён зўрайиб кетиб, сил ўчоқларининг бир-бирига қўшилиши, парчаланиши натижасида перифокал яллиғланишлар ривожланиши ва шаклланиб бўлган деворда, кўплаб парчаланиш бўшлиқларининг шаклланиши, фиброз-кавакли интерстециал фиброзда ва иккала ўпкада сим-метрик жойлашган йирик-майда ўчоқли ўзгаришлар кўрини-шидаги силга хос манзара бўлади. Сил яллиғланиши морфологик реакцияларининг турлилиги, зарарланган аъзоларда жуда катта ҳар хил ўзгаришлар, айниқса жараённинг гоҳ зўрайиши, гоҳ сусайиши касалликнинг сурункали кечиши учун шароит яратади.

Кейинги йилларда, клиникада вақтида аниқланмаган гематоген сил ва сил сепсиси кўп учрамоқда, гематоген силнинг бундай турлари кўп тарқалган ареактив сил сепсисидан иборат; сепсис патогенезида бир томондан, микобактерияларнинг қон оқимига кўплаб тушиши, иккинчи томондан, ҳужайра иммунитети жуда пасайиб кетиши натижасида организм чидамлилигининг ниҳоятда сусайиб кетиши сабаб бўлмоқда. Сил сепсисидан ўлган беморларнинг аутопсиясида ўпкалар, лимфа тугунлари, жигар, буйраклар, қора талоқ, суяк кўмигида кўп сонли милиар некротик бўртмачалар топилади, казеозли некрознинг йирик ва қўшилган ўчоқлари бўлиши мумкин (6.11-расм). Гистологик текширишда тарқалиб кетган казеозли некроз ўчоқлар атрофида ҳеч қандай ҳужайра реакцияси йўқ. Бактериоскопик текширишда пре-паратларни Цил-Нилсен бўйича бўяшда некроз ўчоқларда кўп сонли сил микобактериялари аниқланади.

6.10-расм. а) Ўнг ўпка юқори бўлимининг гистотопограммаси, кўп кавакли сил, кавак деворида парчаланиш ва гигант кавак шаклланиши; б) Кўп кавакли ўпка сили – яллиғланишнинг бутун бўлимга тарқалиши

6.11- расм. Миллиар ўпка сили

Шунингдек инфилтратив сил (казеозли зотилжам) нинг тобора кучайиб бораётган турларининг жуда ўсганини айтиб ўтиш керак. Бу ерда казеозли зотилжам ўпка сили билан касалланган беморларнинг, кўпинча терминал даврини оғирлаштирмоқда. Бунда силнинг шу тури ривожланишида иммунитетни пасайтирадиган хавф омиллари катта аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда казеозли зотилжам, аввалги йиллардаги казеозли зотилжамдан катта фарқ қилмоқда. Некроз ўчоқлари кенгайиб, парчаланишнинг ўткир бўшлиқлари шаклланмоқда; бўшлиқ деворчалари илгаригидек уч қатлам тузилишда эмас (6.12-расм). Бундай морфологик ўзгаришлар ҳам жарроҳлик, ҳам секцияли материалларда, силнинг

зўрайишида яхши маълум бўлган инфилтратив силнинг патологоанатомик таснифига мос келмаяпти. Сил бўйича экологик вазият МДҲ мамлакатларида, жумладан, Ўзбекистонда ҳам анча оғир. Ўзига хос антибактериал препаратларга (микобактерияларнинг поли- ва мултирезистент турлари) турғун бўлган сил микобактерияларини ажратадиган беморлар сони кундан-кунга кўпайиб бормоқда.

6.12-расм. Ўпкада казеозли зотилжамнинг тез ривожланиши, тўқиманинг парчаланиши ва парчаланиш бўшлиқларининг шаклланиши, деворининг тузилиши бутунлай инфилтратив силнинг тафсифига мос келмаслиги (умуман қўшувчи тўқима ва специфик гранулема тўқимасининг ёғлилиги ва парчаланишнинг атрофга чегарасиз тарқалиши)

Хулоса қилиб айтганда, турғун, ўткир кечаётган силнинг клиник ва морфологик патоморфози белгилари морфологик кўриниши бўйича антибактериал даврга бўлган сил жараёнини эслатади.

7 БОБ

ИММУНОЛОГИЯ ВА ИММУНГЕНЕТИКА

СИЛДА ИММУН ҲОЛАТ

Организмда иммунологик вазифани (ҳимояланиш) махсус иммун тизим амалга оширади. Иммун тизим ҳам юрак қон-томир, ошқозон-ичак тизимлари сингари алоҳида тизимдир.

Иммун тизим патологик ҳолатлар, айниқса инфекцион касалликлар ривожланиши жараёнига таъсир кўрсатади ва бундан ички аъзолар қанчалик зарарланса, иммун тизим ҳам шунчалик зарарланади.

Сил микобактериясидан инфицирланишда касалликнинг ривожланишида ёки унинг бирор бир клиник белгилар бермасдан ўтиб кетишида иммун тизимнинг ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Сил микобактериялари билан инфицирланиб улгурмаган ёки БЦЖ вакцинацияси ўтказилмаганларда, СМБ организмда полинуклеарлар ва фагоцитлар билан учрашади ҳамда ёт бўлгани учун фагоцитозланади, яъни йўқ қилинади. Бу жараён жуда мураккаб кечади. Дастлаб макрофаглар ҳужайра мембранасига микобактерияларни бириктириб, ўраб олади (инвагинация) ва шу вақтнинг ўзида фагосома ҳосил бўлади. Фагосома, лизосома билан аралашиб, фаголизосомага айланади ва шу ферментлар таъсирида СМБ парчаланиб кетади. Макрофагларнинг ҳимоя қобилияти макроорганизмнинг ҳолатига, ёши, жинси, ирсий ҳолати ва микобактерияларнинг вирулентлигига боғлиқ. Макрофаг билан ўралган СМБ, юқори вирулентлик бўлса, ўз ҳаёт фаолиятини сақлаб қолади ва кўпая бошлайди. Натижада макрофаг емирилади, СМБ ҳужайрадан ташқарида бўлиб қолади ва кейинги тақдири организмнинг макрофагни фаоллаштириш қобилиятига боғлиқ бўлади.

Организмнинг сил инфекциясига қаршилик кўрсатишида орттирилган ҳужайра иммунитети муҳим ўрин тутади. Бунинг асосида макрофагларни фаоллаштириш ва уларнинг Т-лимфоцитларга самарали таъсири ётади. СМБни фагоцитлаган, емирган макрофаглар, ҳужайра ташқарисига Ја-оқсил билан бириккан микобактерия парчаларини ва Т-лимфоцитларни фаоллаштирадиган ферментлар-медиаторларни (интерлейкин-1) чиқаради. Ўз навбатида Т-лимфоцитлар, медиаторлар-лимфо-кинларни (интерлейкин-2) ажратади, булар макрофаглар ҳарака-тини (миграция) ва уларнинг СМБга қарши ферментатив фао-лиятини фаоллаштиради.

Макрофаглар ажратадиган медиаторлар эса, ўз навбатида, иммунглобулинлар синтезига жавобгар В-лимфоцитларни фаол-лаштиради. Аммо, қонда у ёки бу иммунглобулинларнинг тўпланиши иммун жавобни рағбатлантирмайди, кучайтирмайди. Макрофагларнинг ферментатив фаоллиги ошганда яллиғланиш реакциясининг юзага келишига, томирлар ўтказувчанлигининг ошишига, сусайган типдаги ўта сезувчанлиги – СТЎС ва тубер-кулинга мусбат реакциянинг пайдо бўлишига олиб келадиган моддалар ажратади. Т-лимфоцитлар орасида макрофагларнинг иммун жавобида муҳим вазифани бажарувчи алоҳида-алоҳида ҳужайралар тўпламлари мавжуд. Улардан Т-хелперлар макро-фагни фаоллаштиради, Т-супрессорлар макрофаглар фаолиятини пасайтиради. Иммун лимфоцитлардан Т-киллерлар, макрофаглар билан биргаликда силга қарши ҳужайравий иммунитетнинг асоси бўлган СТЎСнинг ривожланишини таъминлайди. Амалиётда СТЎСни аниқлаш учун туберкулин синамаси қўлланилади.

Силдан ҳимояланишда табиий чидамлиликни таъминловчи гуморал омиллар (лизоцим комплиментлар, пропердин, интер-феррон в ҳ.к.) ҳам

маълум аҳамият касб этади ва ҳали иммун тизимида физиологик танқислик мавжуд чақалоқлар учун жуда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Микобактериядан бирламчи зарарланганларда БЦЖ вак-цинациясида иммунитетнинг шаклланиши, микобактерияларнинг кўпайиши ва специфик яллиғланиш жараёнининг ривожланиши билан бир вақтда юзага келади. Иммун ҳимоя кучи ошгани сайин, микобактерияларнинг кўпайиши сусаяди ва улардан юзага келган яллиғланиш жараёнлари пасаяди. Аллергик реакция, яъни СТЎС бирламчи зарарлангандан ёки вакцинациядан кейин 2-3 ҳафтада аниқланади, тўлиқ ривожланган иммунитет 8 ҳафтада шаклланади.

Иммун реакциянинг шаклланиши микобактерия компо-нентлари таъсирида юзага келади. Микобактериялар вирулент-лигини аниқловчи Корд-фактор фаголизосом ҳосил бўлишини ва микобактериялар лизисини пасайтириб юборади. Микобактериялар кўп миқдорда организмда йиғилиб, кўпая бошлаганда, Т-супрессорлар сони ҳам ошади, Т-хелперларнинг иммунологик фаоллиги ва СТЎС ўта пасаяди, бу ҳолат сил жараёнининг ривожланишига, некротик гранулёманинг шаклланишига олиб келади. Микобактериялар нисбатан кам миқдорда тўқималарда тўпланса, экссудатив-продуктив ёки продуктив гранулёмалар ҳосил бўлади. Гранулёмаларнинг шаклланишини, организмнинг силга қарши инфекциясига ҳосил бўлган иммунологик реакцияси, деб қаралади.

БЦЖ вакцинациясидан иммунитет ҳосил бўлганларда вакцинация қилинмаганларга қараганда, СМБ кирган жойда макрофаглар ҳаракати тез, микобактерияларга қарши кучи юқори бўлади.

Иккиламчи силда бирламчи зарарланганда ҳосил бўлган иммунитетнинг давоми, яъни орттирилган иммунитет харак-терлидир ва унинг ривожланганлик даражаси силнинг пайдо бўлиши ва клиник кечишини белгилайди. Иммун ҳолатнинг давомийлигини бирламчи ривожланган ва тузалиб кетган сил ўчоқларида қолган типик ёки L- шаклидаги микобактериялар тутиб туради.

Иккиламчи силни тузалиб битган бирламчи сил ўчоқларида сақланиб қолган (эндоген қайталаниш) ёки қайта ҳаво-томчи йўли билан организмга тушган (экзоген суперинфекция) микобак-териялар кўплаб аъзоларни зарарлайди. Иккиламчи силда ҳам иммун жавоб ҳолати макрофагларга боғлиқ бўлиб, улар Т-лимфоцитлар билан биргаликда сил жараёнининг авж олиб, тарқалиб кетишига қаршилик кўрсатади. Иккиламчи силда инфекцион жараён макрофаглар емирилиши оқибатида тўқималар яллиғланиши ва некрози билан кечади. Некрозда қон томирлар зарарланишидан лимфоцитлар ва макрофаглар ўчоқдаги мико-бактерияларга бора олмайди, натижада казеоз сўрилмайди, микобактериялар фагоцитозга учрамайди.

Орттирилган иммунитет, лимфа тизими касалликларида, ҳомиладорликда, очликда, иммундепрессантлар қабул қилганда, ичкиликбозлар, наркоманлар, рак, қандли диабет беморларда пасайиб кетади. Таъкидлаш жоизки, микобактерияларга қарши иммун тизимнинг жавобига ирсий омиллар ҳам таъсир кўрсатади. Сил билан касалланишда генотипда у

ёки бу HLA –антигенлари (HLA – одам лейкоцитар антигени) борлиги билан боғлиқлиги тасдиқланган. Улар макрофаглар, Т- ва В-лимфоцитлар функционал фаоллигига таъсир кўрсатиш билан сил жараёнининг ривожланишини пасайтиради.

Хуллас, сил касаллигида бошқа аъзо ва тизимларнинг зарарланиши билан бир қаторда иммун тизим ҳам оғир ўзгаришларга учрайди. Бунга кўпинча сил билан бирга кечаётган касалликлар ҳам сабаб бўлади ва иммун танқислик аксарият ҳолларда ўта чуқурлашиб кетади. Натижада сил касаллигини даволашда антибактериал дорилар етарли даражада самара кўрсата олмайди. Ана шунда зарарланган аъзолар фаолиятини тиклаш, морфологик ўзгаришларни яхшилаш, организмнинг умумий гомеостазини тиклаш мақсадида этиотроп дорилар билан бир қаторда, патогенетик давога ҳам эҳтиёж ошади.

Сил касаллигида иммун тизим фаолиятини яхшилаш учун специфик ва носпецифик иммунмодуляторлар қўлланилади. Специфик иммунмодуляторлар сифатида туберкулин, вакцина БЦЖ қўлланилади. Булар фагоцитозни кучайтиради, зарарланган соҳада лимфа ва қон айланишини яхшилайди, репарация (битиш) жараёнларини тезлаштиради. Кейинги йилларда, тиббиётда янги йўналиш – «иммункоррекция» яратилди. Иммункоррекцияловчи препаратлар орасида муҳим ўринда тимусдан ажратиб олинган фаол моддалар (тималин, тимозин, тимин, Т-активин ва ҳ.к.), суяк кўмигидан олинган – миелопид каби дорилар туради. Булар зарарланган тўқимада битиш-тикланиш жараёнларини тезлашти-ради, жароҳатнинг казеоздан тозаланишига ёрдам беради.

Хулоса ўрнида таъкидлаш жоизки, сил касаллигининг юқиши, кечиши, давоси билан боғлиқ бўлган ҳолатларни, муаммоларни иммун тизимда рўй бераётган ўзгаришларни ҳисобга олмасдан ечишнинг, тугатишнинг иложи йўқ.

Патологик анатомияси

Микобактериялар билан зарарланган тўқимада экссудатив ва гранулёматоз реакция бошланади. Организм касаллик қўзға-тувчисига ўта сезгир бўлсаю, етарли даражада унга қаршилик кўрсата олмаса, бирламчи сузмасимон некроз ўчоғи пайдо бўлиши мумкин. Томирларда бошланадиган экссудатив реакция ҳар жой — ҳар жойда ёки ҳамма жойда фибрин, лейкоцитлар, баъзан эритроцитларнинг томир деворидан чиқиши билан таърифланади ва бундай қараганда, турли инфекцияларда ҳам кўриладиган одатдаги экссудатив жараёнлардан ҳеч бир фарқ қилмайди. Бундай экссудатлар ҳам, худди носпецифик экссудатлар сингари, сўрилиб кетиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда эса экссудат қайси тўқимада ҳосил бўлса, ўша тўқима сузмасимон некрозга учрайдики, шу нарса сил учун характерлидир.

Гранулёматоз реакция, инфекцион гранулёмадан иборат бўлиб, сил дўмбоқчаси пайдо бўлиши билан давом этиб боради. Катталиги жиҳатидан

олганда бу гранулёма тариқ донидек келади, унинг «милиар дўмбоқча» деган номи ҳам шундан олинган. Бу дўмбоқчанинг тузилишида уч хил ҳужайралар — эпителиоид, лимфоид ҳужайралар ва Пирогов — Лангханснинг кўп ядроли улкан ҳужайралари иштирок этади. Дўмбоқчанинг асосий қисмини, унинг ўртасидан жой оладиган эпителиоид ҳужайралар ташкил этади. Буларнинг орасида Пирогов — Лангханснинг улкан ҳужайралари кўзга ташланиши мумкин. Дўмбоқчанинг четларида лимфоид хужайралар жойланган бўлади. Тўқималарнинг сил микобактерияларига кўрсатадиган ҳар хил реакциялари касаллик қўзғатувчиси ёки макроорганизмнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб қолмасдан, балки ўша аъзонинг тузилишига ҳам боғлиқдир. Чунончи, ўпка сили ҳамиша экссудатив жараён тариқасида бошланади, ўша беморнинг талоғи, буйраклари, терисида эса гранулёматоз ўзгаришлар рўй беради. Сероз пардалар, мия пардалари ва синовиал пардалари ҳам экссудатив реакция кўрсатиш хусусиятига эгадир.

Сил касаллигининг ўзига хос хусусияти шуки, у пировардида сузмасимон некроз ҳосил бўлиш билан кечади. Бу некроз табиатан яллиғланишга алоқадор элементлар (дўмбоқча ёки экссудат) гагина эмас, балки касаллик жараёни авж олиб бораётган тўқимага ҳам ўтади. Некроз натижасида ҳосил бўлган сузмасимон моддалар тез кунда сўрилавермайди. Бу нарса, амалда уларнинг суви қочиб, зичлашиб қолишига олиб келади. Уларда кўпинча оҳак тузлари тўпланиб боради, сил ўчоғининг петрификация ўчоғи деб шуни айтилади. +уриб, қаттиқ бўлиб қолган ёки бўрга айланган ана шундай моддада касаллик қўзғатувчиси неча йиллар давомида сақланиб туриши мумкин. Сил ўчоғи нимадан иборат бўлишидан қатъий назар, яъни у дўмбоқча бўладими, некроз бўладими, экссудат бўладими, барибир, унинг атрофида кейинчалик ҳамиша фиброз-чандиқ кўринишида капсула ҳосил бўлиб боради. Касаллик ўчоғи, ҳам специфик грануляцион тўқима ҳисобига, ҳам носпецифик грануляция ҳисобига шу тариқа капсула билан ўралади. Биринчи ҳолда капсула тўқимаси, яъни чегара тўқима сил дўмбоғи периферик қисмининг ўзгаришидан ҳосил бўлади. Иккинчи ҳолда эса, капсула ҳосил бўлиши одатдаги чандиқланиш жараёнидан иборат бўлади. Гранулёматоз-чандиқланиш жараён-лари баъзи ҳолларда, биринчи ўринга ўтиб, жараённинг спе-цификлигини ниқоблаб қўяди. Гранулёматоз ва чандиқ тўқима, баъзан шу қадар кўп ўсиб, катталашиб кетадики, жараённи ўсма касаллиги деб ўйлаш мумкин. Ўсмага ўхшаб кетадиган ана шундай сил ичак, хиқилдоқ, бурун, бадан терисида, айниқса, кўп куза-тилади.

Сил, организмда ҳар хил йўл билан яъни, лимфа ва қон томирлар орқали, бир-бирига тақалиб турадиган аъзолар орқали (масалан, умуртқа поғонасидан плеврага) тарқалиши мумкин. Жараённинг аъзолардаги каналлар орқали тарқалиши, яъни интраканаликуляр йўл кўринарли ўринда туради, масалан, касаллик бронхиал дарахт бўйлаб, буйрак каналчалари бўйлаб тарқалиши, сийдик йўлларидан қовуққа ўтиши мумкин. Шуниси борки, сил жараёни бунда физиологик секретлар оқими бўйлаб тарқалиб боради. Бу касалликда аксари бутун бир тизим зарарланади. Масалан, сил

фақат мезодермал (урогенитал тизимни зарарлай-диган), энтодермал (ўпка, ҳиқилдоқ, ичакни зарарлайдиган) ёки мезенхимал (суяклар, сероз пардалар зарарланадиган) бўлиши мумкин. Мана шу тизимлар зарарланишда, баъзан ўзига хос бир нав рақобат ҳам қилади.

III БЎЛИМ

ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ

8 БОБ

КЛИНИК ТЕКШИРИШ АСОСЛАРИ

Шикоят ва анамнезни ўрганиш

Ўпка силига хос бўлган клиник симптомлар серқиррали бўлиб, кўп касалликлар ниқоби остида кечади. Экологик ўзгаришлар, киши организмига ҳар хил вакцина, зардоб, антибиотик дорилар юбориш ва организмга юққан сил қўзғатувчиси хусусиятларининг ўзгариши, сил патоморфозига кескин таъсир қилмоқда.

Касалдан сўраб-суриштириш, уни физик усулларни қўллаб текшириш (кўриш, тукиллатиш, эшитиб кўриш ва ҳ.к.), нафас олиш аъзолари силига тахмин қилиш имконият беради. Силни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун текширишнинг махсус усулларидан фойдаланиш зарур.

Сил касалини аниқлаш, уни бошқа касаллардан фарқлаш ва касалликнинг кечишига баҳо бериш учун, микробиологик усуллар, туберкулин диагностикаси ва ички аъзоларни кўриб текшириш усулларидан (рентгенологик усулларнинг ҳаммаси, фиброброн-хоскопия, сканерлаш, ядро-магнит ва ултратовуш тулқинлари ёрдамида текшириш) фойдаланилади. Бу усуллар фтизиатриянинг махсус, асосий ва ҳал қилувчи усулларидан ҳисобланади. Баъзида юқорида кўрсатилган текширишлар диагнозни асослашга етарли бўлмайди. Бундай ҳолларда жарроҳликка асосланган инвазив усул қўлланилади. Бунинг асосий мақсади диагнозни асослаш бўлиб, цитологик, гистологик ва микробиологик усулда текшириш учун биопсия материалини олишдир.

Анамнезни ўрганиш. Ўпка силига дучор бўлган беморлар касаликнинг бошланғич даврида ўзларини субъектив жиҳатдан соғ, деб ҳисоблайдилар ва кўпинча шикоят қилмайдилар. Баъзида ўпка тўқимасининг кўп қисми махсус яллиғланиб, жараён ичида еми-рилиш пайдо бўлганда ҳам,

сил флюорографик ёки рентгенологик усулда тасодифий равишда аниқланиши мумкин. Силнинг бундай кечиши белгиларсиз (яширин) кечиш деб юритилади. Лекин, бундай ҳолларда ҳам бемордан синчиклаб сўраб-суриштирилса, баъзи касаллик белгилари борлигини аниқлаш мумкин.

Шикоятлар ҳар хил бўлади. Ҳолсизланиш, чарчаш, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўп терлаш, йўталиш, нафас сиқилиши, қон тупуриш, кўкрак қафасида оғриқ сезиш, ўпка силига дучор бўлган касалларга хос шикоятлар ҳисобланади. Кўпинча беморларни ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, кўп терлаш, субфебрил ҳарорат ва йўтал безовта қилади.

Ўпка силининг бошланиши асосан белгиларсиз ёки секин-аста ва баъзи ҳолларда ўткир бўлиши ҳам мумкин. Катталарга нисбатан болаларда сил бошланиши умумий юқумли касаллик-ларга хос заҳарланиш белгиларини эслатади. Катталарда эса ўпка хасталиги белгилари кўпроқ устунлик қилади. Кўпинча, сил грипп ва зотилжамга ўхшаб кечади, бунинг устига таъсир доираси кенг спектрли антибиотик дориларни қўллаб даволанса, беморнинг умумий аҳволи анча яхшиланиши ҳам мумкин. Бундай беморларда касалликнинг кейинги кечиши, одатда, тўлқинсимон бўлиб, касалликнинг хуруж даври сўниш билан алмашиниб туриши кузатилади.

Ўпкадан бошқа аъзолар силида унинг умумий белгиларидан ташқари, касалликнинг маҳаллий белгилари ҳам намоён бўлади. Сил менингитида беморлар бош оғриғини, кекирдак силида томоқ оғриғи ва овоз бўғилишини, суяк ва бўғимлар силида тез чарчаб қолишни ва ҳаракатнинг чегараланганлигини (сиқиқлиги), қовуқ ва сийдик йўллари силида сийдик ажратиш жараёнининг бузи-лишини, жинсий аъзолар силида қориннинг пастки қисмида оғриқ сезиш ва хайз циклининг бузилишини, чарви-лимфа тугунлари ва ичак силида қоринда оғриқ ва меъда-ичак фаолиятининг бузилишини қайд этадилар. Лекин, кўпинча сил, ўпкадан бошқа аъзоларда жойлашганда, айниқса, унинг бошланиш даврида, касаллик белгиларисиз кечиши ва бемор шикоят қилмаслиги мумкин. Шунинг учун касалликни аниқлашда текширишнинг махсус усуллари қўлланилади.

Касаллик анамнезини бемордан сўраётганда, у қандай усул билан топилганлигини аниқлаш зарур: қандайдир шикоятлари бўлгани учун врачга мурожаат қилиш натижасидами ёки флюорография кўригидан ўтган вақтдами? Касалдан унинг умумий аҳволи қачондан бошлаб ёмонлашганини, илгари қандай касалликлар, операция ёки жароҳатлар ўтказганини сўраб-суриштириш керак. Айниқса, силни грипп, зотилжам, ревматизм, терлама (тиф) каби касалликларнинг клиник белгиларига ўхшаб кечишига ва силнинг плеврит, лимфаденит, тугунчали эритема кўринишида бўлишига алоҳида аҳамият бериш зарур. Беморда силнинг қўзишига сабаб бўлувчи (қандли диабет, силикоз, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси, ичкиликбозлик, гиёҳвандлик каби) касаллар бор ёки йўқлигини аниқлаш ҳам катта аҳамиятга эга.

Беморнинг яшаш жойи (шаҳар, қишлоқ), унинг мутахас-сислиги, иш ва ижтимоий шароити, маданияти тўғрисида маълумот олиш ҳам аҳамиятга эга. Болалар ва ўсмирларни сўраб-суриш-тирганда силга қарши ўтказилган эмлаш, туберкулин синамасининг натижалари тўғрисидаги маълумотларни аниқлаш керак. Бемор оила аъзоларининг соғлиғини, уйида, ўқиш ва иш жойида сил касаллар билан мулоқатда бўлиш эҳтимоли борлигини, унинг даврини, сил билан касалланган уй ҳайвонлари мавжуд-лигини аниқлаш зарур.

Кўздан кечириш. Ривожланиб борувчи сил билан хас-таланган беморларнинг ташқи кўриниши фақат тиббиёт китоб-ларидагина эмас, ҳатто бадиий адабиётларда ҳам батафсил ёзилган, бу habitus phtisicus (сил бўлган беморнинг ташқи кўриниши) номини олган. Бу, одатда, териси ўта рангпар, қуруқ ва юзи ажиндор, кўкрак қафаси торайган, узун, қовурға оралари кенгай-ган, тўш ости бурчаги ўткирлашган, кураклари кўкрак қафасидан бўртиб турувчи (қанотсимон), озиб кетган бемор.

Касалликнинг бошланғич босқичида беморлар кўздан кечи-рилаётганда, кўпинча, патологик ўзгариш аниқланмайди. Шунга қарамай, беморни кўздан кечириш тўлиқ ҳолда ўтказилиши шарт. Бунда беморнинг жисмоний ривожланишига, тери ва шиллиқ қаватларининг рангига аҳамият бериш керак. Беморнинг кўкрак қафаси кўздан кечирилаётганда, ўмров суяги устки чуқур-чаларининг яққоллигини, кўкрак қафасининг ўнг ва чап томонлари симметриклигини ва нафас олиш, чиқариш вақтида унинг ҳара-катланишини, қорин ва ёрдамчи мускулларининг нафас олишдаги иштирокини таққослаб кўрилади. +овурғалар оралиғининг кен-гайганига ёки торайганига, операциядан сўнгги чандиқ мавжуд-лигига аҳамият берилади. +ўл ва оёқларни кўздан кечираётган вақтда, бармоқларнинг охирги суякчаларида ноғора таёқчалари ва тирноқларда соат ойнасига ўхшаш ўзгаришлар борлигига аҳамият берилади. Болалар, ўсмирлар ва ёшларда елка соҳаси терисини кўздан кечириб БЦЖ вакцинаси билан эмлангандан кейинги чандиқча бор ёки йўқлиги аниқланади.

Физикал текшириш усуллари

Пайпаслаш (палпация). Терининг қуруқлиги, намлиги, унинг таранглиги, тери ости ёғ қаватининг ривожланганлиги ушбу усул ёрдамида аниқланади. Бўйин, қўлтиқ ва човдаги лимфа тугунлари яхшилаб пайпаслаб кўрилади. Ўпканинг ўткир яллиғланган касал-ликларида плевра пардалари ҳам яллиғланган бўлса, пайпаслаш вақтида, кўпинча, кўкрак қафаси мускулларида оғриқ мавжудлиги аниқланади. Силнинг сурункали хиллари билан касалланган беморларда ва оғир операциядан кейин елка-билак мускул-ларининг қуришиб қолганини (атрофия) аниқлаш мумкин. Кекир-дакнинг жойлашишини пайпаслаб, кўкс оралиғида жойлашган аъзоларнинг у ёки бу томонга сурилганлиги аниқланади (Рубинштейн белгиси).

Ўпкаси сил бўлган касалларда овоз тебраниши кучайиши ёки пасайиши мумкин. Ўпканинг яллиғланиши натижасида ўпка тўқималари зичлашади, шунинг учун бундай ҳолларда овоз титраши кучаяди. Ўчоқли, яллиғланган, чандиқли ва катта кавакли ўпка силида, плевра бўшлиғига сув ёки ҳаво тўпланганда, плевра қалинлашганда, нафас йўллари беркилиб қолганда, овоз титраши пасаяди, ҳатто баъзида йўқолади (аниқланмайди).

Перкуссия. Бу усул ёрдамида кўкрак қафасидаги ва ўпкадаги нисбатан катта ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширишнинг жорий этилиши натижасида тукуллатиб текши-ришнинг аҳамияти камайди. Аммо бу усул, спонтан пневмоторакс (плевра бўшлиғига ҳаво йиғилиши), зардобли плеврит, ўпка ателектазида юз берадиган ўзгаришларни аниқлашда асосий аҳамиятга эга. Тукиллатиб текшириш натижасида аниқланган бўғиқ товуш, клиник ҳолатни тезда баҳолашга ва зарур бўлган бошқа текшириш чораларини кўришга имконият беради.

Аускултация. Баъзи бир нафас аъзоларининг касалликлари, шу жумладан, силда ҳам нафас характерининг ўзгариши ва ўпкада қўшимча хириллашларсиз кечиши мумкин. Шунга қарамасдан эшитиб кўриш ўз аҳамиятини йўқотмаган. Нафаснинг суст эшитилиши плевритга, плевра пардаларининг ёпишиб кетишига ва пневмотораксга хос. Дағал ёки бронхиал нафас товуши ўпка тўқимасида яллиғланиш бўлганида эшитилади, ўпкада кенг бронхга очилган катта кавак бўлса, амфорик нафас эшитилади.

Кўпинча рентгенологик ва бронхоскопик ва бошқа усуллар билан аниқлаб бўлмайдиган ўпкадаги патологик жараёнларни аниқлашда, эшитиб текшириш катта аҳамиятга эга. Бунда ўпканинг ҳар хил хириллашлари ва плевра пардаларининг ишқаланиши, шовқини эшитилиши мумкин. Ўпканинг айрим, чегараланган қисмида майда пуфакчали нам хириллашнинг эшитилиши ўпка тўқимасида ириш бошланганлигини кўрсатади. Ўртача ва йирик пуфакчали хириллашни яхши эшитмоқ учун бемордан чуқур нафас олгандан сўнг нафасни чиқариб, бир оздан кейин йўталиб, кейин яна чуқур нафас олишни илтимос қилиш керак. Чуқур нафас олишнинг энг юқори даврида хириллаш яхши эшитилади. +уруқ хириллашлар бронхитда (нафас йўлларида яллиғланиш бўлганида), хуштак товушига ўхшаш хириллашлар бронхит, бронх девор-ларининг сиқилиши (бронхоспазм) билан кечганида эшитилади. +уруқ плеврит бўлганда плевра пардаларининг ишқаланиш шовқини, перикардитда (юрак пардасининг яллиғланиши) перикард ишқаланиши шовқини эшитилади.

9 БОБ

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

КЛИНИК-БИОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛЛАР

Сил касаллигида қонда рўй берадиган ўзгаришлар, кўпинча, носпецифик бўлишига қарамай, касалликнинг кечиши ҳақида қимматли маълумот беради. Силни чегараланган ва фаол бўлмаган турларида эритроцитлар сони меъёрда бўлиб, гипохромия кузатилади. Массив яллиғланиш ёки казеозли зотилжам ҳамда тарқалган казеозли лимфаденитда, ичаклар специфик яллиғланиши ҳамда ўпкадан ёки жарроҳлик муолажасидан сўнг кўп қон оққанда эритропения, микроцитоз, олигохромазия, полихромазия пайдо бўлади. Микроцитоз ва пойкилоцитоз эса кам учрайди. Бу, асосан рўйи рост анемияда кузатилади. Ретикулоцитлар сони эса силни компенсацияланган босқичида 0,1-0,6%, субконпенсацияланган босқичида 0,6-1,0% ва декомпенсацияланган босқичида эса 1% ни ташкил этади.

Сил касаллигида қонда асосан унча катта бўлмаган лейкоцитоз (15000 гача) кузатилади. Айрим ҳолларда эса лейкопения ҳам бўлиб, чегараланган ва енгил кечувчи турларида 2-7 % ни, деструктив ва зўрайган турларида 12.5 % ни ташкил қилади. Касалликда, асосан, ўзгаришлар лейкоцитар формулада рўй бериб, нисбий ёки мутлақ нейтрофилёз ўзгаришлар кузатилади. Лейкоцитар формула қисман чапга, яъни промиелицитларгача сурилади. Асорат бўлмаган ҳолларда миелоцитлар жуда кам учрайди. Касаллик узоқ вақт давом этганлиги сабабли, гемограммадаги патологик донадорлик сони кўпаяди. Оғир турларида эса, барча нейтрофилларда патологик донадорлик пайдо бўлади. Соғайиш даврида лейкограммадаги силжиш нисбатан меъёрига тез қайтади. Патологик донадорлик эса гемограммадаги бошқа ўзгаришларга нисбатан узоқ вақт сақланиб қолади.

Периферик қондаги эозинофиллар сони жараён босқичига ҳамда организмнинг аллергик ҳолатига боғлиқ бўлади. Касаллик оғир ва узоқ кечганда эозинофиллар сони камайиб, анэози-нофилиягача етиб бориши мумкин. Инфилтратларнинг ва плеврал суюқликнинг сўрилиши даврида, ҳамда бирламчи сил энди бошланганда эозинофиллар сони ортади.

Бирламчи силнинг кўпгина турларида лимфопения кузатилади. Лимфопения айрим ҳолларда йиллар давом этиб, чандиқланиш пайдо бўлганда ҳам сақланиб қолади. Иккиламчи силнинг қайталаши даврида бемор аҳволининг оғирлигига қараб, лимфоцитлар меъёрида бўлади ёки лимфопения кузатилади.

Касалликнинг жараёнини ва фаоллигини аниқлашда эритро-цитларнинг чўкиш тезлиги аҳамиятга эга. ЭЧТнинг ошиб кетиши патологик жараёнларни (инфекцион йирингли, септик яллиғланиш) оғирлигини кўрсатади. Лекин ЭЧТнинг ортиб кетиши қондаги глобулин, фибриноген, холестерин ортганини ҳамда қон ёпишқоқлиги камайганида ҳам кузатилади. ЭЧТ камайиши эса қон қуюлиб, гемоконцентрация ошиб кетганига боғлиқ бўлади, албу-мин ва ўт кислотанинг қондаги миқдори ошганини кўрсатади. Сил касалликларини даволашда препаратларнинг гемопоэзга таъсир қилиши натижасида гемограмма ўзгариб боради. Доимо қонни кузатиб туриш ҳамда лаборатория кўрсаткичларини тўғри таҳлил қилиш, беморнинг клиник

ҳолатига, жараён динамикасига ҳамда даво чора-тадбирларининг самарали бўлишига ёрдам беради.

Сийдикнинг клиник таҳлили

Сийдикнинг клиник таҳлили сийдик ажратиш тизими диагнозида асосий усул ҳисобланади. Сийдикни таҳлил қилганда лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия, гипоизостенурия, сил микобактериурияси ҳамда носпецифик бактериурия аниқланиши мумкин. Лейкоцитурия сийдик ажратиш тизими силида специфик кимётерапияни бошлашдан олдин энг кўп учрайдиган белги ҳисобланади. Камдан-кам ҳолларда, масалан, сийдик чиқара-диган йўллар облитерациясида бу белги бўлмайди. Сийдикни Нечипоренко усулида таҳлил қилиш (лейкоцитларнинг ва эрит-роцитларнинг 1 мл сийдикдаги сони) лейкоцитурияни аниқлашда ҳақиқий кўрсаткич ҳисобланади. Сийдикнинг умумий таҳлили меъёрни кўрсатганда ҳам бу усул аниқ маълумот беради. Шуни ҳам унутмаслик керакки, лейкоцитурия ўткир ва сурункали пиело-нефритда, циститда, уретритда ва буйрак-тош касалликларида ҳам кузатилади. Сийдик ажратиш тизими силида эритроцитурия ҳам лейкоцитурия каби ҳаммадан кўп учрайдиган лаборатор белги ҳисобланади. Гематурия миқдори жараённинг тарқалганлигига боғлиқ бўлиб, буйрак деструктив силида ортади. Лейкоцитуриясиз эритроцитурия кўпроқ буйрак силининг дастлабки босқичига оид бўлади. Гематурияни лейкоцитурияга нисбатан кўп бўлиши, буйрак сили касаллигига хос бўлганидан носпецифик пиелонефрит билан қиёслашга ёрдам беради.

+оннинг биокимёвий таҳлили. Сил касаллигида бир қатор биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши жараённинг босқичига ва асоратига ҳамда қўшилиб кечаётган турли касалликларга боғлиқ бўлади. Фаол бўлмаган сил касаллигида беморларнинг қон зардо-бида умумий оқсил ва оқсил фракциялари ўзгармайди ва уларнинг миқдори меъёрида бўлади. Касалликнинг ўткир турида, қайта-лаганда, сурункали турлари фаоллашганда албумин-глобулин коэффициенти камаяди.

Буйракнинг функционал ҳолатини аниқлашда қон зардобидаги креатининнинг миқдори ва буйрак калавасини (клубоч-касини) филтрлаш тезлигини *Кокрофт-Голта* усулида ҳисоблаш зарур. Буйрак калавасини филтрлаш тезлигини Реберг синамаси ёрдамида амалга ошириш етарлича маълумот бермагани сабабли, юқоридаги усулда аниқлаш керак.

Сил касаллиги ва асоратларида жигарнинг функционал ҳолатини текшириш катта аҳамиятга эга. Бундай ҳолда қон зардобида тўғри ва умумий билирубин аспартатаминотрансфе-разани, аланинаминотрансферазани текшириб туриш керак бўлади. Беморларнинг динамик қон зардоби таркибидаги аминотрансферазаларни, билирубинни текшириб туриш керак. Айниқса силнинг оғир турларида ҳар ойда биокимёвий компо-нентларини текшириб туриш шарт.

Ўпкадан бошқа аъзолар силида биокимёвий таҳлил. Биологик суюқликларда туберкулостеарин кислота миқдорини ҳисоблаш аниқроқ маълумот берадиган биокимёвий таҳлил ҳисобланади. Бироқ у газли

хроматография ва массспектрометриядан фойда-ланиш зарурлиги сабабли, анча қийин. Биологик суюқликларда аденозиндезаминаза ферменти фаоллигини аниқлаш сил сино-виити, лимфа безлари сили, сил менингити ҳамда сил серозитини аниқлашни енгиллаштиради.

Биологик суюқликлардан олинган айрим биокимёвий маълу-мотлар спецификликни кўрсатмайди, шунинг учун зарарланган ўчоқни таҳлил қилиш керак. Тери остига ёки тери орасига туберкулин юбориб, организмни туберкулинга жавоб реакцияси аниқланади (туберкулин юборишдан олдин ва 48 соат ҳамда 72 соатдан кейин). Шундан сўнг туберкулин юборишдан олдинги ва кейинги трансамидиназа миқдорининг орта бориши фоизларда ҳисоблаб чиқилади.

Сийдикда органоспецифик фермент трансамидиназа фаол-лигини аниқлаш буйракнинг турли сабаблар натижасида яллиғ-ланишини кўрсатади. Агарда туберкулин синамасидан сўнг трансамидиназа ферменти ортиб кетса ва синама қўйилган жойда яллиғланиш пайдо бўлса, бу буйрак сили ҳақида маълумот беради. Трансамидиназа ферментининг фаоллигини аниқлаш организмга 50 ТБ туберкулинни юборишдан олдин ва 24-72 соатдан кейин амалга оширилади. Ферментуриянинг меъёридан 2 марта ортиши 82% ҳолатда фаол буйрак силининг сурункали пиелонефрит касаллиги қайталашидан фарқини аниқлаб беради.

Аёллар жинсий аъзолари силида диагноз қўйишда туберкулин синамасидан кейин қондаги гаптоглобин миқдори ва малон диальдегид аниқланади. Туберкулиннинг 50 ТБ миқдорини тери остига юбориб, 72 соатдан кейин такроран биокимёвий таҳлил қилинади. Агар сил этиологиясига оид яллиғланиш мавжуд бўлса, гаптоглобин миқдори 88%, малондиальдегид 39% дан кам бўлмаган миқдорда ортади. Бундан ташқари, дуглас бўшлиғидан олинган перитонеал суюқликдаги аденозиндезаминаза фаоллиги ҳам аниқланади. Бу 0,1 ТБ ва 0,01 ТБ дозали туберкулинни ички жинсий аъзоларнинг қориннинг олд деворидаги проекциясига мушаклар орасига юборилади. Притонеал суюқлик 72 соатдан кейин қайта текширилади. Бунда аденозиндезаминаза ферментининг фаоллиги аввалгисига нисбатан 10% ва бундан кўпроққа фаол-лашган жинсий аъзолар сили мавжудлигини тасдиқлайди.

Кўз силида ўчоқли реакция қўйилади, бунинг натижасида кўзда антиген стимуляция пайдо бўлади. Бундай ҳолатда яққол намоён бўладиган реакция қўйиб бўлмайди, чунки кўзнинг кўриш қобилияти пасайиши мумкин. Энг суст рўйи рост ўчоқли реакция диагноз қўйишда қийинчилик туғдирмайди, чунки, айни вақтда қон зардобидаги гаптоглобин ёки аденозиндезаминаза ферменти ошади, шундан кейингина хулоса чиқарилади.

Барча биокимёвий таҳлилларни бошқа усуллар билан бирга ўтказиш лозим.

+оннинг қовушқоқлиги таҳлили. Фтизиатрия соҳасида қоннинг қовушқоқлиги тизими долзарб масала бўлиб, ўпка сили билан оғриган беморлар қон туфлаганда, ўпкадан қон оққанда, жарроҳлик муолажасида

гемокоагуляция асоратларида ўрганилади. Бундан ташқари, сил касаллигига доимий ҳамроҳ бўлиб, яширин кечадиган томирларнинг гемокоагуляцияси силнинг кечишига ва кимётерапиянинг самарадорлигига таъсир қилади Ўпка сили билан оғриган беморларда яллиғланиш натижасида тўпланган экссудатив компонент қоннинг антикоагулянт фаоллигини сусайтиради. Ўпкасида специфик яллиғланиш унча тарқалмаган беморларда томирлар яллиғланиши маҳсулотининг гемокоагуляцияга таъсири кам бўлади. Ўпка сили билан оғриб, қон туфлаётган ва ўпкадан қон оқаётган беморларда қоннинг қовушқоқлик тизими ҳолати ҳар хил бўлади: кўп қон йўқотмаган беморларда гемоптоэ юқори бўлади ёки тез орада қонда яққол тромб ҳосил бўлиш жараёни ҳисобига қовушқоқлик ортади. Кўп қон йўқотган беморларда фибриноген концентрацияси, XIII омил фаоллиги ва тромбоцитлар сонининг камайиши ҳисобига қовушқоқлик имконияти камаяди. Ўпка силининг чегараланган турлари туфайли, жарроҳлик муолажалари ўтказилганда ҳам гомеостаз тизимида жиддий ўзгаришлар рўй бермайди. Сил жараёнлари тарқалган беморларда пневмон- ёки плевропневмонэктомия муолажаси қўлланилгандан кейин, кўпроқ ДВС-синдроми пайдо бўлади. Бу "иккинчи касаллик" турига айланиб кетиши мумкин.

Ўпка сили билан оғриган беморларда қоннинг қовушқоқлик тизимини назорат қилиш учун, тромбопластинли қисман фаол-лашиш вақтини, фибриноген, тромбин вақтини, протромбин индексини ва қон оқиши ҳамда қоннинг қуюлиш вақтини аниқлаш зарур.

Гормонлар таҳлили. Ўпка силида замонавий тажрибалар ва клиник кузатувлар гормонлар статусида ўзгаришлар рўй беришини кўрсатади. Гипофизар-буйрак усти ва гипофизар-тиреоид тизим дисфункцияси, ошқозон ости бези фаолияти силни даволаш билан бирга фиброгенез жараёнини кучайтиради ва ўчоқдаги специфик яллиғланишни репарация қилиши исботланган. Гипофизар-тиреоид тизимининг функционал ҳолати қон зардобидаги трийодтиронин (T_3), тироксин (T_4), гипофизни триотроп гормонига тиреотропил гормон боғлиқ бўлади. Ўпка сили билан оғриган 38-45% беморларда, айниқса, силнинг тарқалган ва фиброз-кавакли турларида субклиник гипотиреоз кузатилади. Шу турдаги беморларда T_3 ва T_4 меъёри тезда пасаяди ва мувозанат бузилиб, T_4/T_3 нисбати ортади.

Ўпка сили билан оғриган беморларнинг деярли ҳар учинчисида, инсулин миқдори етарлича паст ва меъёрнинг пастки чегарасига яқинлашгани сабабли, инсулин дозасини йўлга қўйиш лозим.

Микробиологик текширувлар

Микробиологик текширувлар, сил билан оғриган беморларни аниқлашда, диагнозни тасдиқлашда, кимётерапияни назорат қилиш ва коррекциялашда, даволаш натижаларини баҳолаш учун ва сил беморни рўйхатга олгандан кейин, уни рўйхатдан ўчиргунга қадар, маълум вақт керак бўлади.

Сил микобактерияларининг микроскопияси, уларни культурал ҳамда автоматлаштирилган тизимларда ўстириш, полимераз занжирли реакция текширув усули ва иммунологик тестлар, силни аниқ-лашнинг анъанавий микробиологик текширув усуллари ҳисобланади. Бу барча усуллар классик бактериологик усуллар билан биргаликда ўтказилади.

Диагностик материални йиғиш. Лаборатория текширув-ларининг самарадорлиги маълум даражада диагностик мате-риалнинг сифатига боғлиқ.

Силга текшириш учун ҳар хил материалдан фойдаланилади: балғам, аэрозол ингаляция қабул қилгандан кейинги юқори нафас йўллари ажратмалари; бронхларни ювгандаги ювиндилар; бронх-алвеоляр ювиндилар; бронхоскопия, транстрахеал ва ўпка ичи биопсиясида олинадиган материал; жароҳатлардаги экссудатлар, сийдик ва бошқалар.

Беморнинг ажратмаларини назорат остида йиғилса,текширув самарадорлиги ошади. Бунинг учун махсус жиҳозланган хона ажратилади. Материални йиғиш хавфли жараён, шунинг учун текшириш учун материални, инфекцион хавфсизлик қоидаларига пухта амал қилган ҳолда йиғиш лозим.

Атроф муҳитни зарарламаслик ва йиғилган материалнинг ифлосланишини олдини олиш учун, уни қопқоғи зич ёпиладиган стерил флаконларга олинади.

Агар бу муассасада микробиологик текширув ўтказилмаса, йиғилган диагностик материал лабораторияга олиб боргунча музлатгичда ёки консервантлар қўшиб сақланиши, сўнгра марказлаштирилган ҳолда лабораторияга етказилиши керак. Материални лабораторияга осон дезинфекцияланадиган махсус ташиладиган қутиларда етказилади. Ҳар бир синама ўзининг ёрлиғи, тўлдирилган кузатув бланки билан таъминланиши керак.

Беморларни текшириш тартиби ва сони. Беморларни бирламчи, яъни силга диагностик текширилганда, тиббий ходим назорати остида 2-3 кун давомида йиғилган балғамнинг 3 та намунасини текшириш лозим. Бу микроскопия натижасининг самарадорлигини оширади.

Силнинг бирламчи скринингги соғлиқни сақлаш тизимининг ҳамма даволаш-профилактика муассасаларида ўтказилиши керак. Бирламчи текширувнинг самарадорлигини ошириш мақсадида, клиник-диагностик лабораториялар қошида эпидемик хавфсиз-ликни таъминлаш учун замонавий микроскоплар ва жиҳозлар билан таъминланган микроскопия марказлари ташкил қилинган.

Силга қарши муассасаларда балғамни ёки бошқа диагностик материални, камида 3 марта, 2-3 кун давомида аниқлаш кўзда тутилган текширув схемаларидан фойдаланилади. Микробиологик текширувлар интенсив кимётерапия даврида, ойига 1 мартадан кам бўлмаган ҳолда ўтказилади. Интенсив даврдан қўллаб-қувватловчи даврга ўтгандан сўнг текширувлар камроқ — 2-3 ой оралатиб ўтказилади, бунда текширувлар сони икки мартагача камай-тирилади.

Ўпкадан бошқа аъзодаги силда диагностик материалларни йиғиш хусусиятлари

Ўпкадан бошқа аъзолардаги силда материалнинг патологик хусусияти шундан иборатки, сил микобактерияларининг кам концентрацияси сақланиб қолади. Бунда микробиологик текши-рувнинг сезгир, биринчи навбатда, озиқ муҳитларга экиш усулларидан фойдаланиш талаб қилинади.

Сийдик ажратиш тизими силида, сийдик текшириш учун энг қулай материал ҳисобланади. Сийдикни махсус ўқитилган ҳамшира йиғиши лозим.

Стерил флаконга эрталабки сийдикнинг ўрта порцияси: эркакларда табиий йўл билан, аёлларда — катетер ёрдамида олинади.

Аёлларда ҳайз қонини Кафки қалпоқчаси ёки сўрғич ёрдамида йиғилади. Олинган материални дистилланган сув билан ювиб, эритроцитлардан тозаланиб, центрифугадан ўтказилади ва чўкмаси текширилади.

Буйракларда ва жинсий аъзоларда жарроҳлик муолажалари, биопсия ўтказилганда олинган материални ва эндометриянинг қириндиларини гомогенланади.

Суяк ва бўғимлар сили. Стерил шприц ёрдамида олинган пунктат (очиқ абсцесслардан олинган йиринг) стерил идишга солиниб, тезда лабораторияга етказилади ва гомогенлаштирилган аралашма текширилади.

Суяк-бўғим силининиг оқма турларида йирингни оқмадан олинади. Суюқлик кўп миқдорда ажралса, уни бевосита про-биркага олинади. Йиринг кам миқдорда ажраладиган ҳолларда, натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан оқма йўлини ювилади, пробиркага оқманинг ювиндиларини ёки пахта тампонга шимдирилган йирингни текширишга юборилади.

Синовиал суюқликнинг микробиологик текширувини ивиб қолмаслиги учун 3% ли натрий цитрат эритмасида (1:1 нисбатда) пункциядан сўнг зудлик билан ўтказилади.

Лимфа тугунлари сили. Лимфа тугунларини пункция қилиб олинган йирингни очиқ абсцесслардагидек текширилади. Оператив муолажалар, биопсияларда олинган лимфа тугунларининг тўқималарини эса силнинг бошқа турларидагидек текширилади.

Нажасда сил микобактерияларининг мусбат натижаси камдан-кам ҳолларда кузатилганлиги сабабли, жуда кам ҳолларда текширилади.

Сил микобактерияларининг микроскопияси. Балғам микро-скопияси силга шубҳа қилинган барча ҳолларда қўлланиши лозим бўлган тезкор, осон ва арзон усулдир. Бундан ташқари, бу текширув усулини кимётерапиянинг самарадорлигини баҳолаш ва культурал текширув натижалари бўлмаганда, даволашнинг самарасиз натижаси ёки соғайишни аниқлаш учун ўтказилади.

Микроскопия ўтказилганда, тахминан 50% ҳолларда сил микобактерияларини аниқлаш учун 1 мл балғамда 5000дан ортиқ микроб ҳужайралари бўлиши керак (9.1-расм).

Кислотага чидамли микобактерияларни суртмада аниқлаш-нинг энг кўп тарқалган усули — Цил-Нелсен бўйича тўғри микроскопиядир.

Микобактерияларни бўямоқ учун намунадан тайёрланган суртмага карбол фуксин эритмаси томизиб, олов

9.1- расм. Люминистент микроскопда суртманинг микроскопияси (лаборатория ходими)

ёрдамида қиздирилиши лозим. Микобактерияларни шу тариқа қийин бўялиши сабаби шуки, уларнинг цитоплазмаси бир талай липидлардан иборат, улар бўёқни маҳкам бириктира олади, ҳужайра қобиқлари эса бактерияларнинг бўялишини ҳам, кислота таъсир этганда ҳужайрадан бўёқнинг қайтиб чиқиб кетишини ҳам қийинлаштиради. Шунинг учун бўялган микобактерия таёқчалари бошқа бактериялардан фарқ қилиб, нитрат, хлорид, сулфат кислоталар таъсирида рангсизланмайди. Бундай ҳолат, кислоталар таъсирига чидамлилик деб аталади ва сил микобактерияларининг энг муҳим белгиларидан бири ҳисобланади. Сил микобактериялари спирт ва ишқорларга чидамлилиги билан ҳам фарқ қилади.

Сил микобактериялари кислотага чидамли бўлганлиги учун кислота таъсирида рангини йўқотмай, қизиллигича қолаверади, бошқа ҳамма элементлар, шу жумладан, турли микроблар рангини йўқотади ва кўк тусга киради. Микроскопда аниқ кўк фонда қизил таёқчалар якка-якка ёки тўп-тўп бўлиб туради (9.2-расм).

Цил-Нилсен бўйича бўялган суртмаларни текшириш учун иммерсион объективли (90- ёки 100- марта катталаштирадиган) ва окуляри 10- карра катталаштирадиган бинокуляр ёруғлик микроскопидан фойдаланилади. Бунда 100 та кўрув майдони текширилади. Агар бундай текширув натижалари манфий бўлса, натижани тасдиқлаш учун яна 200 та кўрув майдонини текшириш тавсия этилади.

Юқоридаги усулдан ташқари, люминесцент микроскоп учун флюорохромлар билан бўялади, шунда яхшироқ натижаларга эришиш мумкин. Бу усулни қўллаш микроскопия самарадорлигини 10-15% га оширади. Микобактерияларни люминесцент бўёқлар

9.2- расм. Кўп миқдорда бактерия ажратаётган бемордан олинган суртмадаги сил микобактериялари. Цил-Нилсен усулида карбол фуксин билан бўялган. 1000 марта катталаштирилган

билан ишлов берилганда (аурамин, родамин ва б.) бу моддалар ҳам микроб ҳужайрасининг мумсимон тузилмалари билан боғланади. +ўзғатувчи ёруғлик манбаи билан бўялган ҳужайраларни нурлатилганда (ултрабинафша нурларнинг маълум спектри), улар қора ёки тўқ яшил ранг фонида олов рангда ёки тилла рангда кўрина бошлайди (9.3-расм).

9.3- расм. Кўп миқдорда бактерия ажратаётган бемордан олинган суртмадаги сил микобактериялари. Аурамин ва

родамин билан бўялган. 400 марта катталаштирилган

Бактериоскопик усуллар юқори спецификликка эга (89-100%). Ҳар қандай микроскопия усулида олинган мусбат натижалар тахминан 97% ҳолларда экиш натижалари билан тасдиқланади.

Шуни таъкидлаш лозимки, патологик материални микро-скопик текширилганда кислотага чидамли микобактерияларнинг турга хослигини аниқлаб бўлмайди. Микроскопия усули препаратда кислотага чидамли микроорганизмлар бор ёки йўқлигини аниқлайди холос, турга хослигини фарқламайди.

Микроскопия натижаларини ярим миқдорли бирликларда баҳоланади (9.1-жадвал).

9.1 – жадвал

Цил-Нилсен усулида бўялган суртмаларни микроскопик текшириш натижаларини баҳолаш

Текширув Натижаси	Кўрув учун зарур энг кам кўриш майдони сони	Натижани ёзиш шакли	Текшириш натижаси
КЧБ (кислотага чидамли бактерия) 300та кўрув майдонида	300	Манф.	Манфий
1-9 КЧБ 100та кўрув майдонида	100	« » КЧБ 100 кўрув майдонида	Мусбат
10-99 КЧБ 100та кўрув майдонида	100	1+	Мусбат
1-10 КЧБ 1та кўрув майдонида	50	2+	Мусбат
10 КЧБ 1та кўрув майдонида	20	3+	Мусбат

Культурал усул. Экиш ёки культурал усул, суртма микро-скопиясидан кўра юқори сезгирлиги билан ажралиб туради ва қатор афзалликларга эга. У текширув материалида бир неча ўнлаб микобактерияларни аниқлаш имконини беради ва жуда катта диагностик аҳамиятга эга бўлади. Айниқса, биринчи марта аниқ-ланган ёки даволаниб, кам миқдорда микобактерия ажратаётган беморлардан олинган материални текшириш муҳим.

Микроскопия билан солиштирилганда, культурал текширув, сил билан оғриган беморлар сонини аниқлашни 15-25%га оширади. Культурал усулнинг

афзаллиги шундаки, қўзғатувчининг дори воси-таларига сезгирлиги, вирулентлиги ва бошқа биологик хусусиятлари ўрганилади. Культурал усулнинг камчилиги эса, уларни узоқ вақт ўсиши (материалларни 10 ҳафта давомида кутилади), қимматлиги, диагностик материалга ишлов беришнинг қийинлигидир.

Диагностик материални экишдан олдинги ишлов бериш мезонлари. Сил микобактериялари жуда секин ўсгани сабабли, анъанавий микробиологик усуллар билан микобактерияларни текшириб бўлмайди. Асосий клиник материалда тез ўсадиган йиринглатувчи ва чиритувчи микроорганизмлар, замбуруғлар бўлади. Уларнинг бой озуқа муҳитларда тез ўсиши микобак-терияларнинг ривожланишига ва сил қўзғатувчисини ажратиб олишга тўсқинлик қилади, шунинг учун диагностик материални экишдан олдин, албатта ишлов берилади. Бундан ташқари, нафас йўлларидан ажраладиган микобактериялар, уларнинг концентра-цияланишига тўсқинлик қилувчи кўп миқдорда шиллиқ билан ўралган. Шунинг учун балғам ва бошқа шунга ўхшаш материални суюлтириш, деконтаминация қилиш керак (9.4-расм).

9.4- расм. Патологик материаллар билан ишлаш учун биологик муҳофазлоловчи шкафлар

Материалга, унинг гомогенлигига ва ифлосланганлигига боғлиқ ҳолда экишдан олдинги тайёргарлик кўриш учун турли хил деконтаминантлар фойдаланилади: балғам учун — 4% ли натрий гидроксид эритмаси, натрий уч фосфатнинг 10% ли эритмаси, бензалкониум хлориднинг уч натрий фосфати, NALC-NaOH (г>[N-ацетил-L-цистеин-гидроксид натрий) NaOHнинг 1% ли охирги конценртацияси билан, сийдик учун ва бошқа суюқ материаллар учун – 3% ли сулфат кислота эритмаси, ифлосланган ва ёғ сақловчи материаллар учун- 5% ли шовул кислота эритмаси. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда ферментлар, юза-фаол моддалар (детергентлар) ишлатилади. Твин ва баъзи детергентлар қўлланганда кам миқдорда микобактериялар ҳужайраларининг

ўлиши (40-50% тирик қолади) кузатилади, бироқ уларни фақат суюқ материалларга нисбатан қўллаш мумкин. Жаҳонда 4% ли NaOH ёрдамида Петров бўйича деконтаминация усулидан фойдаланиш кенг тарқалган.

Экиш ва инкубация техникаси

Микробиологик текшириш натижаларини ишонарли таҳлил қилиш учун қуйидаги қоидага риоя қилиш керак: *микроскопик ва культурал текширувни паралел равишда битта диагностик материалдан ўтказиш.*

Патологик материаллар экилган пробиркаларни горизонтал ҳолатда 1 соатга 37°С да термостатга жойлаштирилади. Бу материалнинг бир хилда озуқа муҳитга шимилишини таъминлайди. 1 соатдан сўнг пробиркаларни вертикал ҳолатга қўйилади ва экилган муҳитларни қуриб қолмаслиги учун герметик ёпилади.

Экмаларни термостатда 37°С да 10-12 ҳафта давомида сақланади ва ҳар куни назорат қилиб турилади. Ҳар бир назоратда қуйидагиларни қайд қилинади:

• экилган кундан бошлаб визуал ўсиши;

• ўсишнинг жадал ***колониялари аниқ миқдори*** (КАМ);

• экмани ёт миклофлора ёки замбуруғлар билан ифлос-ланганлиги (бундай пробиркалар олиб ташланади);

• экмалар ўсишининг кўзга ташланмаслиги. Пробиркаларни термостатда кейинги кўрувгача қолдирилади.

Озуқа муҳитлар. Микобактерияларни ўстириш учун турли қаттиқ, ярим суюқ ва суюқ озуқа муҳитлардан фойдаланилади, бироқ ҳеч қайси озуқа муҳитлари барча микобактерияларнинг ўсишини таъминламайди. Шунга боғлиқ ҳолда, натижанинг самарадорлигини ошириш учун айни бир вақтнинг ўзида турли таркибга эга бўлган 2-3 озуқа муҳитларга экиш тавсия этилади.

Сил қўзғатувчисини бирламчи ажратиб олиш ва унинг дори воситаларига сезгирлигини аниқлаш мақсадида Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти стандарт муҳит сифатида Левенштейн-Йенсен муҳитини тавсия қилади. Бу қаттиқ тухумли муҳит бўлиб, унда материални экилгандан сўнг 20-25 кунлари микобактерияларнинг ўсиши кузатилади.

Диагностик материалнинг экиш натижаларини қайд қилиш ва баҳолаш. Баъзи микобактериялар штаммлари ва турлари секин ўсганлиги сабабли, экмаларни термостатда 2 ой давомида сақлаш зарур (9.5-расм).

Вирулент сил микобактериялари, одатда, қаттиқ тухумли муҳитларда турли катталик ва кўринишдаги R-шаклли коло- ниялар ҳосил қилиб ўсади. Колониялар қуруқ, ғадир-будир, фил суяги рангида, енгил пигментланган бўлади. (9.6-расм). Бошқа муҳитларда микобактериялар колониялари нисбатан қамроқ бўлиши мумкин. Бир курс кимётерапиядан кейин ёки даволаш жараёнида бир меъёрда ўсган колониялар ажралиши мумкин (S-шакллар).

9.5- расм. Микобактерияларни ўстириш учун термостатлар (инкубатор)

9.6-расм. M. tuberculosisнинг R-шаклли колониялари

Бактерияларни ажратиб олишда сил микобактерияларини бошқа микобактериялардан ва кислотага чидамли сапрофитлардан фарқлашни таъминловчи махсус комплекс текширувлар қўлла-нилади.

Фақат ўсган колониялардан тайёрланган суртмаларни Цил-Нелсен бўйича микроскопик текширилгандан сўнг ижобий натижа аниқланади. Микобактериялар ўсганда суртмаларда алоҳида якка-якка ёки гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган ўрилган сочга ўхшаш тўдаларни ҳосил қилган кислотага чидамли таёқчалар аниқланади. Ёш культураларда, айниқса, кимётерапия билан узоқ даволанган беморлардан ажратиб олинган культураларда,

микобактерияларнинг яққол полиморфизм билан, ҳатто калта, таёқчасимон, шарсимон ёки узайган турлари учрайди.

Микобактерияларнинг ўсиш жадаллиги қуйидаги схема билан белгиланади:

1-9 КАМ кўрсатилади

(1+) — 10-99 КАМ пробиркада

(2+) — 100-199 КАМ пробиркада

(3+) — >200 КАМ пробиркада.

Силнинг лаборатор диагностикасида, микобактерияларни у ёки бу усул билан аниқланганлиги ёки аниқланмаганлигини кўрса-тувчи жавобни бериш етарли эмас. Микобактериал популяциянинг ҳажми ва табиати ҳақида, унинг таркиби ва хусусиятлари ҳақида тўлиқ батафсил тасаввурга эга бўлиш зарур. Айнан мана шу маълумотлар, жараённинг ҳолатини тўғри таҳлил қилиш, тактикани режалаштириш ва даволашни ўз вақтида коррекциялаш имконини беради.

Охирги йилларда, микобактериялар ўсишини тезлатиш мақ-садида, турли хил қўшимчалар сақловчи ва махсус газли ара-лашмалар қўлланиши асосида, агар сақловчи озуқа муҳитлар тавсия этилмоқда. Бу муҳитларда микобактерияларнинг ўсишига эришиш учун ис газини (4-7%) кўпроқ сақлаган атмосфера ташкил қилинади. Ушбу мақсадда махсус CO_2-инкубаторлардан фойдала-нилади. Аммо микобактерияларни ўстиришда автоматлаштирилган тизимлардан фойдаланиш яхши ривожланган: MGIT-BACTEC-960 ва MB/Bact.

Шундай тизимлардан бири- MGIT тизими *(mycobacteria growth indicating tube),* у юқори даражада ривожланган технологиялар ишланмаларига хос, ҳамда микобактерияларнинг биринчи қатор ва баъзи иккинчи қатор дори воситаларига сезгирлигини аниқлайди.

Бундай тизимларнинг киритилиши натижасида микобак-териялар ўсишининг пайдо бўлиш даври стандарт қаттиқ озиқа муҳитларидаги 33 кунга нисбатан BACTEC-960 да ўртача 11 кунни ва MB/Bact да 19 кунни ташкил қилиб, қисқарди. Шуни таъкидлаш керакки, бу тизимлар юқори малакали ходимларни талаб қилади. Материал суюқ муҳитлар билан бирга, бошқа муҳитларда ўсмаган ҳолларда, уни албатта, дублёр ролини ўйновчи, Левенштейн-Йенсен муҳитига экиш зарур.

Микобактерияларнинг дори воситаларга сезгирлигини аниқлаш

Микобактерияларнинг силга қарши дори воситаларига нисбатан таъсир доираси ва сезгирлик даражасини аниқлаш, ҳамда силни дори воситаларга чидамлилигининг тарқалганлигини эпидемиологик баҳолаш муҳим клиник аҳамиятга эга. Бундан ташқари, микобактерияларнинг дори воситаларига чидамли-лигининг мониторинги, ҳамма силга қарши чора-тадбирлар

таркибий қисмлар ишининг кўрсаткичи бўлиб, силга қарши дастурнинг самарадорлигини баҳолаш имконини беради.

Маълумки, сил билан оғриган беморлардан дори воситаларга турли даражада сезгир сил микобактериялари штаммларини ажратиб олинади. Силга қарши дори воситаларига сезгирлик, дори воси-таларнинг таъсир доираси, даражаси, чидамлилик пайдо бўлиш тезлиги ва сони билан фарқланади. Микобактерияларнинг дори воситаларга чидамлилик даражаси, силга қарши ҳар бир дори воситаси учун тайинланган энг кам ингибирлайдиган миқдорга мос концентрация билан аниқланади.

Ҳозирги кунда микобактерияларнинг дори воситасига сез-гирлигини микробиологик усуллар билан аниқланади.

• Мутлақ концентрация усули (қаттиқ ёки суюқ озиқа муҳитларида суюлтириш усули).

• Каннетти бўйича пропорционал усул.

• Резистентлик коэффициенти.

Одатда, силга қарши дори воситалари қўшилган муҳитларда сил микобактерияларининг ўсиши, визуал кузатув кўринишда намоён бўлади.

Пропорциялаш усулида тест қўйилганда, силга қарши дори воситаси қўшилган муҳитда ўсган колониялар фоизи, дори воситасиз муҳитда ўсган колониялари фоизининг нисбати ҳисобга олинади. Агар резистентлик коэффициенти 1% дан кам бўлса, ўсган бактериялар дори воситасига сезгир ҳисобланади, коэффициент 1% ва ундан юқори бўлса, микобактериялар дори воситасига чидамли ҳисобланади.

Дори воситалари билан муҳитлар жамланмасини тайёрлаш учун модификацияланган Левенштейн-Йенсен муҳитидан фойда-ланилади. Дори воситасига сезгирликни аниқлашда фақат кимёвий тоза субстанциялардан фойдаланилади. Натижаларнинг дастлабки қайди инкубацияннинг 28 кунидан сўнг ўтказилади. Якуний натижа 42 кундан кейин берилади.

Озуқа муҳитларидаги клиник материалдан қўзғатувчини узоғи билан 1-1,5 ойда ажратиб олиш керак, бинобарин, дори воситасига сезгирликни кўрсатилган усулда аниқлаш натижаларини материал экилгандан камида 2-2,5 ой ўтгач олиш керак. Бу усулнинг асосий етишмовчилиги ҳисобланади.

Микобактерияларнинг дори воситаларга сезгирлигини аниқлаш натижалари сифатини баҳолаш учун Левенштейн-Йенсен муҳи-тининг ҳар бир янги партиясини параллел равишда H37Rv стандарт музей штамминг сезгирлигини аниқлаб, назорат қилиш тавсия этилган.

Биологик усул. Сил микобактериялари кам чиққанида ва микроскопда топиб бўлмаганда, экспериментал (биологик) усул катта ёрдам беради. Текшириладиган материални денгиз чўчқа-часининг чов териси остига юбориб, кузатилади ва текширилади. Юқумли материалда лоақал бир нечта таёқча бўлса, денгиз чўчқачаси касалланади, вазни камаяди, яқин орадаги чов безлари шишади, сўнгра парчаланиб, сузмасимон (творогсимон) масса ҳосил қилади ҳамда таёқчалар қонга ўтиб, тарқоқ силга сабаб бўлади. Денгиз чўчқачаси 1-3 ойдан кейин нобуд бўлади. Ёриб кўрилганда аъзоларда силга

хос ўзгаришлар (дўмбоқчалар, сузмасимон парчаланиш) топилади. Зарарланган аъзолардан олинган суртма-ларда сил микобактериялари кўрилади.

Текширишнинг молекуляр-биологик усуллари. Юқумли касалликлар диагностикасида молекуляр биологик усулларга, асосан, бактериал ва вирус геном материаллари билан ишлашига асосланган усуллар киради. Бу усул шу қўзғатувчининг турига ёки штаммига тегишли бўлган нуклеотиднинг кетма-кетлигидаги ДНК жойла-ридаги специфик-генетик материални аниқлаш мақсадида қўл-ланилади. Молекуляр-биологик усуллар нафақат илмий текши-ришларда, балки 1985 й. Кэрри Мюллис (Нобел мукофоти совриндори, 1989) полимераза занжир реакциясини кашф этгандан кейин турли бактериал ва вирусли инфекцияларнинг диагностикаси ва назорати учун кенг қўлланиладиган бўлди.

Полимераза занжир реакцияси тамойиллари ва имкониятлари

ПЗР усулининг принципи ДНКнинг специфик кетма-кет-лигининг жойларини миллион маротаба кўпайтириш, яъни ампли-фикациялашдан иборат.

I босқич — иситилганда икки занжирли ДНК денатура-цияси унинг занжирларининг узилиши билан;

II босқич — праймерларнинг комплементар боғланиши (гибридизация) занжирларнинг охирги қисмлари қатъий специ-фик, ДНК фрагментининг кўпайиши учун танланган;

III босқич — термостабил ДНК-полимераза ёрдамида ДНК фрагменти занжирининг қайта қурилиши.

ПЗР усулининг силни аниқлашда қўлланиши

ПЗР усули клиник синамаларда силни тез аниқлаш учун балғам, бронхлар ювиндисида, плеврал экссудатда, сийдикда, орқа мия суюқлигида, остеолизис пунктатларида, аёллар жинсий аъзо-лари аспиратларида ва турли биоптатлар текширишни кўзда тутади. Голландияда ўпка сили аниқланган 340 нафар бемор бронхларининг ювиндисидан ва балғамларидан олинган 500 га яқин синамаларда ПЗР ва суртмаларни микроскопик текширув усулларини таққосий сезгирлиги ўрганилган. Сезувчанлик таҳлилида тегишлича, 92,6; 88,9 ва 52,4% ни ташкил қилди. Бунда барча усулларнинг ўзига хослиги тахминан 99% эди.

Микобактериялар суртмалари микроскопияси, Левенштейн-Иенсен муҳитига экиш, BACTEC тест-тизимлари ва ПЗР -таҳлил усуллари билан аниқлашнинг самарадорлиги таққосланди, бунда ПЗР 74,4% сезгирликни кўрсатди, микроскопия сезгирлиги - 33,8%, қаттиқ муҳитга экиш - 48,9% ни ва BACTEC - 55,8%ни ташкил қилди. Детекция ўртача вақти Левенштейн-Йенсен

муҳитига экишнинг - 24 кунни, ВАСТЕС - 13 кунни, ПЗР - 1 кунни таш-кил этди.

ПЗРни силни даволаш самарадорлигини назорат қилишнинг тез ва сезгир усули сифатида қўллаш мумкинлиги муҳокама қилинмоқда.

Самарали кимётерапияда ПЗР усули билан сил микобак-териясининг ДНК сини топишни узоқ вақт давомида аниқланади. (1,7-2,5 ойгача).

Микобактерияларнинг турга хос идентификацияси

Сил микобактериялари комплексини ва баъзи бошқа ПЗР усули билан микобактериялар турини бирламчи ўсишга эришил-гандан кейин, бу усул етарлича самарадор бўлиши мумкин. Бундай ҳолда ПЗР усулини қўллаш, кейинги культурал ижобий натижани аниқлаш учун зарур бўлган 7-10 кунни тежаш мумкин бўлади. ПЗР усули билан текшириш техник жиҳатдан оддий бўлиб, бунда юқори сезгирликка эришиш учун клиник материални синаб кўриб, тайёрлаш талаб қилинмайди. Бу тест –тизимида (MB BacT, Organon фирмасининг) ўтказилган 80 та ижобий культуралар ПЗР таҳлил усули ижобий натижалари қатъий ўзига хос бўлиб, 1 кун ичида ўтказилган. Бошқа микобактериялар турларини иден-тификациялаш учун уларни культура ҳолида акридин билан нишонга олинган, специфик ДНК-зондлари қўзғатувчи ДНКси гибридланади ва хемилюминометр ёрдамида хемилюминес-ценцияланган штаммлар пайдо бўлишига кўра ёки нитроцеллюлоза чизиқларида гибридизациядан сўнг визуал баҳолаш билан детектирланади. Бундай жамланма ёрдамида чегараланган сонли турлар идентифицирланади: сил микобактерияси комплекси, *M. avium, M. avium complex, M. kansasii ва M. gordonae.*

ПЗР ёрдамида дори воситаларига сезгирлигини аниқлашнинг усулларидан бири *Mycobacterium tuberculosis*- комплекси культу-раси синамасида рифампицин ва изониазид-резистенциясини идентификация қилиш учун тижорат молекуляр-генетик тест-тизимдир. *GenoType MTBDR* – тест ёрдамида мутлақ резистент *M. tuberculosis-Komplexes* микобактериялари аниқланади, у тек-шириладиган гроВ – ва katG-худудларда мутацияларга олиб келади. Бошқа генлар ва ген соҳаларида мутацияга олиб келувчи резистентлик ҳамда номаълум рифампицин- ва изониазид- резистентлик ёки механизмлар бу тест ёрдамида исботланмайди.

Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институтидаги бактериология лабораторияси 2007 йили Ўзбекистон Республикаси ва Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти кўмагида қайта таъмирланиб, замонавий асбоб ускуналар билан жиҳозланди ва Референс лаборатория очилди. Лаборатория ходимлари Германия-нинг Гаутинг шаҳридаги супранационал лабораторияси мутахас-сислари томонидан бактериологик текширув ва диагностика усуллари бўйича малакасини оширдилар. Микобактерияларнинг силга қарши препаратларга сезувчанлигини аниқлаш учун янги пропорционал (Канетти) усул ўзлаштирилди. 2008 йилдан патологик материалларни текшириш учун

(балғам намунасидан, ўсиб чиққан штаммлардан) ПЗР диагностикасини амалга ошириш режалаш-тирилди. Шунингдек Референс лаборатория статусини ва таҳлиллар сифатини тасдиқловчи сертификат Германиянинг Гаутинг шаҳри-даги супранационал лабораторияси томонидан топширилди.

10 БОБ

ТУБЕРКУЛИНДИАГНОСТИКА

ТУБЕРКУЛИН ЁРДАМИДА ДИАГНОЗ +ЎЙИШ

Болаларда сил касаллигини ўз вақтида аниқлашнинг асосий усулларидан бири туберкулин синамаси қўйишдир. 1907 йилда Пирке томонидан тери туберкулин синамаси таклиф қилингандан бўён болалар тўғрисидаги кўпгина дунёқарашлар сезиларли даражада ўзгариб кетди.

Туберкулин ёрдамида диагноз қўйиш усулини қўллаш, фақатгина болаларда учрайдиган ривожланган локал жараённи эмас, балки инфекциянинг маълум бир жойга ўрнашиб олмаган яширин даврини аниқлашга ва сил инфекциясининг бошланғич даврида учрайдиган аломатларни ўрганишга имкон яратиб беради.

Тери орасига юбориладиган Манту синамасини оммавий равишда қўллаш йўли билан турли тоифадаги болалар гуруҳларида инфекцияланиш даражасини аниқлаш мумкин. Бу ўз навбатида касалликка унинг бошланғич даврида зарур профилактика чораларини (БЦЖ вакцинацияси билан эмлаш, кимёпрофилактика) кўриш имконини беради. Катта ёшдаги одамларда туберкулин синамасини қўллаш, касалликнинг бошланғич даврини аниқлашда болалардаги каби катта аҳамиятга эга эмас, чунки синама баъзан

мутлақо соғлом одамда ҳам мусбат натижа бериши мумкин. Бу касаллик бор, деган сўз эмас, балки бу унинг қачонлардир сил инфекцияси билан зарарланганлигидан далолат беради. Болаларда, айниқса, ёш болларда туберкулин синамасининг мусбат реакцияси организмда фаол сил жараёни борлигини билдиради (агар БЦЖ билан эмлашдан кейин пайдо бўладиган аллергия истисно қилинса) ва касалликнинг бошқа белгилари йўқлигидан қатъий назар, профилактика ҳамда соғломлаштириш ишларини олиб бориш муқаррар эканлигини тақозо этади.

Туберкулин синамаларини қўя билиш ва унинг нати-жаларини тўғри баҳолаш сил касаллиги диагнозини қўйишда асосий омил ҳисобланади. Болаларда туберкулин синамаси манфий бўлганда, камдан-кам ҳолларда сил деб диагноз қўйилади.

Роберт Кох яшаган даврдан буён силга диагноз қўйишда Кохнинг туберкулин синамаси қўлланилмоқда. (Alt Tuberculin Kochi - ATK). Бу туберкулинни глицерин-пептонли булёнда 4-6 ҳафта давомида ўстирилган микобактерия культурасини бир соат давомида ўтувчи буғ ёрдамида стериллаш ва 1/10 ҳажмдаги қуюлтириш йўли билан тайёрланади. Бундан кейин уни бактериологик филтрдан ўтказилади ва бузилиб қолмаслигини таъминлаш мақсадида карбол кислота қўшилади. Шундай қилиб, эски туберкулин таркибида микобактерияларнинг яшаш давридаги ўзидан чиқарган турли моддалардан ташқари, улар ўстирилган муҳит ҳам озми-кўпми бўлади. Бу киритмалар оқсил бўлганлиги учун ўта сенсибилизациялашган организмда ўзига хос бўлмаган реакция пайдо қилиши мумкин. Шу боисдан эски туберкулиндан ташқари, таркибида ёт оқсил моддаси бўлмаган туберкулин препаратлари ҳам тавсия қилинган. Улардан ўзига хос бўлгани, бу оқсил моддалардан тозаланган қуруқ ҳолдаги туберкулиндир (Purified Prontein Derivative - PPД). Бу хилдаги препарат дастлаб 1934 йилда F. Seibert томонидан яратилган.

Биринчи марта 1939 йилда Ленинграддаги Вакцина ва зардоб институтида М.А. Линникова томонидан ушбу туберкулиннинг эксперимент сериялари олинган. 1954 йилдан бошлаб, бу институт туберкулин препаратини (ППД-Л) оммавий равишда ишлаб чиқара бошлади. ППД-Л да ёт оқсил йўқ, чунки ушбу препаратни олиш учун қўлланиладиган микобактериялар штамми (тури) сунъий озуқа муҳитда ўстирилади.

Стандарт равишда суюлтирилган, тозаланган туберкулинга (ППД-Л) стабилизациялаш мақсадида 0,005% ли твин-80, консервациялаш учун эса 0,01% ли хинозол қўшилган. Унинг фаоллиги халқаро туберкулин бирлик билан ўлчанади. Бу суюқлик стабилизацияловчи эритма ёрдамида тозаланган қуруқ туберкулин талқонидан тайёрланган бўлиб, рангсиз тиниқ. Тозаланган туберкулин талқони одам ёки қорамол микобактерия культурасини юқори ҳароратда ултрафилтрлаш йўли билан ўлдириб тайёрланади. Филтрдан ўтган модда (филтрат) суперцентриф-угаланади, кейин уч хлор сирка кислота ёрдамида чўктирилади ҳамда унга спирт ва эфир билан ишлов берилади.

Ҳозирги вақтда препаратни 12 ойгача қўллаш мумкин. Уни 0^0 дан $+4^0$ гача бўлган ҳароратда қоронғи жойда сақлаш лозим.

Туберкулин ёрдамида диагноз қўйишнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1) тери устига қўйиладиган синама;
2) тери синамаси;
3) тери орасига қўйиладиган синама;
4) тери ости синамаси.

Тери усти синамаси илк бор Моро томонидан тавсия этилган бўлиб, унинг номи билан юритилади. Синама жуда оддий ва оғриқсиз. У қуйидаги усулда бажарилади: кўкрак ёки қорин терисига эски Кох туберкулини ва сувсизлантирилган ланолиндан тенг (1:1) нисбатда тайёрланган малҳам 5 см қилиб суртилади ва бир минут давомида ишқалаб турилади. Агар синама мусбат бўлса, 24 соатдан кейин терининг ишқаланган жойида 3-5 дона майда оч қизил рангли тугунчалар (доначалар) пайдо бўлади. Бу синама сил касалини ўз вақтида аниқлашда унчалик катта ёрдам бермайди ва Пиркенинг тери синамасига нисбатан анча кам мусбат натижа беради. Тери синамаси 1907 йилда Пирке томонидан тавсия этилган. Бу синама яқин йилларгача болалардаги сил билан инфекцияланиш даражасини аниқлаш учун барча мамлакатларда кенг қўлланиб келинган. Ҳозир эса бу мақсад учун фақатгина тери орасига юбориладиган Манту синамаси қўлланилади. Пирке синамаси қуйидаги усул билан қўйилади: эфир билан артилган (дезинфекция қилинган) билак терисининг ички қисмига эски туберкулиндан бир томчи томизилади: томчидан 10 см пастда, яъни туберкулин бўлмаган жойда платинадан ишланган махсус асбоб билан терининг устки қавати юза қилиб тирналади (синаш учун), кейин туберкулин томизилган жой ҳам худи шу йўсинда тирналади. Тирнаш жуда юзаки бўлиши ва қон чиқмаслиги керак. 24 соатдан кейин, баъзан ундан ҳам олдин терининг тирналган жойида у ёки бу ўлчовдаги атрофи қизарган бўртма (шиш, папула) пайдо бўлади. 48 соатдан кейин эса бу бўртма ўзининг энг максимал катталигига етади. Шу боисдан Пирке синамасини 24, 48 ва 72 соатдан кейтин ўқиш керак (кечиккан реакция бўлиши мумкин). Агар юқорида кўрсатилганидек уч марта текширишнинг иложи бўлмаса, у ҳолда фақат 48 соатдан кейин текшириш мақсадга мувофиқ. Шунда диаметри 5 мм ва ундан кўп бўлган папула (инфилтрат) борлиги аниқланса, реакция мусбат ҳисобланади.

Бизнинг мамлакатимизда болалар ва ўсмирлар, биринчи бор сил микобактериялари бор-йўқлигига, аҳолини оммавий равишда йилига бир марта 2 ТБ ППД-Л Манту синамасини қўйиш орқали текширилади. Инфекцияланиш даражаси, туберкулин реакция-сининг виражи (бурунги манфий туберкулин синамасини биринчи бор мусбат реакцияга ўтиши) болалар, ўсмирлар ва катталарда гиперергик реакциялар аниқланиши билан ўлчанади. Бундан ташқари, 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси сил микроби билан зарарланмаган ва ўзининг ёши бўйича БЦЖ вакцинаси билан қайта эмланиши керак бўлган одамларни топиш учун ҳам қўлланилади.

Оммавий равишда БЦЖ вакцинаси билан эмлаш даврида, 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси балалар ва ўсмирлардаги вираж ҳамда гиперергик реакцияларни аниқлашда асосий ўрин тутади. Агар туберкулин синамаси натижалари тўғри аниқланса, у ҳолда айнан мақсадга мувофиқ профилактика ва даволаш ишларини олиб бориш имкони туғилади.

Болалар ва ўсмирлардаги БЦЖ вакцинасини эмлашгандан кейин пайдо бўладиган аллергия билан сил микобактериялари юққандан кейин пайдо бўлган аллергияни бир-биридан фарқлаш учун 2 ТБ Манту синамасининг мусбат реакцияларини тўғри аниқлаш лозим. Бу борада хатога йўл қўймаслик учун қуйидаги далилларга мурожаат қилиш керак: мусбат туберкулин реакциясининг интенсивлиги; БЦЖ вакцинаси билан неча марта эмланганлиги; эмлашдан кейин пайдо бўладиган чандиқнинг бор-йўқлиги ва унинг ҳажми (ўлчами); эмлашдан кейин ўтган вақт; сил бемори билан контактнинг бор ёки йўқлиги, касалликнинг клиник аломатлари бор ёки йўқлиги.

Вакцинациядан кейин пайдо бўладиган аллергиянинг хусусиятлари: а) инфекцион аллергияга нисбатан суст кечиши; манфий, шубҳали ва унча кучли бўлмаган (ҳажми 11 мм гача) мусбат туберкулин реакциясининг мавжудлиги (эмланганларда 90,6% учрайди). Фақат 9,4% болалар ва ўсмирларда БЦЖ билан эмлангандан кейин 2ТБ Манту синамасининг реакцияси 12-16 мм га етади, бу эса инфекцион аллергия билан адаштиришга олиб келиши мумкин. Гиперергик реакциялар (инфилтратнинг диаметри 17 мм ва ундан кўп) эмлашдан кейинги аллергияга хос эмас ва у ҳар доим инфекцион аллергия борлигидан дарак беради, динамикада реакциянинг кучсизланиши кузатилади. Эмлашдан кейинги аллергия дастлабки 1 – 1,5 йил давомида энг юқори даражада бўлиб, ундан кейин аста-секин кучсизланиб боради.

Аммо бу белгиларнинг барчаси нисбий хусусиятга эга. Шунинг учун ҳар бир аниқ ҳолда эмлашдан кейинги белгини, инфекцион аллергия бор ёки йўқлигини билиб, ҳар бир ҳолатни алоҳида ҳал қилмоқ керак. Манту синамаси қатъий равишда тери орасига юборилади: билакнинг ички томони ўрта қисмига бир граммли шприц (махсус туберкулин шприци) билан 0,1 мл препарат юборилади. Туберкулиннинг керакли миқдори стерилланган узун игна билан олинади. Кейин шприцга қийшиқ кесимли калта ва ингичка стерилизация қилинган нина ўрнатилади. Ҳар бир текширилувчига алоҳида шприц ва нина ишлатилади, Манту синамасини махсус тайёрланган тиббий ҳамшира қўяди, унинг натижасини эса врач ёки врач назорати остида ҳамшира аниқлайди. Манту синамасининг натижаси 72 соатдан кейин аниқланади. Папуланинг (инфилтратнинг) катталигини мил-лиметрли чизғич билан ўлчаш лозим. Билакнинг узунасига нисбатан папуланинг кўндаланг ҳажми ўлчанади. Агар папуланинг ўлчови (диаметри) 0 дан 1 мм гача бўлса, реакция, деб ҳисобланади, 2 мм дан 4 мм гача бўлса ёки ҳар қандай ўлчовдаги папуласиз гиперемия шубҳали ва ниҳоят папуланинг ҳажми 5 мм ва ундан юқори бўлса, мусбат реакция ҳисобланади.

Гиперергик реакция болалар ва ўсмирларда папуланинг ўлчами 17 миллиметр ва ундан юқори бўлганда, катталарда эса 21 миллиметр ва ундан юқори бўлганда қайд қилинади. Бундан ташқари, терининг синама қўйилган жойида пуфакча ёки некроз каби реакциялар бўлса, инфилтратнинг ўлчови ва лимфангит бор ёки йўқлигидан қатъий назар реакция гиперергик ҳисобланади (10.1-расм).

ТУБЕРКУЛИН СИНАМАЛАРИ

10.1-расм. Тери орасига юбориладиган Манту синамасини қўйиш техникаси ва унинг натижалари

Манту синамаси қўйишга монеликлар

Манту синамасини 2 ТБ билан қўйилиши болалар ва ўсмирлар учун мутлақо безарар. Бироқ болалар бошидан ўтказган юқумли ва соматик касалликлар терининг туберкулинга сезгирлигини ўзгар-
тиради, шунинг учун синама натижасини баҳолаш қийин бўлади. Бинобарин, сил синамасини қўйишга бир қанча нисбий монеликлар бўлади. Жумладан,

тери касалликлари, ўткир ва сурункали юқумли ва соматик касалликларнинг хуруж даври, аллергик ҳолатлар (ревматизм, бронхиал астма), эпилепсия шуларга киради.

Манту синамасини касалликнинг клиник белгилари қайтгандан кейин 1 ой ўтгач ёки карантин тугаши биланоқ қўйиш мумкин. Юқумли касалликлар бўйича карантиндаги болалар жамоаларида Манту синамаси қўйилмайди.

Манту синамаси билан бошқа барча профилактик эмлашлар, биологик текширув синамалари ораси 1 ойдан кам бўлмаслиги лозим. Хулоса қилганда, сил синамасини қуйишга мутлақ монеликлар йўқ.

Болалар шифохонасида (касалхона ёки поликлиникада) сил инфекцияси бор ёки йўқлигини узил-кесил аниқлаш учун, агар 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси манфий натижа берган бўлса, фтизиопедиатрнинг маслаҳати билан 20 ТБ ППД-Л синамаси қўйилади. Агар 20 ТБ га ҳам реакция манфий бўлса, унда 100 ТБ ППД-Л синамаси қўйилади (фаоллиги жиҳатдан Кох ёки АТК туберкулиннинг тахминан 1:100 нисбатда эритилганига тенг). Одатда 100 ТБ билан қўйилган Манту синамаси манфий реакция берса, унда сил инфекцияси йўқ, деб қатъий хулоса чиқариш мумкин.

Силга қарши диспансер ва стационарларда сил касаллигининг клиник диагностикаси учун 2 ТБ ППД-Л дан ташқари, туберкулиннинг турли дозалари билан Манту синамаси қўйилиши мумкин. Бундан ташқари, ППД-Л ёки АТК туберкулинларига организмнинг сезувчанлигини текшириш имконини берадиган бошқа усуллар ҳам қўлланилади: поғонали тери усти синамаси, Кохнинг тери ости синамаси, туберкулин титрини аниқлаш, эозинофил-туберкулин синамаси, гемо ва протеин-туберкулин синамаси ва бошқалар.

Клиника шароитларида кўпинча Пирке синамасининг модификацияси бўлган ***поғонали тери усти синамасидан*** фойдаланилади.

Билакнинг ички юзаси терисига юқоридан пастка қараб туберкулиннинг тўрт хил эритмасидан бир томчидан томизиб чиқилади: 100, 25,5 ва 1% ли. Бешинчи томчи 0,25% ли карбол кислота қўшилган физиологик эритма бўлиб, бу текширувчи томчи ҳисобланади. 0,25% ли карбол кислотали физиологик эритма туберкулинни суюлтириш учун ишлатилади. +ўл териси олдиндан эфир билан тозалаб қўйилиши ўз-ўзидан маълум. Махсус асбоб ёрдамида (платинадан ишланган перосимон асбоб) тери пастдан, яъни контролдан юқорига қараб бирин-кетин тирналади, ва энг охирида 100% ли туберкулин томчиси томизилган жойни тирнаш билан якунланади. Тирналган жойда оқ бўртмача пайдо бўлиши туберкулин сўрилганидан дарак беради. Реакция инфилтрат кўндаланг ҳажмини ўлчаш йўли билан 24, 48, 72 соатдан кейин текширилади.

Туберкулиннинг тўрт хилдаги эритмасининг ҳар бирига бўладиган реакция инфилтратнинг ҳажми бўйича ҳам, эритманинг кучига мос келиши билан ҳам ҳилма-хил бўлиши мумкин. Н.А.Шмелевнинг фикрича, бу синама нерв тизими ҳолатининг маълум бир фазасини ифодалаб беради. Ўзи соғлом,

аммо сил инфекцияси билан зарарланган одамларда поғонали тери усти синамаси адекват натижа беради, бошқача қилиб айтганда, туберкулин концентрацияси камайиши билан реакциянинг кучсизланиши ўзаро тўғри пропорционал бўлади. Сил билан оғриган беморларда, айниқса унинг сурункали кечадиган тури билан оғриганларда синама ноадекват реакция бериши мумкин, яъни туберкулиннинг кучсиз концентрациясига кучли реакция (пародоксал реакция) ёки ҳаммасига бир хил реакция (тенглашган реакция) бериши мумкин.

Кохнинг тери ости синамаси. Бу синама Манту синамасига қараганда анча сезгир. Бу синама касалликни дифференциал диагностика қилиш қийинлашган ҳолларда, асосан, катта ёшдаги кишиларда қўлланилади. Бунинг учун 10-20-50 ТБ ППД-Л (стандарт равишда эритилган тозаланган туберкулиннинг 0,5-1-2,5 миллиметрига тўғри келади) тери остига юборилади. Болаларда Кох синамаси фақатгина 2 ТБ била,н Манту синамаси манфий реакция берган ҳолда, ўта зарурат бўлганда 10-20 ТБ ППД-Л дозада қўлланилади. Тери ости синамаси уч хил реакция бериши мумкин: бевосита тери остига туберкулин юборилган жойда, морфологик сил ўчоғида ва бутун организмда. Касалликни дифференциал диагностика қилишда бу синаманинг аҳамияти жуда катта. Ўпкада мавжуд бўлган патологик ўчоқ атрофида реакция содир бўлса, уни ўзига хос жараён, яъни сил касаллигига хос жараён деб талқин қилиш мумкин.

Тери ости синамасини ўпкада ва кўкрак қафасидаги лимфа тугунларида мавжуд бўлган ўзига хос ўзгаришларнинг ҳолатини аниқлашда ҳам қўлланилади. Ҳар бир ҳолда, фақатгина маҳаллий ўчоқ атрофидаги ва умумий реакцияни ҳисобга олиб қолмасдан, балки қон формуласидаги силжишга, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ўзгаришига ва қон зардобидаги оқсил фракция-ларининг ўзгариши (гемо ва протеин–туберкулин синамаси) га эътибор бериш лозим. Дастлаб ушбу кўрсаткичлар аниқлаб олинади ва тери остига теберкулин юборилгандан кейин 24 ва 48 соат ўтгач (икки марта) қайтадан аниқланади.

Гемотуберкулин синамаси гемограмманинг қуйидаги тўрт компонентида ўзгариш содир бўлганда мусбат ҳисобланади: эритроцитларнинг чўкиш тезлигини 3 мм соат бундан кўпроққа кўпайиши; таёқча ядроли нейтрофиллар чапга силжи-шининг икки баробар кўпайиши; лимфоцитларнинг 10% ва ундан кўпроқ камайиши ва бошқалар.

Агар албуминларнинг камайиши, α_2 ва γ-глобулинларнинг кўпайиши 10% ва ундан юқори бўлса, протеин-туберкулин синамаси мусбат ҳисобланади. Бу синама актив локал сил касаллиги ёки сил интосикацияси бўлган болалар ва ўсмирларда 75-80% ҳолларда мусбат натижа беради, туберкулин гиперер-гиясида ва виражида эса, бу рақам 50-60% ни ташкил қилади.

Охирги йиларда Кох синамаси иммунитет реакцияларида содир бўладиган ўзгаришларни аниқлаш учун ҳам қўлланилади (бласттрансформация, лимфоцитларнинг миграцияси ва ҳ.). Бу эса, ўз

навбатида сил касаллигини дифференциал диагностика қилишда ва фаолигини аниқлашда катта имкон туғдиради.

Силнинг диагностик алгоритми

Нафас аъзолари касалликларини текшириш усуллари кўплигига қарамай, ўпка силини ўз вақтида аниқлаш хануз клиник муаммолигича қолмоқда. Ўпка сили ва бошқа ўпка касалликларини аниқлашда, баъзан хатоликларларга йўл қўйилади. Бунда шифо-корнинг билими етарли эмаслиги ва амалий тажрибаси йўқлигидан эмас, балки, бунга ўпка касалликларининг объектив сабабларга боғлиқ мушкул клиник ҳолати сабаб бўлади. Ҳамда, ўпка касалликларида учрайдиган клиник белгиларнинг кўплиги, ўхшашлиги сабаб бўлиши мумкин. Касаллик ҳар бир бемор организмининг ўзига хос хусусиятлари, реактивлиги хусусият-ларига боғлиқ ҳолда секин-аста ёки бирданига авж олиши, ёхуд торпид кечиши мумкин. Ўпка касалликларини аниқлашни, кўпинча, нафас бузилиши патогенезининг бирламчи механизми ҳам қийинлаштиради. Аммо ҳар бир нозологик тур асосида, клиник ўзгаришларнинг сабабини аниқлайдиган, касалликнинг намоён бўлишидаги ўзига хос морфологик ўзгаришлар, яъни тўқимадаги реакциялар асосий аҳамиятга эга. Касалликнинг морфологик асосларини мавжуд клиник ўзгаришларга алоқадорлигини инобатга олгандагина ўпка патологиясига аниқ диагноз қўйиш мумкин.

Шунинг учун, касалликни аниқлаш мақсадидаги текши-рувларни стандартлаштириш ва тўла-тўкис бажарилишини қатъий назорат қилиш; фтизиатрлар ва пулмонологлар ўпка касаллик-ларининг дифференциал диагностикасини имкони борича амалга оширадиган, аниқланган ўзгаришларни баҳолашда ягона клиник морфологик текширишга суянувчи тамойилларни ишлаб чиқиш даркор.

Ҳозирги вақтдаги клиник диагноз сил беморнинг тақдирини узоқ муддатга аниқлаб берувчи мураккаб тушунчаларни ўз ичига олади. Сил диагнозини аниқ қўйиш статистика, эпидемиология, клиника ва прогнозда муҳим аҳамиятга эга.

Сил диагностикасининг ҳозирги таркибий қисмлари (компо-нентлари) қуйидагилардан иборат.

1. Нозологик диагноз.
2. Касаллик тарихи.
3. Клиник тур.
4. Жараён ўрни ва тарқалганлиги.
5. Асоратлари.
6. Функционал ўзгаришлар.
7. Сабабчи (келтириб чиқарувчи) касалликлар.
8. Беморнинг контагиозлиги (бактерия ажратиши).
9. Касаллик қўзғатувчининг хусусиятлари, биринчи навбатда дориларга сезгирлиги.

Нафас аъзолари силини аниқлаш усуллари

Ҳозирги замон тиббиёти, сил диагностикасида кўплаб усулларни қўлламоқда. Бу усуллар, патогенези мураккаб поли-морфизмдан иборат, ривожланишида бир неча босқични ўтадиган ўпка касаллигини аниқлашда ёрдам беради. Аниқлаш усулларининг ҳар бири тиббий, иқтисодий, психологик аҳамиятга эга бўлиб, баъзи чекланишларни ўз ичига олади. Бу усуллардан бирортасини асосий деб оладиган бўлсак, катта хато қилиш мумкин, зеро бу ҳолатларда касалликни аниқлаш учун фойда бермайдиган усул бошқа кўпгина беморларни шифокор назоратидан четда қолдиради.

Силни аниқлаш усуллари

Аъзолар ва тўқималарда силга хос ўзгаришларни аниқлаш.

Билвосита усуллар:

1. Анамнез ва физикал текширувлар;
2. Биокимёвий текширишлар;
3. Функционал текширишлар.

Бевосита усуллар – тўқима ўзгаришларни кўриш:

1. Тўқималарда морфологик диагностика;
2. Аъзоларда нур орқали диагностика.

Сил қўзгатувчисини аниқлаш

Билвосита усуллар:

1. Туберкулин диагноз;
2. Силга қарши антитаналарни аниқлаш;
3. M.tuberculosis махсус антигенлари таъсирида интерфе-роннинг ажралишини аниқлаш.

Бевосита усуллар:

1. Бактериоскопик диагностика;
2. Бактериологик диагностика;
3. M.tuberculosis антигенларини аниқлаш;
4. Молекуляр-биологик усуллар.

Силни аниқлашнинг барча усулларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин. 1 гуруҳга барча касалликларга умумий бўлган усуллар киради, бу усул билан айнан организмдаги касалликка хос ўзга-ришлар аниқланади. Сил учун бу бевосита усул бўлиб, морфологик, нур усул ҳисобланади, билвосита усулларга беморни текши-ришнинг классик усули, турли лаборатория текширувлари (клиник, биокимёвий, баъзи иммунологик ва бошқа усуллар), функционал аниқлаш усуллари киради.

Фақат юқумли касалликларда қўлланадиган иккинчи гуруҳ усулларини, касаллик қўзғатувчисини қидириш ва идентифика-цияловчи усуллар ташкил этади. Булар тўғридан-тўғри диагностик материалнинг микроскопияси, бактериологик усуллар ёки микро-организмларнинг организмда борлигини аниқловчи бевосита усуллардир (масалан, специфик антитаналарнинг борлигига асос-ланиш).

Бевосита ва билвосита усулларнинг диагностик аҳамияти бир хил эмас, аммо ҳар бирининг қўлланилиши ўрни аниқ бўлиб, диагноздаги у ёки бу вазифаларга жавоб беради.

Шуни таъкидлаш лозимки, диагностик усулни диагностик материални олиш усулидан фарқ қилиш керак. Бронхоскопияда олинган лаваж суюқлигини иммунологик, биокимёвий, цитологик усулларда текшириш мумкин; периферик лимфа тугунининг биоптатини гистологик, микробиологик ва бошқа усулларда ҳам текшириш мумкин.

Ўпкада патологияси бор беморларни бирламчи текшириш

Текшириш усуллари	Тадбирлар, текширишлар, тестлар
Умумий клиник	Анамнез ва шикоятларни тўплаш, физикал текширишлар. +онни, сийдикни, балғамни текшириш.
Рентгенологик	Олд ва ёнбош проекцияларда, кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси кўкс оралиғи аъзолари ва ўпкалар томографияси.
Биокимёвий	+ондаги оқсил фракциялари. Фибриноген, протромбин индекси. +ондаги қанд. Билирубин, трансаминазалар.
Микробиологик	Балғам ёки бошқа патологик материални (3 кун давомида 3 тадан кам бўлмаган порцияси) бакте-риоскопия ва экиш усулида сил микобакте-рияларга текшириш. Балғам ёки бошқа патологик материални носпецифик микрофлорага (3 кун давомида 3 тадан кам бўлмаган порцияси) санаб, ҳисобга олиш усулида текшириш.
Функционал	Спирография. +ондаги газлар. Электрокардиография.
Бронхологик	Бронхоскопияда микробиологик, цитологик, гис-тологик текширишлар учун материал олиш.

Биринчи босқич текширишлардан кейин, аниқлашда қийинчилик бўлса, янада мураккаб техник усулларни қўллаш керак бўлади. Албатта бу усуллар даволаш муассасалари учун имкон доираси чегараланган, силдан ташқари муассасада қиммат бўлиб, беморларга оғирлик қилиши мумкин. Шунинг учун бундай усулларни ҳар бир бемор билан келишилган ҳолда қўллаш керак.

Ўпка патологияси бор беморларни қўшимча текшириш

Текшириш турлари	Амалга ошириладиган текширишлар, тестлар

Рентгенологик	Компютер томография Магнит-резонансли томограмма Рентгенконтраст текширувлар
Биокимёвий	«Ўткир фаза» оқсиллари Ишқорий фосфатаза ЛДГ фракциялари билан А1-Антитрипсин +он электролитлари
Микробиологик	Носпецифик флора, ажралган микобактериялар турини, дориларга чимдамлилигини аниқлаш. Серологик усулда (бевосита иммунофлюо-ресценция, суст гемаглютинацияси реакцияси) носпецифик микрофлора аҳамиятини аниқлаш. Бактериоскопик ва экиш усулларида балғам ёки бошқа патологик материални микологик тек-шириш.
Функционал	Бодиплетизмография (умумий плетизмография) +изилўнгач орқали зонд юттириш йўли билан нафас механикасини ўрганиш. Ўпканинг диффуз қобилиятини ўрганиш. Тинч ҳолатда ва дозаланган физик юклашдан кейин ўпкадаги газлар алмашинувини тек-шириш. Эхокардиография.
Диагностиканинг жарроҳлик усуллари	Медиастиноскопия. Торакоскопия. Торакотомия.
Иммунология	+ондаги ЦИК. +он иммуноглобулинлари. Агарда замбуруғлар ажратилса, иммундиффуз текшириш усуллари, суст гемагглютинация реакциялари; ИФА.
Молекуляр диагностика	Касаллик қўзғатувчисини ПЗР га асосланиб аниқлаш.

Нафас аъзоларининг дифференциал диагностикаси

Сил ва бошқа нафас аъзолари касалликларининг намоён бўлиши турли-туманлиги билан ажралиб туради. Шу сабабли, амалий нуқтаи назардан дифференциал диагностикани асосий рентгенологик синдромлар билан олиб бориш қулай: ўпка илдизи патологияси, тарқоқ жараёнлар, чегараланган соялар, кавакли соя-
лар, юмалоқ соялар, плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиши. Асосий рентгенологик синдром орқали, бошқа скиалогик феноменлар билан қўшилиб келганда ҳам касалликни аниқлашнинг энг самарали усулларини танлаш ва изчиллигини кўрсатиб беришкерак бўлади.

Нафас аъзолари силининг дифференциал диагностикаси

Асосий рентгено-логик синдром	Дифференциал диагностикага киритилиши лозим бўлган асосий касалликлар
Тарқоқ жараён	Сил Саркоидоз Пневмокониозлар Гистиоцитоз Х (Лангерганс ҳужайраларидан ҳосил бўлган гистиоцитоз) Пневмомикозлар Фиброзланувчи алвеолит (интерстициал ўпка фибрози турли кўриниши) Ўпканинг метастатик жароҳатланиши Бронхоалвеоляр рак Ўпканинг носпецифик яллиғланиш жараён-лари Ўпка шиши (юрак ёки ўпка етишмовчилиги сабабли) Бириктирувчи тўқима диффуз касалликлари Тизимли васкулитлар Тўпланиш касалликлари (биринчи навбатда ўпка алвеоляр протеинози)
Ўчоқли соялар	Сил Ўпка саратони Ўпканинг метастатик жароҳатланиши Носпецифик яллиғланиш жараёнлари
Ўпка тўқимасининг сояланиши: чегаралланган,тотал, субтотал	Ўпка сили Ўпка саратони Ўпканинг метастатик жароҳатланиши Носпецифик яллиғланиш жараёнлари Эозинофилли зотилжам Брохнинг ателектаз билан компрессияли, обтурацияли стенози.
Юмалоқ соялар	Ўпка сили Ўпка саратони Ўпканинг метастатик жароҳатланиши Ўпканинг хавфсиз ўсмалари Ўпка кисталари Туғма хасталиклар
Бўшлиқлар (каваклар)	Ўпка сили Носпецифик яллиғланиш жараёнлари Ўпка саратони Ўпканинг метастатик жароҳатланиши Ўпка кисталари
Плевра бўшлиғида	Сил

суюқлик бўлиши	Носпецифик яллиғланиш жараёнлари Плевранинг метастатик жароҳатланиши Мезотелиома Юрак етишмовчилиги Буйрак етишмовчилиги Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касаллик-лари
Ўпка илдизи кенгайиши	Сил Саркоидоз Пневмокониозлар Лимфа безларининг матастатик жароҳат-ланиши Лимфогранулематоз Хожикинскиймас лимфомалар Юрак-томир тизими патологияси (туғма ёки орттирилган)

11 БОБ

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

ТАШ+И НАФАС ФУНКЦИЯСИНИНГ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Сўнги йилларда бутун жаҳонда, хусусан саноати ривож-ланган мамлакатларда, сурункали обструктив ўпка касалликлари (СОЎК) кўпайиб бораётганлиги муносабати билан бу муаммо амалий ва ижтимоий жиҳатдан тобора катта аҳамиятга эга бўлиб бормоқда.

СОЎК деган ибора йиғма тушунча бўлиб, нафас системасининг бир гуруҳ сурункали касалликларини, жумладан, сурункали обструктив бронхит (СОБ), ўпка эмфиземаси (ЎЭ), оғир ўтадиган бронхиал астма (БА) ни ўз ичига олади. “Сурункали обструктив ўпка касалликлари” деган тушунчага А+Ш ва айрим Оврўпо олимлари фикрича, муковисцидоз (МВ), облитерацияловчи бронхиолит (ОБ) ва бронхоэктаз касалликлари (БЭК) ҳам киритилади (А.Г.Чучалин, 1999*).

Ўпка силига бронхлар обструкциясининг қўшилиши касаллик кечишини кескин оғирлаштирувчи омиллардандир. Специфик жараён тарқалиши, ёндош бронхлар патологиясининг мавжудлиги, ўпка функциясининг сезиларли бузилишига сабаб бўлиб, даволашда маълум қийинчиликлар туғдириши мумкин.

Адабиёт маълумотлари ўпка сили билан оғриган беморларнинг 63% да бронхообструктив синдром аниқланишидан гувоҳлик беради. Бронхообструктив синдром ўпка силининг барча турларида учрайди ва у кўрсаткич специфик жараённинг кечиш муддатига ва ўпкадаги қолдиқ ўзгаришларнинг қай даражада ифодаланганлигига боғлиқдир. Бронхообструктив синдромнинг, силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлари бор шахсларда тарқалиши, аҳолининг бошқа қатламларидагидан 2-3 баробар ортиқ бўлиб, бу ҳолат бемор-ларнинг иш қобилиятини вақтинча йўқолиши, ногиронлик ва бевақт ўлимнинг асосий сабабларидан биридир.

Юқорида келтирилган маълумотлар, диагнозни ўз вақтида ва тўғри қўйиш учун, аниқ мақсадга қаратилган текширишларни кенг доирада ўтказишни қатъий равишда зарур қилиб қўяди. Шу билан бирга, бронх-ўпка касаллиги билан оғриган беморни текшириш иши, патологик ўзгаришлар, функционал диагностикасини ўтказмасдан туриб, касалликнинг авж олиб бориш жараёнида

---

*СОЎКга доир халқаро келишувлар (1995), “Федерал дастур” (Москва - 1999).

юзага келадиган мослаштирувчи компенсатор реакцияларни аниқлаб олмасдан туриб ўтказиладиган бўлса, олинган ҳамма маълумотлар ноаниқ бўлиб қолади. Модомики шундай экан, функционал диагностика масалаларини ўрганиб билиб олиш, ҳар бир врач учун зарур деб ўйлаймиз. Бу масалаларни билиб олган врач, диагнозни ўз вақтида аниқлаш, беморга тўғри даво буюриш ва қилинаётган давонинг қандай натижа бераётганини мудом кузатиб бориш учун ташқи нафас функциясини текшириш усулларидан ўзининг амалий ишида бемалол фойдаланадиган бўлади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, сурункали обструктив ўпка касалликларига қарши ишлатиладиган дори-дармонлар кўп бўлишига қарамай, ҳозирги вақтда бу хасталикни батамом тузатиб, беморни дарддан халос қилиб юбориш мумкин эмас. Лекин шу касалликларнинг симптомларини назорат қилиб борса бўлади ва назорат қилиб бориш керак. Бунинг учун диагноз аниқ бўлиши ва нафас йўлларининг обструкцияси қилинаётган даво таъсирида қандай ўзгариб бораётганини доим кузатиб бориш керак.

Фақатгина симптомларнинг ўзигагина асосланиб туриб, бронхлар обструкциясига баҳо бериш қийинлигини амалий врачлар яхши билишади. Амалиётдан маълумки, беморларнинг шикоятлари, айниқса, касаллик оғир ўтаётган ва кўпдан бери давом этиб келаётганда, обструкция даражасига ҳамиша ҳам тўғри кела-вермайди. Ташқи нафас функциясини текшириб, ўлчаб кўришгина, бронхлар обструкцияси даражасини ва бунинг қай тариқа ўзгариб бораётганини холисона тўғри баҳолаш имконини беради.

Шунинг учун ўпка сили билан оғриган беморларнинг ташқи нафас аъзолари фаолиятини яхши билиш ва уни касаллик клини-каси билан тўғри таққослай олиш, амалиётчи врачлар учун катта аҳамиятга эгадир.

Ташқи нафас кўрсаткичлари, асосан ташқи ҳаво – алвеоляр ҳаво босқичларидаги нафасни таърифлаб бериб, улар қуйида-гилардан иборат:

1. Нафас сони (НС).
2. Нафас ҳажми (НҲ).
3. Минутлик нафас ҳажми (МНҲ).

Резерв ҳажми (нафас олиш ва нафас чиқариш резерв ҳажми – РҲол, РҲчиқ).

4. Ўпканинг ҳаётий сиғими (ЎҲС).
5. Максимал ўпка вентиляцияси (МЎВ).
6. Нафас резерви (НР).
7. Ўпканинг жадаллашган ҳаётий сиғими.
8. Тиффно индекси (ЖНҲ1/ЎҲС). ЖНХ1 – 1 секундда жадал чиқарилган нафас ҳажми, FEV1 – Forced respiration volume persecond.

Алвеоляр ҳаво – ўпка капиллярлари қони босқичида содир бўладиган газ алмашинуви кўрсаткичлари: минутлик кислород ютилиши (МКЮ), кислороддан фойдаланиш коэффициенти (КФК).

Ўпка ҳажмлари ва сиғимлари

1. Нафас ҳажми (НҲ) – одам тинч ҳолда нафас олаётган маҳалда олинадиган ва чиқариладиган ҳаво ҳажми.

2. РҲол – олинадиган резерв нафас ҳажми – тинч ҳолда нафас олингандан кейин яна қўшимча равишда олиш мумкин бўлган энг кўп ҳаво ҳажми.

3. РҲчиқ - чиқариладиган резерв нафас ҳажми – тинч ҳолда нафас чиқарилганидан кейин яна қўшимча равишда чиқариш мумкин бўлган энг кўп ҳаво ҳажми.

4. Ў+Ҳ – ўпканинг қолдиқ ҳажми – мумкин қадар чуқур нафас чиқарилгандан кейин ўпкада қоладиган ҳажм.

5. Еол – олинадиган нафас ҳажми – НҲ билан РҲол нинг йиғиндиси – ўпка тўқимасининг “чўзилишга” лаёқатини ифодалайдиган тушунча.

6. ЎҲС – ўпканинг ҳаётий сиғими – НҲ, РҲол ва РҲчиқ нинг йиғиндиси – мумкин қадар чуқур нафас олингандан кейин чиқариш мумкин бўлган энг кўп ҳаво ҳажми.

7. Ф+С – функционал қолдиқ сиғим (одам тинч ҳолда нафас чиқарганидан кейин ўпкада қоладиган ҳаво ҳажми) (РҲчиқ билан Ў+Ҳнинг йиғиндиси).

8.ЎУС – ўпканинг умумий сиғими – ЎҲС билан Ў+Ҳнинг йиғиндиси, жуда чуқур нафас олинган маҳалда ўпка ўзига жо қила оладиган энг катта ҳажм.

9. НҲ, РҲол, РҲчиқ ва ЎҲС кўрсаткичлари бевосита спирография йўли билан тегишли ҳаракатларни бажариб аниқланади.

10. Ф+С ни аниқлаш ва Ў+Ҳ билан ЎУСни ҳисоблаб топиш учун махсус усуллардан фойдаланиш зарур бўлади.

Ўпка вентиляциясининг кўрсаткичлари

Ўпка вентиляциясининг кўрсаткичлари вақт бирлигида ўпкага кирувчи ва ўпкадан чиқувчи газлар миқдори билан тавсифланади.

1. НС – нафас сони - тинч ҳолда нафас олинаётган маҳалда минутдаги нафас ҳаракатларининг сони.

2. МНҲ – минутлик нафас ҳажми – одам тинч ҳолатда нафас олаётган маҳалда бир минутда ўпкага кирадиган ва ундан чиқадиган умумий ҳаво ҳажми. Одам тинч турган пайтда МНҲ одатда минутига 6 - 8 л ни ташкил қилади. МНҲ – ниҳоятда кўп ўзгарувчан миқдор бўлиб, уни баҳолаш анча қийин.

3. АМВ –алвеолаларнинг минутлик вентиляцияси (МАВ – минутная альвеолярная вентиляция) – одам тинч ҳолатда нафас олиб турган маҳалда, алвеолаларда 1 минут давомида алмашинадиган газлар миқдори. Нафасга олинадиган ҳавонинг ҳаммаси ҳам алвеолаларга етиб боравермайди, унинг тахминан учдан бир қисми газлар алмашинувида бевосита иштирок этмайди ва функционал ўлик бўшлиқ (ФЎБ) ҳажмини ташкил этади. АМВ миқдори метаболизм даражасига боғлиқ. Алвеолаларнинг гипо- ва гипервентиляцияси деган тушунчалар бор. Равшанки,

АМВ = (НҲ - ФЎБ) х НС = МНҲ – ФЎБ х НС.

Бундан МНҲ бирдек бўлиб турганида АМВ ҳар хил бўлиши мумкинлиги кўриниб турибди. Одам чуқур-чуқур ва сийрак нафас олаётган маҳалда МНҲ бирдек бўлиб турганида ҳам, АМВ миқдори юза ва тез-тез нафас олиш маҳалидагидан кўра катта бўлади, чунки бунда ўлик бўшлиқ вентиляцияси кучаяди. Равшанки, умумий гипервентиляция маҳалида алвеолаларда гиповентиляция бўлиши мумкин, нафас етишмовчилиги пайтида кўпинча ана шундай ҳолат кузатилади.

4. ЎЖҲС (FVC)– ўпканинг жадаллашган ҳаётий сиғими – спирографик текширувнинг асосий кўрсаткичларидан бири. Худди ЎҲС ни текширишда қилинганидек, мумкин қадар чуқур нафас олиб, мумкин қадар чуқур нафас чиқариш талаб этилади, лекин ЎҲСни текширишдагидан фарқ қилиб, бу ўринда нафас мумкин қадар катта тезлик билан чиқарилади.

Ўпка обструктив касалликларида ўпканинг механик хусусиятлари бир хил тарзда бўлмайди. Ўпканинг турли қисм-ларидан газ ҳар хил тезлик билан чиқариладиган бўлиб қолади. Газ чиқаришнинг тезлиги ҳаво йўлларининг ўтказувчанлигига боғлиқ бўлгани учун мана шу синама биринчи навбатда обструктив ўзгаришлар бор-йўқлигини билиб олишга имкон беради. ЎЖҲС эгри чизиғини олиш учун бир талай кўрсаткичлардан фойдаланиш таклиф этилган, аммо ЖНҲ$_1$ (FEV_1) ва МХТ$_{25-75}$ (FEF_{25-75}) лар уларнинг асосийларидир.

ЖНҲ$_1$ (FEV_1) –ЎЖҲС ни текшириш маҳалида бир секунд ичида жадал чиқарилган нафас ҳажмини ифодалайди. Бу ўпка вентиляция функциясини акс эттирадиган асосий кўрсат-кичларнинг бири. Обструктив ўзгаришлар бўлганида жадал нафас чиқариш сусайиб қолиши ҳисобига, рестрикция

маҳалида эса, барча ўпка ҳажмларининг камайиши ҳисобига, бу кўрсаткич пасаяди. ЖНҲ1 (FEV_1) миқдори нормал ёки сезилмас даражада камайган бўлиши мумкин.

Одатда Тиффно индекси (кўрсаткичи) ҳисоб қилиб чиқилади. Обструктив синдромда бу кўрсаткич камаяди, чунки ЎҲС арзимас даражада камайган ҳолда нафас чиқариш тезлиги секинлашади. Рестриктив синдромда барча ўпка ҳажмларининг мутаносиб камайиши ҳисобига Тиффно индекси ўзгармайди ёки ҳатто катталашади.

ЖНҲ1 (FEV_1) асосан нафас чиқаришнинг боши ва ўрта қисмида чиқаётган ҳаво тезлигини акс эттиради ва нафас чиқаришнинг охиридаги тезликка боғлиқ бўлмайди. Шу муносабат билан жадал нафас чиқаришнинг ўрта қисмидаги ўртача ҳажмий тезликни ифодаловчи МҲТ25-75 (FEF_{25-75}) кўрсаткичи таҳлил қилинади. Бу кўрсаткич майда бронхларнинг ўтказувчанлигини кўпроқ холислик билан акс эттириб беради.

Келтириб ўтилган шу кўрсаткичларга баҳо бериб, вентиляция издан чиқишининг уч хил турини ажратиш мумкин: вентиля-циянинг обструктив, рестриктив ва аралаш турларининг бузи-лишини кузатиш мумкин.

Обструктив тур – бронхоспазм маҳалида, бронхлар секрет билан қисман тиқилиб қолганида, шиллиқ пардалар шишган пайтларда кузатилади. Вентиляция бузилишининг бу хили бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит билан оғриган, бронхо-спастик ўзгаришлар билан ўтувчи зотилжамга учраган беморларда кузатилади. Бундай ҳолатларнинг ҳаммаси учун бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши хос, бунда ўпканинг нафас сатҳи сақланиб, айни вақтда Ф+Ҳ, ЖНҲ, МҲТ 25-75, (FEV_1, FEF_{25-75}) Тиффно индекси камаяди. Ўпка вентиляцияси кўрсаткичлари хусусига келганда, НҲ ортиши, НС ва КФК камайиши ҳисобига МНҲнинг кўпайиши характерли бўлиб, ўпка ҳажм кўрсаткичлари меёр доирасида қолаверади ёки арзимас даражада камайган бўлади.

Рестриктив тур (чекловчи хили) – аксари пневмосклероз, ўткир зотилжам, ўпка эмфиземаси билан оғриган, яъни, ўпка паренхимасида ўзгаришлар юзага келиши ва кўкрак қафасини чўзувчи кучлар ўзгариши билан ўтувчи касалликларга учраган беморларда кузатилади. Бу ҳолда ЎҲС, $РҲ_{ол}$ кўрсаткичлари анча камаяди, бронхлар ўтказувчанлиги эса, деярли ўзгармай қолади, МНҲ, НС ортади, КФК ва $РҲ_{чиқ}$ камаяди.

Аралаш тур – ташқи нафасга доир барча кўрсаткичларнинг ўзгариши билан характерланади, бунда бронхиал аппаратда обструктив ва рестриктив жараёнлар юзага келади. Юқорида қайд этилган касалликларнинг ҳаммаси ўпка вентиляциясининг аралаш турдаги бузилиши билан ўтиши мумкин.

Ўпка вентиляцияси функциясини текшириш учун бир нечта шарт-шароитлар тавсия этилади:

1) асосий модда алмашинуви шароитлари - текшириш эрта-лаб, наҳорда ўтказилади. Текширишдан олдин бемор камида 1 соат давомида ётган ҳолатда бўлиши, текшириш алоҳида хонада ўтказилиши, ёруғлик хирароқ, ҳаво ҳарорати 18-20° атрофида бўлиши лозим; беморни муолажа

билан олдиндан таништириш, унга дори беришни текширишдан 12-24 соат олдин тўхтатиб қўйиш керак; бемор текширишдан олдин – 2-3 кун давомида оқсил миқдори чекланган овқатлар билан овқатланиши лозим;

2) нисбатан тинчлик хусусидаги шароитлар - эрталабки ва кундузги соатлар; наҳорга ёки енгилгина нонуштадан кейин 2 соат ўтказиб туриб; 15 минут ўтириб дам олиш; бериладиган дорилар текширишнинг хилига қараб чекланади.

Функционал текширишларнинг вазифаси бронхлар ўтка-зувчанлигидаги ўзгаришлар хилини аниқ билиб олиш (диффе-ренциал диагностика ўтказиш), хасталикнинг клиник кўринишлари росмана авж олмасидан туриб, уни барвақт аниқлаб олиш, қилинаётган давонинг нечоғлик наф бераётганини баҳолаш ва патогенетик давони асослашдан иборатдир. Клиника амалиёти ва текшириш ишларида ўпка ҳажмлари ва жаддаллик билан ўпкага кириб, ундан чиқиб турадиган ҳаво оқимларини ўлчаш усуллари қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

- ўпка хасталиги бор деб тахмин қилинган ёки шундай касаллик борлиги аниқланган кишиларда касаллик босқичларини аниқлаш учун;
- ўпка касалликлари билан оғриган беморларни даволашда аллергенлар элиминацияси даражасини, дори-дармонлар билан қилинаётган давонинг самарадорлигини мониторлаш учун;
- респиратор ўзгаришларнинг оғирлик даражасига асосланиб туриб, оқибат қандай бўлишини олдиндан аниқлаш учун;
- нафас етишмовчилигини баҳолаш учун;
- аҳоли орасида респиратор тизим ҳолатини скрининг мониторинги учун.

Бу масалалар ўпка вентиляциясини текширишнинг Спиро-графия ва пневмотахография сингари кенг тарқалган усуллари ёрдамида, шунингдек нафас ва ўпкада газлар алмашинуви механикасини текширишга имкон берадиган бирмунча мураккаб усуллар ёрдамида ҳал қилинади.

Бронх-ўпка аъзолари касалликлари билан оғриган беморларни текширишда амалиётда ишлатиладиган қуйидаги оддий усуллар қўлланилади:

Генч-Штанге синамаси – бу нафас олиш ва нафас чиқариш вақтида нафасни тўхтатиб туриш мумкин бўлган энг кўп вақтни ўлчашдир. Нафас олинганда нафасни тўхтатиб туриш вақти меъёрда ≈ 40 секундни ташкил этса, нафас чиқаришда ≈ 30 секундни ташкил этади. Нафасни тўхтатиб туриш вақтининг, нафас олиш пайтида ёки нафас чиқариш пайтида қисқариши, нафас йўлларида хасталик борлигидан дарак беради.

Спирометрия – ўпкадан чиқариладиган ҳаво ҳажмини ўлчаш усулидир. Бу ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини таҳлил қилишнинг энг қадимги ва ҳаммага маълум бўлган усулидир, унинг натижаларига қараб, СОЎК (бронхит, астма, ўпка эмфиземаси) бор ёки йўқлигини билиб олиш мумкин. Ушбу усул респиратор функциясини текширишда қўйиладиган дастлабки қадамлардан биридир. Шундай текширишни ўтказиш учун сув ва

қуруқ ҳаво спирометрларидан фойдаланилади. Текшириш маҳалида бемор чуқур нафас олади ва мундштукни оғзига солиб, спирометрга бутун ҳавони пуфлаб чиқаради, бунда чиқарилган ҳаво миқдори литрлар ҳисобида спирометр шкаласидан кўриниб туради. Текширишни уч карра такрорлаш ўринлидир, бунда энг яхши кўрсаткич ҳисобга олинади. Спирометрияни ҳар қандай шароитда ўтказиш ва НҲ, ЎЖҲС ни аниқлаш мумкин. ЎҲС одатда 2500-5000 мл ни ташкил этади ва кишининг ёши, танасининг оғирлиги ҳамда жинсига боғлиқ бўлади.

Спирометрия ёрдамида қуйидаги кўрсаткичлар текширилади:

1) ўпка ҳажмлари ва сиғимлари;
2) ўпка вентиляцияси кўрсаткичлари.

Спирографик кўрсаткичларни баҳолаш

Спирографик кўрсаткичларни баҳолаш уларни рисола-дагидек микдорлар билан солиштириб кўришни кўзда тутади. Рисоладагидек кўрсаткич миқдори маълум бир вазн ва жинсдаги соғлом одамга тегишли бўлган миқдорни акс эттиради. Бу миқдорлар катта бир гуруҳ соғлом одамларни текшириш йўли билан олинган бўлади. Ҳар бир касалда кўрсаткич миқдорининг қанча бўлиши кераклиги ўша касалнинг жинси, ёши ва бўй-бастини ҳисобга олган ҳолда махсус формулалар ёки жадваллардан фойдаланиб топилади. Барча спирографик кўрсаткичлар, ҳақиқий олинган миқдорларни рисоладагидек деб қабул қилинган миқдорларга солиштириб кўриш натижаларига асосланиб талқин қилинади (хақиқий олинган миқдорнинг рисоладагидек миқдорга бўлган фоиз нисбати ҳисоблаб чиқилади). Жадаллашган нафас чиқаришни қайд қилиш энг осон ва қулай усул ҳисобланади. Бунда жадаллашган нафас чиқариш эгри чизиғининг турли поғона-ларидаги (25%, 50%, 75%) энг катта ҳажмий тезлик ҳисоблаб чиқилади: (FEF-25%, FEF-50%, FEF-75%). Ўртача ҳажмий тезлик (ЎҲТ) кўрсаткичларини ҳисоблашда дастлабки 200 мл ҳажм ҳисобга олинмайди, чунки бу одам лабларининг орқаси ва юз қисмига тўғри келадиган ҳаво ҳажмидир. Сўнгра, келтирилган усулга кўра, 0,5 секунддаги жадаллашган нафас чиқариш ҳажми, нафас чиқаришнинг 25% дан 75% гача бўлган ўртача ҳажмий тезлик (ЎҲТ 25 – 75) ва нафас чиқаришнинг 75% до 85% гача бўлган учинчи чорагидаги ҳажмий тезлик (ЎҲТ 75 – 85) аниқланади.

Кўрсаткичларни талқин қилишда, нафас чиқаришнинг бошида ўпкадан чиқиб келадиган ҳаво оқимининг кўпи билан қанча бўлиши, мускулларнинг қанча куч кўрсатишига боғлиқ эканлиги ҳисобга олинади. Нафас чиқариш давом этиб борар экан, плеврал босим ортиб бориб, нафас йўлларини торайтиради ва улардан ўтадиган ҳаво ҳаракатини чеклаб қўяди. Эгри чизиқнинг бошланғич қисми трахея ва йирик бронхларнинг ҳолатига боғлиқ бўлади (FEF-25). FEF-50 ўртача бронхлар ва FEF-75 майда бронхлар ўтказувчанлигини кўрсатади. Обструкциянинг илк пал-лаларини аниқлаб, кўрсатиб берадиган энг сезгир спирографик кўрсаткич ЖНҲ1 (FEV_1)дир. Бу шунга боғлиқки, жадаллашган нафас чиқариш оқимининг бироз сусайиб

қолиши ҳам (FEV_1) эгри чизиғида акс этади, ҳолбуки бошқа спирографик кўрсаткичлар бу ўзгаришларни ифода қилолмайди.

Пневмотахометрия. Ўпка вентиляциясига ҳар томонлама баҳо беришда ҳаво йўлларининг ўтказувчанлигини пневмотахометрия усули билан текшириб кўриш катта аҳамиятга эга. Бу усул жадаллашган нафас олиш ва чиқариш вақтида бронхиал дарахт кўндаланг қисми орқали 1 секунд ичида ўтадиган ҳаво сарфини литрлар ҳисобида аниқлашга имкон беради. Бу текшириш ПТ-1, ПТ-2 русумли пневмотахометр асбоблари ёрдамида ўтказилади.

Ишни бошлашдан аввал, асбобни текшириб кўриш ва кўрсаткичини нолга қўйиш керак. Текшириладиган одам чуқур нафас олиб (ёки чиқариб), нафас найчасини оғзига яқин-лаштирадида, имкони борича тез нафас олиб, ҳаво оқимини тезда нафас найчасига йўналтиради. Асбоб кўрсаткичининг оғишига қараб, бронхлар системасидан ўтаётган ҳаво тезлиги билиб олинади. Меъёрда асбоб кўрсакичлари 4,0 – 8,0 л/с атрофида бўлади (эркакларда – 6-8, аёлларда эса – 4-6 л/с). Нафас чиқа-ришнинг ҳақиқий қувватини 1,2 сонига кўпайтирилган ЎҲС миқдоридан чиқариладиган рисоладаги миқдорга нисбатан фоизлар кўринишида ифодалаш керак. Бу фоиз камида 85 бўлиши лозим. Бундан ташқари, нафас чиқариш кучининг нафас олишга бўлган нисбатини ҳисоблаб чиқиш зарур. Соғлом одамларда нафас чиқариш қуввати нафас олиш қувватидан ортиқ бўлади. Мана шу нисбатнинг, 0,99 дан паст бўлиб чиқиши, бронхлар ўтказув-чанлигининг суст ифодаланган илк ўзгаришларини аниқлаб олишга имкон беради. Пневмотахометрия кўрсаткичларининг 85% дан паст бўлиши бронхлар ўтказувчанлигининг ёмонлашиб қолганидан дарак беради.

Бронх-ўпка системасида обструктив жараёнлар бўлганида (бронхоспазм, майда бронхлар коллапси пайтида, шиш келиб, яллиғланиш бошланган маҳалда, бронхларда патологик ажралмалар тўпланиб қолган, трахея коллапси бошланган ва бошқа вақтларда) кўрсаткичлар кескин ўзгаради.

Пневмотахография (ПТГ) – одам тинч нафас олиб турган ва маълум ҳаракатларни бажараётган маҳалда ҳаво ҳаракатининг ҳажмий тезлигини график йўл билан қайд қилиш усулидир. Бу ҳозир, ўпка вентиляцион функциясини текшириш учун энг кўп қўлланиладиган усуллардан бири. Ушбу усулнинг кўп ишлати-лишига сабаб шуки, бунда текшириладиган кўрсаткичларни осонгина ва тўғри қайд қилиш, такрорлаб кўриш мумкин, муҳими, шу усул ёрдамида бронхлар обструкцияси синдромини баҳолаш учун кўпгина ахборот берадиган натижаларни олса бўлади.

Усул шу жиҳатдан ҳам қулайки, текшириладиган одам, найча орқали очиқ контур доирасида нафас олади ва нафас олиш учун амалда ҳеч бир қийинчилик сезмайди. Пневмотахографнинг ўлчовчи қисми модулятордан иборат бўлиб, у найчанинг боши ва охиридаги босим фарқини, турбинчанинг айланиш тезлигини, найчанинг учларидаги ҳаво ҳароратининг фарқларини ва бошқаларни қайд қилиб бориши мумкин (Флейш найчаси).

Одам тинчгина нафас олиб турганида, қайд қилинган пневмотахограмма, спирограмманинг биринчи хулосасидир. Нафас циклининг вақт мобайнида ўзгариб турадиган кўрсаткичларини, нафас чиқариш ва нафас олишнинг энг катта, яъни охирги тезликларини, шу нафас фазаларининг ўртача тезликларини пневмотахограммада спирограммадагидан кўра аниқроқ, яққолроқ қилиб баҳолаш мумкин.

Жадаллашган нафас чиқариш пневмотахограммаси кўкрак ички босими кўтарилган ҳолларда анча кўргазмали бўлиб, кўпроқ ахборот беради ва шунга кўра обструктив ўзгаришлар яхшироқ аниқланади. Шундай қилиб, ЎЖҲС синамаси ўтказилади ва натижалар “оқим - ҳажм” координаталарида намойиш этилади. Автомат пневмоанализаторлардан фойдаланиш, кўп сондаги “оқим - ҳажм” қовузлоғи кўрсаткичларини аниқлаб олишга имкон беради. Бироқ, ЎЖҲС нафас чиқаришнинг 25, 50, 75% доирасида бўлади.

Оқимлар кўрсаткичлари ва нафас чиқаришнинг охирги тезлигидан кўпроқ фойдаланилади. Мана шу кўрсаткичлар йирик, ўртача ва майда бронхлар доирасидаги ўтказувчанликни баҳолаш учун имкон беради.

Сурункали обструктив ўпка касалликлари диагностикасида, сўнги йилларда, пикфлоуметрия ҳаммадан кўра муҳим деб ҳисобланади. Ихчам ва нисбатан арзон турадиган пикфлоуметрлар нафас аъзолари диагностикасини ҳар бир умумий амалиёт шифокорининг кундалик ишигагина эмас, балки бронхиал астма билан оғриган ҳар қайси беморнинг ҳаётига ҳам жорий этишга имкон берди.

Пикфлоуметрия – пикфлоуметр деган махсус асбоблар ёрдамида нафас чиқаришнинг авжий тезлигини (PEF) ўлчашдан иборат бўлиб, ўпка функциясини, жумладан, ҳаво йўлларининг нечоғлик торайганини объектив равишда, холисона баҳолашга имкон беради (11.1-расм).

11.1-расм. ПИКФЛОУМЕТР

Нафас чиқаришнинг авжий тезлиги (PEF) чуқур нафас олингандан кейин жадаллик билан чиқарилган нафаснинг энг катта, юқори тезлигидир, шу тезликни ўлчаш йўли билан бронхларнинг ўтказувчанлиги хусусида фикр юритиш мумкин.

Жаҳонда кўпгина фирмалар ҳар хил турдаги пикфлоу-метрларни ишлаб чиқаради: Clement Clark (Англия), Ferzaris (Англия), Vitalograph (Англия), Erich Jaeger (Германия) фирмалари шулар жумласидандир. Немис Erich Jaeger фирмасининг пикфлоуметрлари, айниқса кўп ишлатилади.

Сўнги йилларда электрон пикфлоуметрлар яратилди. Уларнинг каттагина ҳажмдаги хотираси бор, шунга кўра, улар бир неча ой ичидаги PEF ўзгаришларни эслаб қолиши мумкин.

Лекин электрон пикфлоуметрлар анча қимматлиги ва маълумотларни тахлил қилишда маълум программали компютерлар бўлишини талаб қилгани учун, ҳозирча улардан кенг фойдаланишнинг иложи бўлмай турибди (11.2-расм).

11.2-расм. ЭЛЕКТРОН ПИКФЛОУМЕТР “Э.ЕГЕР” фирмаси (Германия)

Пикфлоуметрия техникасини бекаму-кўст ва тўғри бажариш жуда муҳим эканлигини айтиб ўтиш керак.

Ёши 5 дан катта бўлган беморларда PEF ни ўлчаш мумкин. PEF нинг қийматлари беморнинг ҳаракатларига боғлиқ, шунинг учун пикфлоуметрия техникасини беморга яхшилаб тушунтириб бериш зарур:

1. Тўғри натижа олиш учун пикфлоуметрни тик турган ёки ўтирган ҳолда ишлатиш керак. Бунда асбобнинг кўрсаткичини дастлабки ҳолатга келтириб қўйилади. Текшириладиган одам пикфлоуметрни қўлига олиб, танасига горизонтал ҳолда ушлаши ва имкони борича чуқур нафас олиши керак.

2. Мундштугини тез ва куч билан лаблари орасида маҳкам қисиб, имкони борича шиддат билан нафас чиқарилади.

3. Синама уч карра такрорланади ва энг катта натижа ҳисобга олинади.

Ўлчашда олинган қийматларини оддий рақамлар кўринишида ёзиб олиш мумкин, лекин ҳаво оқими тезликларини “ўз-ўзини текшириш кундалиги” га график кўринишда ёзиб борилса, анча қулай ва яққолроқ бўлади. PEF ўзгаришлари графиги бир нечта кўрсаткичлар бўйича баҳоланади: графикнинг шаклига кўз билан чамалаб баҳо берилади, PEF нинг катта қийматлари ва кеча-кундуз давомидаги ўзгаришлар ҳисоблаб кўрилади.

PEF нинг кунлик ўзгариши (эрталабки қиймати билан кечки қийматининг фарқи) диагностик жиҳатдан муҳим белги ҳисобланади. Меъёрдаги график деярли тўғри, кўрсаткичлари камида 20% ўзгарадиган бўлиши керак.

Муайан бир кишида обструкцияга алоқадор вентиляция ўзгаришлари бор-йўқлигини топиш учун, PEF миқдори билиб олинади-да, шунга қараб обструктив ўзгаришларнинг даражаси аниқланади. PEF нинг рисоладаги миқдорлари – катта гуруҳдаги соғлом одамларни текширишда олинган маълумотларга асосланиб, ҳисоблаб чиқилган ўртача қийматлардир. PEF миқдори дақиқасига литрлар ҳисобида ўпкадан чиқариладиган ҳаво ҳажми билан ифодаланади. PEF миқдори одамнинг ёшига қараб ўзгариб боришини таъкидлаб ўтиш керак: одамнинг етук ёшида у ҳаммадан катта бўлса, кексалик ёшига келиб анча камаяди. Астеникларда PEF, пикникларга нисбатан каттароқ, эркакларда аёлларга қараганда кўпроқ бўлади. Шундай қилиб, PEF нинг керакли, яъни рисоладагидек ҳисоб қилинадиган миқдори одамнинг ёши, жинси ва бўйига боғлиқ. Шу муносабат Билан, одамнинг жинси, ёши ва бўйига қараб керакли бўлган PEF миқдорларини аниқлаш учун, махсус нормограммалар ишлаб чиқилган.

PEF даражаси одамнинг ёши, жинси ва бўйига қараб ўзаро 20 фоиз атрофида фарқ қилиши мумкин. PEF нинг керакли миқдордан камида 80% дан камлиги бронхлар обструкцияси борлигидан дарак беради.

Узоқ муддатли кузатувлар натижаларига асосланиб туриб, PEF кўрсаткичи уч даражага ажратилган:

- PEFнинг меъёридаги даражаси;
- давони кучайтиришни талаб қиладиган даража;
- беморни касалхонага ётқизишни талаб қиладиган даража.

Халқаро тавсияномаларга мувофиқ, унинг биринчи даражаси, керакли қийматидан ҳисобланганда, 100 дан 80% гачани, иккинчи даражаси – 79 дан 50% гачани ва учинчи даражаси 50% дан кам миқдорни ташкил этади.

Бронхиал астма билан оғриган беморларга уй шароитида назорат олиб боришни осонлаштириш учун, сўнги йилларда светофор тамойили таклиф этилган, бунга кўра PEFнинг ҳозирги кўрсатиб ўтилган даражалари светофорнинг маълум рангига тўғри келади.

Яшил зона. Астма назорат остида. PEF миқдорлари керакли ҳажмдан, яъни 80 фоиздан ортиқ. Беморнинг фаоллиги ва уйқуси бузилган эмас, касаллик симптомлари жуда кам ёки бутунлай йўқ.

Сариқ зона – огоҳлантириш. PEF керакли миқдорнинг 50-80 фоизига тенг бўлиб, ўзгарувчанлиги 20-30 фоизга етган бўлса ва беморда кечалари ҳам нафас қисиб турса, ўпкасида хуштакка ўхшаш хириллашлар эшитилса, унинг ўзи бир қадар бўшашиб қолган ва бошқа симптомлари ҳам бошланган бўлса, бу – касалликнинг қўзиганидан ёки “яшил зонада” қилинаётган давонинг етарли эмаслигидан дарак беради. Беморнинг тез-тез “сариқ зона” га тушиб туриши, унга тиббий ёрдам кўрсатиш (бронхолитиклар, гормон препаратлари ва бошқалар) лозимлигидан далолат беради.

+изил зона. Бу энди огоҳлантириш сигнали. Бунда PEF керакли миқдорнинг 50 фоизидан кўра кам бўлиб, беморни кечалари ҳам сезиларли ҳансираш безовта қилади, у юришга, ҳатто гапиришга ҳам қийналади. +изил зона беморга зудлик билан интенсив терапия бўлимида ёрдам бериш зарурлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, пикфлоуметрия худди қон босимини ўлчаш сингари жуда муҳим синама бўлиб, шифокорлар ундан пулмонолог, терапевт, педиатр кабинети, шошилинч ёрдам бўлими, касалхо-наларда ва амбулатория шароитларида фойдаланишлари мумкин.

Пикфлоуметрия, обструкцияга алоқадор вентиляцион камчи-ликларни аниқлаш, бу ўзгаришларнинг нечоғлик ифодалангани ва касалликнинг қанчалик оғир ўтаётганини билиб олиш, бронхлар обструкцияси қайтар ёки қайтармаслигини аниқлаш, бронхлар реактивлиги кучайганидан дарак берадиган белгиларни топиш, астма ва бошқа сурункали обструктив ўпка касалликларининг дифференциал диагностикасини ўтказишга ёрдам беради. Бундан ташқари, у бронхоспазмни қўзғатадиган механизмларни белгилаб олиш, астманинг қандай қўзиб қолиши шароитларини олдиндан билиш, астма қўзиб қолганида эса даво натижасини аниқлаш учун мониторинг ўтказишга ёрдам беради, шунингдек давони режалаштиришни осонлаштиради.

Модомики шундай экан, шошилинч ёрдам бўлимларида ишлайдиган умумий амалиёт врачларига бронхлар обструкцияни ва беморлар аҳволини холисона баҳолаш учун пикфлоуметриядан фойдаланиш тавсия этилади.

Бодиплетизмография – нафас механикасини текшириш-нинг энг мураккаб усулларидан биридир.

Бодиплетизмограф сиғими тахминан 800 л келадиган, герметик равишда бекиладиган камерадир, текшириладиган одам шу камерага жойлаштирилади ва унда пневмотахометрик найча орқали нафас олади. Бодиплетизмограф ёрдамида бронхлар қаршилиги, солиштирма ўтказувчанлиги, газнинг кўкрак ичидаги ҳажми (КИҲ), ўпканинг қолдиқ ҳажми (Ў+Ҳ), ўпканинг умумий сиғими (ЎУС) сингари кўрсаткичларни таҳлил қилиб чиқиш мумкин. Мана шу маълумотлар ёрдамида функционалист-врач сурункали обструктив бронхит (КИҲ, Ў+Ҳ, ЎУС, FEF 25, 50, 75 кўрсаткичлари сезиларли даражада пасайган бўлади) билан бронхиал астмани (КИҲ, ЎУС нормал бўлгани ҳолда, Ў+Ҳ кескин камайган бўлади) дифференциал диагностикасини ўтказиши мумкин.

Ўпканинг диффуз лаёқати – буни текшириш фиброзловчи идиопатик альвеолит, саркоидоз ва бошқалар сингари кам учрайдиган, бронхиал дарахт доирасида эмас, балки ўпка паренхимасида органик ўзгаришлар пайдо бўлиши билан ўтадиган пулмонологик касалликларни аниқлаб олишга имкон беради. Ўпка паренхимаси зарарланганида, ҳамиша унинг диффуз лаёқати пасайиб қолади (тарқоқ гранулематозлар, интерстициал ва экссудатив яллиғланиш, кенг ёйилган пневмокониоз ва тарқоқ карциномалар пайтида).

Ўпканинг диффуз лаёқатини аниқлаш усули ўпка паренхимаси зарарланган, деб тахмин қилинаётган ёки ўпка паренхимасининг зарарлангани аниқ бўлган, масалан, тарқоқ эмфизема, интерстициал фиброз ёки экзоген аллергик алвеолит билан оғриган касалларда диагностика ва клиник тактикани белгилаб олиш мақсадларида қўлланилади. Эмфизема пайтида, алвеолалар ва капиллярлар мембраналарининг деструкцияга учраб, газлар алмашинадиган юза кичрайиб қолгани ҳисобига, ўпканинг диффуз лаёқати пасайган бўлади. Нафас йўллари обструк-циясида диффуз лаёқати ўзгармаган ёки озгина камайган бўладию, лекин астмада, хусусан бу касаллик ЎУС нинг кўпайиши билан бирга давом этиб борадиган бўлса, ортиши ҳам мумкин. Ўпканинг диффуз лаёқатини аниқлаш бирламчи ўпка эмфиземаси диагностикаси учун ҳаммадан кўра кўпроқ ахборот берадиган бўлиб чиқди. Ўпка ичидан қон кетиш (ўпка ички геморрагияси, масалан, Гудпасчер синдромида) ўпка диффуз лаёқатини кучайтириши мумкин. Мазкур синама нафас етишмовчилиги диагностикасига ёрдам бериши, шунингдек одамнинг жисмоний иш қобилиятини аниқлашни осонлаштириши мумкин.

Ўпка диффуз лаёқатининг кўрсаткичлари:

Трансфер-фактор (TL) – индикатор газ билан трансфер-градиентнинг ютилиш тезлигини ўлчаш йўли билан аниқланади.

Трансфер коэффициент (Тсо) – алвеоляр ҳажмнинг трансфер-факторга нисбати.

Синамани бажариш муолажаси. Текшириладиган одам бурнини қисган ҳолда туриб, қолдиқ ҳажм даражасига қадар нафас чиқаради ва сўнгра гелий ва карбонат ангидрид гази аралашмаси билан нафас олади. ЎУС даражасигача нафас олгандан кейин, яна нафас чиқаради ва нафас чиқарилган ҳажм, ўлик бўшлиқни ювиб ўтадиган дастлабки ҳажм билан алвеолалар ҳажмига бўлинади. Мана шу кейинги ҳажм аввал бўшатиб қўйилган халтага йиғилади. Алвеолаларга тегишли шу намуна сув буғлари ва карбонат гази ютилиб қолиши учун адсорбентлар орқали ўтказилиб, флуометр ва насос билан битта контурдаги СО ва Не анализаторларига юборилади.

Нафас олинадиган аралашма тариқасида фракцион концен-трациядагидек карбон оксид ва гелий ҳамда азот қолдиқлари билан аралаш газ ҳосил қилувчи кислород ишлатилади (47-53%). Карбон оксид инфрақизил адсорбцион усул билан, гелий иссиқлик ўтказувчанлигини ўлчаш йўли билан, кислород эса парамагнит анализатор ёрдамида аниқланади.

Фармакологик функционал синамалар.

Ташқи нафас функцияси ҳолатини текшириш вентиляция ўзгаришларининг даражаси, табиати ва хилини аниқлаб олишдан ташқари, патологик жараённинг шаклланиб боришидаги анча нозик механизмларни ҳам чуқурроқ билиб олишга имкон беради. Бунинг учун фармакологик ва функционал синамалар қўлланилади. Текшириш қуйидаги мақсадларни кўзда тутади:

1. Ташқи нафас функциясида рўй берадиган илк ва яширин ўзгаришларни аниқлаш.

2. Диагнозни аниқ қилиб, шунингдек энг маъқул давони танлаб олиш учун обструкциянинг патофизиологик механизм-ларини табақалаштириш, бир-биридан ажратиш.

3. Беморларнинг жисмоний иш қобилиятига баҳо бериш.

4. Реабилитация тадбирлари ўтказилаётган даврда аҳволнинг қай тариқа ўзгариб бораётганини баҳолаш.

Синамаларни ўтказишда тезликка оид FEV_1, ЖНҲ$_1$/ЎҲС, FEF - 25, FEF -50, FEF - 75 кўрсаткичлар баҳоланади. Синамалар одамнинг тинчлик ҳолатида ўтказилади. Кўрсаткичлар, препаратларни ишлатишдан олдин ва кейин қайд қилинади. Синама ўтказилганидан кейин кўрсаткичнинг қиймати 15 фоиздан кўра кўпроқ ўзгариб қоладиган бўлса, натижа мусбат ҳисобланади.

1. Бронхдилятатор препаратлар билан ўтказиладиган синама.

А.Бета-адреномиметиклар (вентолин, салбутамол, беротек, асмопент) билан ўтказиладиган синамалар. Булар вентиля-циянинг обструктив ўзгаришлари бошланишида бронх-спазмнинг аҳамиятини аниқлаб олиш, шунингдек терапевтик чора-тадбирлар кўриладиган бўлса, бунинг нечоғлик наф бера олишини олдиндан чамалаш учун ўтказилади.

Спирографик текшириш ўтказилганидан кейин, препарат 1 дозада аэрозол ингаляторида ингаляция қилинади. Обструкцияни аниқлаш учун халқаро тавсияларда бронхолитикни 6-8 дозада ишлатиш тавсия этилади. 20-25 минут ўтиб, препаратнинг таъсири энг юқори нуқтасига етганидан кейин назорат тариқасида спирографик текшириш ўтказилади. Синама натижасининг мусбат бўлиб чиқиши бронхоспазм борлигини, шунингдек адренергик рецепторларнинг жонлаштирувчи таъсир-ларга сезувчанлиги сақланиб қолганини кўрсатади.

Натижанинг манфий бўлиб чиқиши:

а) обструктив ўзгаришлар рўй беришида шиллиқ пардаларнинг шишиши ва шилимшиқ гиперсекрецияси кўпроқ бўлишига;

б) бронхлар бета-адренорецепторларнинг блокадага учраганига;

в) мазкур препаратга сезгирлик камайиб кетганига боғлиқ бўлиши мумкин.

Синаманинг акс, яъни парадоксал натижа бериши (бронхлар ўтказувчанлигининг бета-стимуляторлар таъсири остида ёмонлашиб қолиши) “рикошет” синдроми рўй берганига, шунингдек трахея ва йирик бронхлар гипотоник дискинезияси зўрайиб қолганига боғлиқ бўлиши мумкин.

Б. Холинолитиклар билан ўтказиладиган синамалар. Булар, обструктив ўзгаришлар рўй беришида холинергик механизм-ларнинг аҳамиятини билиб олиш учун ўтказилади. 1 мл миқдоридаги 0,1% ли атропин эритмасини тери остига инъекция ва ингаляция йўли билан юбориш ҳам мумкин. Препарат тери остига юборилганида, спирографик текшириш,

препарат таъсирининг клиник кўринишлари (оғиз қуриши, тахикардия, мидриаз бошланиши) га асосланиб туриб, 20-49 минутдан кейин назорат ўтказилади. Препарат ингаляция йўли билан ишлатилганида, ташқи нафас функцияси, препарат ингаляцияси тўхтатилганидан кейин, 10-15 минут ўтказиб туриб текшириб кўрилади.

Аэрозол холинолитиклар билан ўтказиладиган синамалар ҳам худди бета-стимуляторлар билан олиб бориладиган синамалар каби бажарилади.

Фармакологик таъсирнинг натижаларини баҳолаш учун спирограмманинг ҳамма кўрсаткичларидан ҳам фойдаланиб бўлавермайди. Бунинг учун энг қулай кўрсаткичлар: FEV_1 нинг рисоладаги ЎҲС га бўлган нисбати, бронхлар ўтказувчанлиги индекси (БЎИ = ЎҲС + FEV_1 + $FEF_{ол}$) дир. Ҳамма кўрсаткичлар керакли, яъни рисоладагидек миқдорларга нисбатан бўлиши керак бўлса, фоиз ҳисобида олинади. Бронхлар дилатацияси коэф-фициенти (БДК) ҳам ҳисоблаб чиқилади.

.

$$БДК = \frac{(таъсирдан\ кейинги\ БЎИ) - (таъсирдан\ олдинги\ БЎИ}{таъсирдан\ олдинги\ БЎИ} \times 100\%$$

2. +ўзғатувчи ингаляцион синамалар

+ўзғатувчи ингаляцион синамалар, асосан, бронхларнинг спастик реакцияларга яширин шайлиги бор-йўқлигини аниқлаш, шунингдек адренохолин- ва гистаминергик воситаларнинг бронхлар функционал ҳолатига қандай таъсир кўрсатишини баҳолаш учун қўлланилади. Бронхлар реактивлиги бирламчи тартибда ўзгарган-ўзгармаганлигини, гиперреактивлигини аниқ-лаш учун ҳам шу тестлардан фойдаланилади.

Синама натижасини баҳолаш методикаси, юқорида келтирилган методика билан бир хил.

$$БПК = \frac{(Таъсирдан\ олдинги\ БЎИ) - (таъсирдан\ кейинги\ БЎИ)}{таъсирдан\ кейинги\ БЎИ} \times 100\%$$

ЎЖҲС, FEV_1, ЖНҲ$_1$/ЎҲС ва БЎИ кўрсаткичларининг даст-лабки миқдорларидан 10% дан кўра кўпроқ ўзгариши, бронхларнинг ташқаридан бўладиган таъсирларга рўй-рост реакция кўрсати-шидан дарак беради.

Компютерли пулмонологик системалардан фойдаланилганда, фармакологик синамаларнинг натижалари, асосан, ҳажмий тезлик кўрсаткичлари: FEF 25, 50, 75, шунингдек FEV_1 ларнинг ўзгаришларига қараб баҳоланади. Бу ҳолда ҳам йирик, ўртача ва майда калибри бронхлар доираларида бронхлар ўтказувчанлигини таърифлаб чиқишга имкон очилади. Ҳажмий кўрсаткичларга қараганда, оқим кўрсаткичлари кўпроқ ўзгариб туришини назарда тутиб, уларнинг 20 фоиздан кўра кўпроқ ҳолатида ўтказилади. Беморга бронхни кенгайтирадиган, гистаминга ва яллиғланишга қарши препаратларни бериш, текширишдан бир кун аввал тўхтатилади.

Синамаларни ўтказишга монеликлар:

1. Бронхиал астма ёки бошқа бронх-ўпка касаллигининг хуруж даври.

2. Ички аъзоларнинг оғир, сурункали ёки ўткир касалликлари хуружи даври.

3. +он айланиши тизими, нерв ва эндокрин тизимларнинг оғир касалликлари.

4. Юрак, буйрак ва жигар декомпенсацияси.

5. Руҳий касалликларнинг хуруж даври.

6. Дори препаратлари ингаляция қилинганида сезиларли даражада бронхоспастик реакциялар бўлиши.

А. Ацетилхолин синамаси.

Беморга уч минут давомида ацетилхолин ингаляциясини қилиш таклиф этилади. Дастлабки концентрация 0,001% ли бўлади. Реакция юзага чиқмайдиган бўлса, доза қуйидагича миқдорда оширилади: 0,005%, 0,01%, 0,05%, 0,1%, 0,5%, 1%.

Ацетилхолин билан ўтказиладиган ингаляцион синама – ҳаво йўллари холинергик рецепторларининг ҳолатини текшириш учун мўлжалланган. Ацетилхолинга жавобан рўй берадиган реакция бронхиал астма билан оғриган касалларнинг кўпчилигида дарҳол юзага чиқади, препаратнинг дастлабки концентрациялари ингаля-ция қилинаётганидаёқ авж олиб боради. Бронхиал ўтказувчанлик, одатда, бронхиал дарахтнинг ҳамма доираларида ёмонлашиб қолади. Бронхоспазм клиник жиҳатдан йўталиш ва хириллашлар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. 20-30 минутдан кейин ўз-ўзидан ёки 1% атропин эритмаси ингаляция қилинганидан сўнг босилиб қолади. Симпатомиметиклар: беротек, салбутамол, алупент ҳам яхши наф беради. Сурункали бронхит билан оғриган касаллар 50 фоиз ҳолларда ацетилхолин ингаляциясига реакция беради. Кўп чекадиган ва поллинозга учраган одамлар ҳам концентрацияланган ацетилхолин эритмаси ингаляциясига реакция беришлари мумкин. Бронх-ўпка аппаратида хасталиги бўлма-ган одамлар препаратга реакция бермайди.

Б. Бета-блокаторлар билан ўтказиладиган синама

Бу синама бронхлар бета-адренергик рецепторларининг функционал блокадасини аниқлаш ва даражасини баҳолашга имкон беради. Соғлом кишилар ва сурункали бронхит билан оғриган касаллар, бу дард хуруж қилган даврда ҳам, энг катта дозада пропранолол юборишга реакция кўрсатишмайди. Шу муносабат Билан, ушбу синама, сурункали бронхит билан бронхиал астма ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш учун анча қўл келади. Бронхоспазмларсиз ўтаётган поллинози бор касаллар дард қўзиб турган маҳалларда 3-6 мг пропраналол ингаляциясига жавобан, баъзан, бронхиал ўтказувчанлигининг бир қадар ёмонлашуви билан ифодаланадиган реакция кўрсатишади.

Ингаляцион синамасининг шаклан ўзгартирилган хили ҳам бор, бунда 40-80 мг миқдордаги индерал ичилади, кейин орадан 1 соат ўтказиб туриб, назорат учун ташқи нафас функцияси текшириб кўрилади.

В. Простагландин синамаси

Бронхиал астмада, Е2 алфа простагландиннинг суюлтирилган эритмалар ҳолида ингаляция қилиниши, бронхлар ўтказувчан-лигининг ёмонлашувини келтириб чиқаради. Сурункали бронхит билан оғриган касалларда препарат энг катта концентрацияларда ингаляция қилинганидагина синама мусбат натижа беради. Простагландин синамасида бошланадиган бронхоспазм, кўп балғам чиқиши, йўтал тутиши, қуруқ хириллашлар пайдо бўлиши билан бирга давом этиб боради. Бронхиал ўтказувчанлик, асосан, майда бронхлар доирасида издан чиқади. Атропин ёки симпато-миметикларни ингаляция қилиш бронхоспазмни тезгина бартараф этади. Бронхлар тонусини идора этишда қатнашувчи рецепторлар мувозанати простагландин таъсиридан бузиладиган бўлса, бу синама ацетилхолин ва бета-блокаторлар билан ўтказиладиган синамалар манфий натижа берган вақтда ҳам мусбат бўлиб чиқиш мумкин.

Г. Брадикинин синамаси

Тегишли концентрацияларда берилган брадикинин, фақат бронхиал астма билан оғриган касалларда бронхлар ўтказувчанлиги бузилишига сабаб бўлади.

Соғлом одамлар ва сурункали бронхит билан оғриган касаллар брадикинин ингаляцияларига сезгир бўлмайдилар. Поллиноз билан оғриган беморлар энг катта концентрациядаги препаратга жавобан, баъзан, реакция кўрсатишади. Нафас йўлларига брадикинин юборилганида бошланадиган бронхоспазм, ҳиқилдоқ билан халқумда кучли оғриқ сезгилари пайдо бўлиши билан бирга давом этади. 5% ли эпсилон-аминокапрон кислота эритмаси ёки беротек ингаляция қилинганидан кейин беморларнинг аҳволи тезда яхшиланиб қолади.

Д. Аллергенлар билан ўтказиладиган ингаляцион синамалар

Бу синамалар, аллергия ва бронхиал астма билан бирга давом этиб келаётган бронхитли бор беморларда нафас аъзоларининг турли таъсирот (аллерген) ларга сезгир бўлиб қолганини исбот этиш, шунингдек шубҳали ҳолларда диагнозни аниқлаб олиш учун ўтказилади. Кечки (6-12 соат ўтгандан кейин) аллергик реакциялар рўй бериб қолиши мумкин бўлгани учун, ушбу синамаларни касалхона шароитларида ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Бу синамалар уй чанги ва чанг аллергенларининг экстрактлари билан ўтказилади. Бошланғич концентрация бемор терисида аллергометрик титрлашни ўтказиб кўриш йўли билан аниқлаб олинади.

Синамани аускултатив назорат остида олиб бориш шарт. Бронхоспазмга хос клиник белгиларнинг пайдо бўлиши, гарчи бунда ташқи нафас функциясида бронхлар ўтказувчанлиги бузил-ганига очиқ-ойдин ишора қиладиган ўзгаришлар бўлмаса ҳам, синамани мусбат деб ҳисоблашга имкон беради.

1 : 100 концентрациядаги аллерген ингаляция қилин-ганидан кейин, бирдан бронхиал обструкция бошланганини кўрсатадиган ишончли белгилар

пайдо бўлмаса, секин-аста юзага чиқадиган реакцияни аниқлаш учун ташқи нафас функциясини текширишни 10 соат давомида, ҳар соатда ва 24 соатдан кейин такрорлаб кўриш керак. Олдинги аллергенга реакция манфий бўлганида, аллерген билан ўтказиладиган ингаляцион синамани камида 24 соатдан кейин такрорлаш мумкин. Реакция мусбат бўлганида вентиляцион функциянинг тўла-тўкис аслига келганига ишонч ҳосил қилмоқ керак.

Е. Совуқ ҳаво ингаляцияси

Нафас йўллари ҳужайраларидан медиаторларнинг ажралиб чиқишини ҳисобга олиб, бронхларни торайтирувчи моддаларни ингаляция қилиш орқали, нафас йўлларининг нечоғлик сезгир-лигини ўлчаш мумкин. Ана шундай усулларнинг бири совуқ ва қуруқ ҳаво билан изокапник гипервентиляция қилишдир.

Астма билан оғриган касалларда совуқ ҳаво билан таъсир кўрсатиб туриб олинган эгри чизиқнинг шакли бронхлар торайишига, яъни бронхоконстрикцияга сабаб бўладиган бошқа таъсирлар ёрдамида олинган эгри чизиққа ўхшайди ва астмаси йўқ одамларда олинган эгри чизиқдан, реакция бўсағасининг кичиклиги, оғиш бурчагининг катталиги ва тўғри кетган қисмининг йўқлиги билан фарқ қилади. Касал киши клапан орқали совуқ ҳаводан нафас олади. Асосий спирометрия ўлчаб кўрилганидан кейин, бемор минутлик ўпка вентиляцияси аста-секин ортиб боргани ҳолда энг катта миқдорга етадиган қилиб нафас олади (нафасни 7,5 л/мин дан бошлаб 15, 30, 60 л/мин гача етказади). Нафас тезлиги метроном ёрдамида белгиланади. Масалан, минутига 10 та нафас ҳаракатлари билан 0,75 л минутига 10 та нафас ҳаракатлари билан 1,5 л, минутига 15 нафас ҳаракатлари билан 2 л ҳаво олинади. Ҳар бир маррадан кейин, бемор уй ҳавосидан нафас олади ва 30 секунд, 90 секунд ўтказиб туриб, кейин 3 мин, 5 мин ўтказиб туриб, хуллас, техник жиҳатдан бир қадар қаноатланарли натижа олинмагунча, ҳар 2 минутда FEV_1 ўлчаб борилади. FEV_1 нинг пасайиши 20 фоизга етган заҳоти синама тўхтатилади.

Текширилаётган одамнинг кўрсатадиган реакцияси FEV_1 нинг асосий қийматидан фарқи сифатида ифодаланади.

Совуқ ҳаво билан таъсир кўрсатиб олинган эгри чизиқ, яъни доза - натижа эгри чизиғи FEV_1 нинг ўзгаришига қараб минутли вентиляциянинг аста-секин ортиб бориши тариқасида чизилади, реакция эса +В10 ёки +В20 кўринишида (FEV_1 нинг тегишлича 10 ёки 20 фоиз камайишига сабаб бўладиган минутли вентиляция сифатида ифода этилади.

3. Жисмоний машқ билан ўтказиладиган синама.

Бу синама жисмоний иш пайтидаги вентиляция самара-дорлигига баҳо бериш, одамнинг жисмоний иш қобилиятини аниқлаш ва кардиологлар Нью-Йорк уюшмаси таснифига мувофиқ, кишининг функционал жиҳатдан қайси синфга киришини белгилаб олишга имкон беради. Пулмонологик беморларни текшириш учун энг қулай усул спировелоэргометрия, яъни дозаланган велоэргометрия ўтказиш билан бир қаторда, асосий вентиляция кўрсаткичлари: FEV_1 ни, кислород истеъмоли, карбонат ангидрид гази

ажралиши, кислороддан фойдаланиш коэффициенти, нафас эквиваленти ва бошқаларни аниқлашдир.

Вентиляция самарадорлиги меъёрда зўриқишга қадар, бирдек сақланиб тураверади ва энг катта миқдорнинг 50-60 фоизини ташкил этади, кейин эса камаяди. Ўпка касалликларида жисмоний иш қобилияти пасайиб, велоэргометрда бажариладиган ишнинг дастлабки пайтлариданоқ вентиляция самарадорлиги тобора камайиб боради. Текширишни бир босқичли зўриқиш режимида ўтказиш ҳолдан тойиш ва аслига келиш даврининг қанча давом этишини, кислород эҳтиёжи қанчалиги, етишмовчилиги қанча-лигини белгилаб олишга, яъни жисмоний иш вақтида аэроб механизмларининг аҳамиятини аниқлаб олишга имкон беради.

Зўриқиш билан ўтказиладиган текширишларнинг шароитлари, текшириладиган одамнинг хавфсизлигини таъминлаш масалалари, велоэргометрия ўтказишга йўл қўймайдиган монеликлар, ҳамма жойда қўйиладиган талабларга жавоб берадиган бўлиши керак.

Жисмоний иш билан ўтказиладиган синамадан жисмоний зўриқиш астмаси диагностикаси учун ҳам фойдаланилади. Беморга зўриқиш бериш олдидан ташқи нафас функцияси текшириб кўрилади. Асосий вентиляция кўрсаткичлари керакли миқдордан 40 фоиздан кўра кўпроқ пасайган бўлиб чиқса, бу синамани ўтказиш тўғри келмайди. Жисмоний зўриқишга алоқадор бронхоспазм диагностикаси учун, кўпинча, тредмид-тест маҳалидагидек поғонама-поғона зўрайиб борадиган, узлуксиз велоэргометрик синамадан фойдаланилади. Назорат учун ташқи нафас функциясини текшириш (назорат тарзида) зўриқиш бериш тўхтатилган заҳоти, кейин эса вентиляция бутунлай аввалги ҳолига келгунича ҳар 5 дақиқада ўтказилади. Жисмоний зўриқишдан 2-5 дақиқа кейин беморда нафас қийинлашиши ёки бўғилиш, FEV_1, ЖНҲ$_1$/ЎҲС нинг 15 фоизидан, оқим кўрсаткичларининг эса 25 фоизидан кўра кўпроқ пасайиши, жисмоний зўриқиш астмаси синдромининг намоён бўлиши деб ҳисобланади.

Ташқи нафас функцияси 20 минут давомида ўзгармайдиган бўлса, у ҳолда синама манфий деб баҳоланади.

Жисмоний зўриқиш астмасини аниқлашнинг энг қулай усули пикфлоуметриядир. Беморга, аввал PEF аниқлаб олинганидан кейин 5 дақиқа давомида тез юриш ёки зинадан кўтарилиш тариқасидаги жисмоний ишни бажариш таклиф этилади. Шундан кейин 20 дақиқа давомида 5 дақиқадан оралаб туриб, пикфлоуметрия текширилади. Жисмоний зўриқиш астмаси бўлса, тегишли зўриқишдан бирмунча вақтдан кейин PEF камайиб қолади.

Ташқи нафас функциясини текшириш учун ишлатиладиган замонавий асбоб-анжомлар

Ташқи нафас функциясини текшириш учун юқорида кўрсатиб ўтилган асбоблардан ташқари, бирмунча мураккаб – чет элларда ишлаб чиқарилган замонавий асбоблар ҳам борки, булар шахсий компютер асосида

ишлайди. Фтизиатрия ва пулмонология ИТИ функционал диагностика бўлими ва Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг пулмонология ва клиник аллергология кафедрасида ана шундай асбоблар муваффақият билан ишлатилиб келинмоқда.

1. MASTERLAB - асбоби ташқи нафас функциясини атрофлича текширишга имкон берадиган тизимидир. У 1ВМ РО АТ 386 компютер асосида ишлайди ва неча минглаб беморларни текширишда олинган маълумотларни компютер дастури асосида ишлаб чиқиш ва хотирада сақлаб қолиш имкониятига эга. Бу тизим учта модулни ўз ичига олади (11.3-расм):

11.3-расм. МАСТЕРЛАБ-БОДИ “Э.ЕГЕР” фирмаси (Германия)

- *Бодиплетизмограф;*
- *пневмотахограф;*
- *ўпка диффузион лаёқатини текшириш учун ишлатиладиган қўшимча мослама.*

Мастерлаб-боди-трансфер. Диффузия масалаларини тасвирлаб бериб, бронхлар ҳолати ўзгартирилганида ўтказиладиган умумий плетизмография масалаларини битта тизимнинг ўзида ҳал қилишга имкон беради.

2. ЭОС-СПРИНТ - ташқи нафас функциясини текшириш учун ишлатиладиган янада мураккаброқ ва мукаммалроқ асбобдир. У эргометрия ўтказиш ва газлар анализини қилиб кўриш учун кенг имкониятга эга. Бу аппарат нафас камерасидан фойдаланиб туриб, эргоспирометрик ўлчовларни ўтказиш ва шу билан бирга, ҳар бир нафас циклида, нафас циклининг ичида

ҳамда бир неча нафас цикли мобайнида, газлар алмашинуви таҳлилини ўтказиш имконини беради. Ундан:

- ўпканинг механик хоссалари билан газ алмашинувчи хоссалари ҳамда кардиоваскуляр дисфункцияларни текшириш;
- беморларни диспансер ҳисобига олиш, тиббий текширувлардан ўтказиш, реабилитация давомида даво нафини назорат қилиб бориш;
- спортчи касб маҳорати ва жисмоний ҳолатини яхши ҳолда сақлаб бориш устидан назорат ўрнатиш ва энг маъқул машқ дастурларини ишлаб чиқиш учун фойдаланилади (11.4-расм).

3. ВЕЛОЭРГОМЕТР – эргоспирометрик текширишлар учун мўлжалланган ихчам ва кўчма асбоб бўлиб, кардиология, спорт тиббиёти, пулмонология, реабилитацион соҳаларда ишлатилади (11.5-расм).

4. Пневмоскоп асбоби. У – ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини текшириш учун мўлжалланган. У мастерлаб асбобининг хотирага эга бўлмаган, соддалаштирилган хилидир, спирография ва пневмотахография бўйича олинган нафас кўр саткичларини автомат равишда талқин қилиб бера олади (11.6-расм). Пневмоскоп оммавий равишда ўтказиладиган эпидемиологик текширишларда мутахассислар томонидан кўп ишлатилади. У талайгина одамларни бир йўла текшириб чиқиш имконини беради. Бу асбоб ёрдами билан қўзғатувчи турли факторларни қўллаб ўтказиладиган текшириш ва дилатацион синамаларни баҳолашларни олиб бориш мумкин. Бундан ташқари, бу асбобда нафасга кўрсатиладиган қаршиликни аниқлаш учун ишлатиладиган ихчам система ҳам бўлиши мумкин.

5. Бронхоскрин аппарати. Обструкцияни бошлаб берадиган механизмлар – адренергик ёки холинергик механизмларнинг иштирокини аниқлаш учун белгиланган миқдорлардаги аэрозол-

11.4-расм. ЭОС-СПРИНТ “Э.ЕГЕР” фирмаси (Германия)

11.5-расм. ВЕЛОЭРГОМЕТР “Э.ЕГЕР” фирмаси (Германия)

11.6 – расм. ПНЕВМОСКОП «Э.ЕГЕР» фирмаси (Германия)

ларни организмга юбориш имконини беради (11.7-расм). Унинг ёрдамида гистамин, ацетилхолин, метахолин, карбохол сингари носпецифик таъсиротлар билан бронхокострикция синдромини юзага келтириш мумкин. Масалан, дори аллергияси диагнос-тикаси учун турли аллергенлар билан, шунингдек совуқ ҳаво билан ҳам таъсир этса бўлади. Бу асбоб бронхларни торайтирувчи таъсиротлар билан ўтказиладиган қўзғатувчи синамалар ёрдамида нафас йўлларининг ўткинчи обструкциясини аниқлашга ҳам ёрдам беради.

6. Флоускрин аппарати. Бу – нафас аъзолари касал-ликларининг функционал диагностикаси учун ишлатиладиган ихчам портатив асбобдир (11.8-расм). Флоускрин спирография, пневмотография методикалари бўйича болалар ва катта ёшдаги одамларда олинган нафас йўллари кўрсаткичларини ўлчаш ва автомат равишда талқин қилиш билан бир қаторда скрининг текширишларни ўтказишга имкон беради.

+ўшимча ўрнатиладиган махсус мослама ёрдамида, флоус-кринда нафас йўлларининг окклюзион қаршилигини ўлчаш мумкин.

Ташқи нафас функцияларини текшириш клиника амалиётида “нафас аъзолари – юрак-томир тизими” деган ягона функ-ционал тизимни текшириш тариқасида олиб борилиши керак. Шу муносабат билан касалликни тўла-тўкис ва тўғри таърифлаб, талқин қилиш учун юрак-томирлар тизими ҳолатини ҳам текшириш зарур.

11.7-расм. БРОНХОСКРИН “Э.ЕГЕР” фирмаси (Германия)

11.8-расм. ФЛОУСКРИН “Э.ЕГЕР” фирмаси (Германия)

Ўпкада функционал текширишлар ўтказишга монеликлар:

- нафас йўлларининг оғир даражадаги обструкцияси;
- яқинда бошдан кечирилган миокард инфаркти;
- яқинда бошдан кечирилган инсулт;

- артериал аневризм борлиги;
- бронхиал астманинг хуруж даври;
- юқори даражали гипертензия;
- эпилепсия.

Электрокардиография - бронх-ўпка касалликларининг диагностикаси учун электрокардиография усули-миокарднинг қўзғалиш (қутбланишдан тушиш) ва тикланиш (қайта қутбланиш) жараёнларини қайд қилиш ҳам муайян аҳамиятга эга. Электро-кардиография йўли билан ёзиб олинган эгри чизиққа биноан қутбланиш ва қутбсизланиш (деполяризация ва реполяризация) жараёнларида потенциал фарқ юзага келади. Потенциал фарқ тананинг қайси қисмларида қайд этилишига қараб, уларни ёзиб олишда турли "усуллар" қўлланилади. Жумладан, ЭКГ икки қутбли периферик (1, II, III стандарт), бир қутбли (AVR, AVL, AVF) ва бир қутбли кўкрак усулларида (V_1-V_6) қайд қилинади. Зарур бўлганида Неб томонидан 1936 йили таклиф этилган икки қутбли кўкрак усулидан ҳам фойдаланилади. ЭКГ ёзуви навбатланиб борадиган P, Q, R, S, T тишчаларидан иборат.

P - тишчаси юрак бўлмалари мускулларининг қўзғалишига алоқадор бўлиб, нормада 0,06 –0,10 секунд давом этади, баландлиги эса, стандарт усуллар қайд қилинганида кўп билан 2,5 мм, кўкрак усуллари билан қайд қилинганида – 3 мм гача бўлади.

P-Q оралиғи қўзғалишининг юрак бўлимларидан юрак қоринчаларига қанча вақт ичида ўтишини акс эттиради. Меъёрда бу вақт 0,13-0,20 секундга тенг бўлади. QRS комплекси иккала қоринчалар, қоринчалар ўртасидаги тўсиқ, қоринчаларнинг учи ва асосининг кетма-кет қўзғалишларини акс эттиради. Q тишча 0,3 секунд давом этади, чуқурлиги R баландлигининг тўртдан бир қисмига тенг бўлади. R тишча баландлиги ЭКГ ни олиш усулига қараб, 10 мм дан 20 мм гача боради. S тишча 0,03 секундни ташкил қилади. Юрак бўлмачалари миокардининг тикланиш жараёни меъёрда изоэлектрик бўладиган S-T оралиқни, шунингдек 0,12-0,16 секунд давом этадиган, II усулда баландлиги 2-6 мм бўладиган T тишчани таърифлаб беради. T тишча R баландлигининг 1/2 - 1/3 қисмига тўғри келади.

Нафас йўлларининг сурункали касалликлари билан оғриган беморларда кичик қон айланиш доирасида гемодинамик ўзга-ришлар рўй бериб, юрак бўлимларининг зўриқиши гипер-трофияланишига сабаб бўлади. Айни вақтда мускуллар массаси ортиши ва бир йўла қўзғаладиган мускул толаларининг сони кўпайиб қолиши туфайли электр юритувчи куч зўрайиб боради. Ўнг бўлма гипертрофиясида P тишча ўзгаради, унинг кенглиги одатда меъёр даражасидан ортмайдию, лекин шаклан баланд ва учи ўткирлашган бўлиб қолади. Ана шундай II, III, AVF усулларга хос P тишчани "P-pulmonale" деб аташ расм бўлган. Ўнг бўлма гипертрофиясида ўнг кўкрак усуллари (V_1-V_2) да олинган ЭКГ да меъёр баландликдаги мусбат ёки икки фазали P тишча топилиши ҳам характерлидир.

Ўнг қоринча миокарди гипертрофиясида QRS - комплекси тишчалари табиатан ўзгариб қолади. Бунда R тишча, III, AVF, AVR усулларда яхши

ифодаланган бўлса, S-тишча 1, AVL усулларда чуқур бўлади. Ўнг қоринча гипертрофиясининг энг кўп учрайдиган ва доимий бўладиган белгилари тишчаларининг мана бундай ўзгариб қолишидир: $RV_1 > 7$ мм, $SV_1 > 2$ мм, $SV_5 > 5$ мм, $RV_5 < 5$ мм, $P/SV_1 > 1$мм $P/SV_5 < 1$ мм, $PV1 + SV_5 > 10$ мм.

V_5, V_6 усулларда оралиқ зона ўнгга сурилган бўлиб чиқади. Бундан ташқари, II, III AVF усулларда, V_1, V_2 ўнг кўкрак усулларида S-T сегмент изочизиқдан пастга сурилган ва T тишча манфий чиққан бўлади.

Шундай қилиб, ЭКГ да топилган ўзгаришлар клиник-функционал диагностика учун қимматли маълумотлар беради.

Ташқи нафас функционал меъёрий кўрсаткичлари қуйида келтирилган.

ИЛОВАЛАР

Вентиляция ўзгаришларининг табиати ва нечоғлик ифодаланганига спирографик текширув маълумотлари асосида баҳо беришга доир мантиқий қоида

Вентиляция ўзгаришлари тури	Кўрсаткичлардаги ўзгаришлар
Обструктив	$VCIN > FEV_1 > FEV_1/VCIN$
Рестриктив	$VCIN < FEV_1 < FEV_1/VCIN$
Аралаш	$VCIN = FEV_1 < FEV_1/VCIN$

Ўпка вентиляцион функцияси асосий кўрсаткичларининг меъёрдаги чегаралари ва меъёрдан ташқари даражалари

Кўрсат-кичлар	Меъёр	Ўзгаришлар		
		ўртача	сезиларли лари	кескин-лари
VCIN	>90%	84-70	69-50	< 50
FEV_1	>85%	74-55	54-35	< 35
FEV_1/VCIN	>65%	59-50	49-40	< 40
МЎВ	>85%	75-55	54-35	> 35
ЎУС	90-110%	116-125	125-140	>140
YTGV	90-125%	141-175	176-225	> 225
FEF_{25}	Э >81,6% А >80,0%	69,8-52,8 67,2-41,8	52,8-35,9 41,8-33,3	< 35,9 < 33,3
FEF_{50}	Э >77,2% А >76,1%	62,6-32,6 60,8-30,8	32,6-22,7 30,8-20,8	< 22,7 < 20,8
FEF_{75}	Э >72,4% А >72,7%	54,8-41,1 55,3-41,6	41,1-27,4 41,6-27,9	< 27,4 < 27,4

ПИКФЛОУМЕТРИЯ СТАНДАРТ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Эркаклар

Ёши Бўйи (см)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
160 см	518	568	598	612	613	606	592	578	565	555	544
168 см	530	580	610	623	623	617	603	589	577	566	556
175 см	540	590	622	636	635	627	615	601	588	578	568
183 см	552	601	632	645	646	638	626	612	600	589	578
190 см	562	612	643	656	656	649	637	623	611	599	589

Аёллар

Ёши Бўйи (см)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
145 см	438	445	450	452	452	449	444	436	426	415	400
152 см	450	456	461	463	463	460	456	448	437	425	410
160 см	461	467	471	474	473	470	467	458	449	437	422
168 см	471	478	482	485	484	482	478	470	460	448	434
175 см	481	488	493	496	496	493	488	480	471	458	445

Болалар

Бўйи (см)	91	99	107	114	122	130	137	145	152	160	168
15 ёшгача	100	120	140	170	210	250	285	325	360	400	440

СИЛДА НУР ДИАГНОСТИКАСИ УСУЛЛАРИ

В.К. Рентгеннинг Х-нурларни кашф қилганига 100 йилдан ошган бўлсада, амалиётда нафас аъзолари силини барвақт аниқлашда рентген ҳануз ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Фтизиатр, рентгенолог ва морфологлардан иборат уч авлод вакиллари, силнинг клиник-рентгенологик хусусиятларини синчиклаб ўрга-ниб, турли аъзолар силида рентгенморфологик текширишлар ўтказишди.

Стационар флюорографик қурилмалардан ташқари, ҳаракат-ланувчи флюорографик асбоблар ҳам мавжуд. Улар текширувни ҳар хил контингент одамларда, бевосита, уларнинг ўқиш ёки иш жойларида, яъни мактаб, институт, завод, фабрика ва маҳал-лаларда, ҳамда бошқа жойларда олиб борадилар.

Флюорография, кўп сонли одамлар оқимини текширишни таъминловчи иқтисодий ва қўлай усул ҳисобланади.

Олинган бир қатор флюорограммалар, кейинчалик махсус мослама флюороскоп ёрдамида ўрганилади. Бу мослама олинган тасвирни пленкада катталаштириб кўрсатади. Бирор бир патологик ўзгаришлар аниқланганда, шу шахслар кейинги мажбурий клиник-рентгенологик текширишлар учун тезда чақирилади.

Шундай қилиб, флюорография, кенг контингент аҳоли орасида ўпка силини аниқлаш мақсадида умумий профилактик текширадиган қимматли усул ҳисобланади.

Рентгенологик текширув ўпка силининг ҳамма босқич ва шаклларининг кўп қиррали томонларини тушунтириб беради, ҳамда бу оғир касалликнинг ривожланиши, кечиши ва оқибатининг хусусиятини чуқур ўрганди.

Рентгенологик усул, ўпка тўқимасидаги, илдизидаги, кўкрак ичи лимфа тугунларидаги, плевра бўшлиғидаги, кўкс оралиғи аъзоларидаги патологик ўзгаришларни аниқлаб беради. Бу усул орқали, патологик ўзгаришларнинг локализацияси, тарқалганлиги, сифати ва сони ҳақида маълумот олиш мумкин (11.9, 11.10-расм).

Кўкрак қафасини (тўғри проекцияда) техник жиҳатдан тўғри ўтказилган рентгенограмма маълум сифатга жавоб бериши керак. Рентгенограмма бўйиннинг пастки қисмидаги ва кўкрак қафасидаги юмшоқ тўқималар аниқ чегараланиб туриши ва алоҳида гуруҳ мушакларнинг шаклини сақлаб қолиши керак. Елка камари суяк-ларининг контурлари аниқ кўриниши керак, бироқ уларнинг суяк тўқимаси фақат елка суяги бош қисмида, ўмров суягида ва курак акромиал ўсимтасида сезиларли бўлиши мумкин. +овурға сояси шунчалик тўқимали ва тиниқ бўлиши керакки, у ўпка тасвирини тўсиб қўймаслиги керак.

11.9-расм. Меъёрдаги кўкрак қафасининг тўғри проекциядаги рентгенограммаси

11.10-расм. Меъёрдаги кўкрак қафасининг ёнбош проекциядаги рентгенограммаси

III-IV умурқалар соҳасигача пастки бўйин ва юқори кўкрак умуртқалари алоҳида ажралиб туриши керак; умуртқа соясининг пастки қисми яхлит устундек кўриниши мумкин. Агар рент-генограмма юқоридаги талабларга жавоб берса, унда ўпка тасвири ўпка майдонининг ташқи чегараларигача яхши кўринади.

Жуда қаттиқликдаги тасвирларда қаттиқлашган ўчоқлар, ўзининг кўринишини йўқотиши мумкин. Жуда юмшоқ расмларда эса, кам ривожланган ўзгаришлар, бой ўпка тасвирида осон йўқолади. Шунинг учун, рентгенограммани талқин қилганда, аввало, тасвирни техник ва фотографик жиҳатдан тўғри баҳолаш керак. Кўкрак қафаси суяк скелетининг ҳар хил бўлакларини кўринишига ва ўпка тасвирининг тузилишига қараб, рентгенограмманинг сифати аниқланади.

Тасвир сифатини техник баҳолашдан ташқари, беморнинг тўғри жойлашганлигига ҳам эътибор бериш керак. Кўкрак қафасининг суяк скелети симметрик кўриниши керак. Умуртқа-ларнинг қиррали ўсиқларини бирлаштирадиган чизиқ, вертикал ҳолатда ўтиши ва умуртқа танасини симметрик икки бир хил қисмларга ажратиши керак.

Беморни қандай ҳолатда жойлашганидан ташқари, рентген маълумотларни талқин қилаётганда, бемор тасвирга олиш жараёнида қанча чуқур нафас олди ва нафас олмай турганини аниқлаш керак. Агар рентгенограмма нафас чиқарилганда қилинган бўлса, томирларнинг тақалиб жойлашганлиги сабабли, илдиз соясини ва ўпка расмини ўқишда жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Нафас олиш аъзолари сили диагностикасида оддий чизиқли томография катта аҳамиятга эга.

Суперпозиция ва субтракция эффектларини мустасно қилган ҳолда, бу усул, яллиғланган инфилтратлар, фиброз ва плевра қаватлари орқасидаги беркинган нормал ва патологик тўқималар тасвирини аниқ кўрсатади. Чизиқли томографияни ўпка силининг ҳамма бирламчи аниқланган турларида қўллаш мумкин.

Ўпканинг ҳар хил бўлаклари ва сегментларидаги патологик ўзгаришларнинг локализациясини, икки асосий проекцияда бажарилган рентгенограмма ва томограммалар ёрдамида аниқлаш мумкин. Бунда, 1955 йил Париждаги анатомларнинг халқаро конгрессида қабул қилинган бронх ва сегментлар номенклатурасидан фойдаланилади (11.11-расм).

Рентген - муҳим аҳамиятга эга семиотик синдромларни ажратади: 1) ўпканинг ўчоқли сояси; 2) фокусли юмалоқ соя; 3) ўпканинг бўлаги ёки зонаси сояланиши; 4) ўпканинг диффуз шикастланиши; 5) плеврал синдром; 6) ўта тиниқ ўпка ва ҳ.к. Шу ва бошқа синдромлар, деярли ҳамма ўпка патологияларини, яъни ҳамма асосий ва камёб касалликлар зотилжам, ўпка саратони, сил, бириктирувчи тўқима касаллиги, хавфли ўсмаларни бирлаштиради. +айд қилинган касалликлар ўзининг бир неча хил вариантлари ва клиник кечиш босқичларидан иборат бўлиб, нурли текширувда бир-биридан фарқ қилади.

Масалан, бактериал зотилжам сил ва ўпка саратони билан ўхшашликни келтириб чиқаради. Силда рентгенологик тасвирнинг

11.11-расм. Ўпка ён рентгенграммасидаги сегментлар проекциясининг схемаси

20 дан ортиқ ҳар хил вариантлари ҳисобга олинади. Бунда, бир хил ҳолатларда фақат ўпканинг шикастланиши кузатилса, бошқа ҳолатларда – кўкрак ичи лимфа тугунлари, бронхлар, ўпка, плевра ва бошқалар ҳисобга олинади.

Шунинг учун, ўпка зарарланишининг ҳар бир рент-генсемиотик синдромларида, шуларга хос касалликлар рўйхати шаклланади. Бу рўйхат дифференциал-диагностик қатор ҳисобланиб, қисқа йўл билан кам харажат қилиб, нозологик диагнозга олиб боришни таъминловчи диагностик алгоритмни келтириб чиқаради.

Компютерли томография. Ултратовуш билан текшириш, бир оз кейинроқ магнит-резонансли томография, замонавий радионуклид диагностикаларнинг клиник амалиётга фаол тадбиқ қилиниши (1970-йиллар ўрталаридан бошлаб) силнинг барча турлари ва босқичларини нур билан текширишнинг янги сифат ва босқичга кўтарилишига олиб келди. Натижада, янги йўналиш-*нур диагностикаси* вужудга келди. Тиббий тасвир дейилганда ички аъзоларнинг электромагнит тўлқинлари ёки бошқа ўзгарувчан тебранишлардан фойдаланиш йўли билан олинган тасвир тушунилади. Бу тасвирларни нисбатан кенг тарқалган - рентгенологик, радионуклид, ултратовуш, магнит-резонансли, термографик текшириш усулларидан бири билан амалга оширилади.

Ўпкасида силга шубҳа туғдирувчи ўзгаришлари бўлган шахсларни текшириш учун яқин вақтларгача флюорографик усуллардан фойдаланиб келинди (тасвир рентген экранидан фотоплёнкага туширилади). Рентген аппаратга қараб, 70х70 мм ёки 100х100 мм ўлчамдаги кадрлар олинади. Бу усулда иш унуми катта, лекин бир қатор техник чегараланишларга олиб келади (хусусан, кичик ҳажмдаги патологик ўзгаришларни етарли даражада аниқ акс эттирмайди). Шунинг учун бу усул билан силга аниқ диагноз қўйиш мумкин эмас, балки қўшимча текширув усуллари талаб қилинади. *Рақамли*

флюорографиянинг киритилиши билан, уни кенг кўламда қўллаш ва юқори контраст сезгирлик, ҳатто турли тўқималардаги кичик ўзгаришларни ҳам ишончли тарзда аниқлашга имкон берувчи тасвирни компютерда қайта ишлаш имконияти туғилди. Бунда беморнинг нурланиш миқдори, оддий плёнкали флюорографияга қараганда ўртача 10 марта ва йирик рентгенологик усулга қараганда 2-3 марта камаяди. Бу усулнинг самарадорлиги, тасвирни тезда ва сифатли олиш (бир неча секунд), қимматбаҳо фотоплёнка, лаборатория ускуналари ва реактивлардан фойдаланиш шарт эмаслиги, маълумотларни ишончли тарзда сақлаб қўйиш билан аниқланади.

Рентгенография нафас аъзолари силини аниқлашнинг бирламчи текшириш усули ҳисобланади. Бу усул техник кўрсат-маларга тўғри амал қилинганда, юқори даражада стандартлиги, яққоллиги ва текшириш натижаларини ишончли равишда сақлаб қўйиш имконияти билан ажралиб туради. Бунинг устига арзон бўлиб, кўп маълумот беради, бу эса унинг афзаллигини кўрсатади.

Рентгенографияда олинган маълумотларни ойдинлаштириш учун ўпка тўқимаси ва кўкс оралиғини қаватма-қават текширишга имкон берувчи рентген *томографияси* усули қўлланилади, у патологик ўзгаришларнинг тузилишини аниқлашга имкон беради.

Рентгенографик ва томографик маълумотлар нафас аъзолари силининг дифференциал диагностикасини ўтказиш учун имкон беради ва “етакчи рентгенологик синдром” ҳақида тасаввур шаклланади. Бу усуллар, даволаш жараёнида сил ўзгаришларининг динамикасини ўрганишга, даволаш курсининг самарадорлиги мезонларини аниқлашга (сўрилиш, инфилтрация, емирилиш бўшлиғининг беркилиши) хизмат қилади.

Рентгеноскопия нафас аъзолари силини аниқлашда дастлабки усул сифатида қўлланилиши мумкин. Бироқ беморда бевосита ўтказилган полипозицион ва кўп проекциядаги рентгеноскопияда, айниқса плевра бўшлиғида ҳаво ёки суюқлик бўлганда, бу усулнинг аҳамияти катта бўлади (11.12-расм). Элекрон толали техникалар, ёзиб олувчи ускуналарнинг ихтиро қилиниши нурланишни камайтиради, шунинг учун пункцион ва эндоскопик биопсиялар ўтказишда, нафас аъзоларини функционал баҳолашда, ёрдамчи усул сифатида бу усуллар ўз аҳамиятини сақлаб келмоқда.

Компютерли томография. КТ нинг тез суръатлар билан ривожланиши, силнинг рентгенологик диагностикасини янги босқичга кўтаришга имкон берди. Компютерли томография-нафас аъзолари силини, айниқса кичик морфологик ўзгаришларни аниқ-

11.12-расм. Рентгеноскопия. Халталанган плеврит

лашга имкон берувчи нур диагностикасининг фундаментал усу-лидир. КТ кўкрак қафаси аъзолари силининг мажмуавий диагнос-тикасида муҳим ва кўп ҳолларда асосий ўринни эгаллайди. У нур миқдорини кўпайтирмасдан сил жараёнининг жойлашиши, кечиши ва асоратларини аниқлашга имкон беради. Бунда спиралсимон сканирлаш классик рентгенологик усул учун “ёпиқ” бўлган соҳалардаги текширилаётган тузилмаларнинг учта кесимдаги тасвирини олишга имкон беради. Текширилаётган патологик тузилманинг зичлигини ишончли аниқлашга имкон беради. КТ киритилиши диагностик алгоритмнинг ўзгаришига олиб келди ва ўпкаларни текширишда кўкрак қафасининг тўғри проекциядаги рентгенограммаси ва КТ си билан чекланади. КТ ишлатилганида кўплаб мураккаб инвазив текширув усулларидан фойдаланишга зарурат қолмайди.

Кўрсатмалар

Бирламчи сил билан касалланган болаларда КТ га кўрсатмалар:

- хавфли гуруҳдаги болаларнинг сил микобактерияси билан зарарланиши;
- кўкрак ичи лимфа тугунлари силининг “кичик” турларида аденопатияларни аниқлаш учун;
- жараён ўрнини, тарқалганлиги, лимфа тугунлари ҳолати, атрофдаги тўқималар ҳолатини аниқлаш;
- бирламчи сил мажмуаси ва кўкрак ичи лимфа тугунлари сили фаоллиги белгиларини аниқлаш учун;
- дифференциал диагностика ўтказиш учун;
- операцияга кўрсатмаларни ва операция ҳажмини ойдин-лаштириш учун.

Нафас аъзолари сили билан касалланган катта ёшдагиларда КТ га кўрсатмалар:

- силнинг клиник тури ва вариантларини аниқлаш;
- сил жараёнининг босқичини аниқлаш;
- сил жараёни фаоллиги белгиларини аниқлаш;
- номаълум сабабли бактерия ажратиш сабабини ўрганиш;
- ўпкадаги сил ва унинг қолдиқлари жараённинг тарқалганлигини аниқлаш;
- бронхлар ҳолатини аниқлаш, ўпка сили ва бошқа касалликларда бронхоскопиянинг мақсадга мувофиқлиги ва заруратини аниқлаш;
- экссудатив плевритда ўпкадаги ўзгаришларни аниқлаш;
- ўпка сили ва бошқа касалликлар ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш;
- КТ назоратида диагностик пункцион биопсия ўтказиш;
- ўпка силида операцияга кўрсатмалар ва оператив муолажалар ҳажмини ойдинлаштириш.

Натижаларни баҳолаш

Нафас аъзолари сили диагностикасида КТ ни қўллаш, нафас аъзолари рентгендиагностикасини такомиллаштиришнинг замо-навий талабларига жавоб беради. КТ ни болалар сили клиникасида қўллаш шуни кўрсатдики, оддий рентгенографияни кўкрак ичи лимфа тугунлари сили диагностикасида қўллаш жиддий диагностик хатоликларга олиб келади. Кўкрак ичи лимфа тугунлари силида гипердиагностика 66-70% ҳолларда, айниқса билвосита рентгенологик белгилар орқали аниқланадиган, “кичик” вариантли КИЛТС билан бемор болаларни текширганда қайд этилади. Клиник диагностикадаги хатоликлар ўпка илдизи, қон томирларнинг кескин ажралмаслиги, айрисимон без тузилишининг рентгенологик суратини субъектив баҳолаш натижаси ҳисобланади. Аденопа-тияларни сохта аниқлаш ўпка илдизининг меъёридаги ва аномал томирли тузилмаларини, кўкс оралиғи ўсмаси ёки кистаси кўри-нишидаги сил бўлмаган патологияларни, плевра ўсмаларини нотўғри баҳолашни ўз ичига олади. Оддий рентгенографияда артериал (Боталлов) оқимдаги калцийланган лимфа тугуни, деб баҳоланадиган аортал соҳадаги ягона калцинат, сил микобак-терияси билан зарарланган болаларда КИЛТТ нинг “кичик” шакллари гипердиагностикасига мисол бўла олади. КТ да калцинат, оҳакланган артериал боғлам сифатида намоён бўлади, шу билан бирга тушувчи аорта ва ўпка артериялари орасида жойлашиб, тасмасимон ёки нотўғри шаклда бўлади (11.13-расм).

11.13-расм. КТ. Калцийланган артериал боғлам. Пастга тушувчи аорта ва ўпка артерияси чап тармоғи бошланғич бўлими орасида жойлашган йўлакчасимон калцийланган артериал боғлам.

КТда сил жараёнининг эрта босқичида-лимфа тугуни за-рарланмасдан, фақат ўпкадаги ўзгаришлар намоён бўлганда ҳам диагноз қўйиш имконияти пайдо бўлади. Нотўлиқ бирламчи комп-лекс, баъзан, плеврит билан кузатиладиган майда, яккам-дуккам, кўпинча субплеврал ўчоқлар билан намоён бўлади (11.14-расм).

11.14-расм. Нотўлиқ бирламчи сил комплекси. Ўнг ўпка 2-сегментидаги майда субплеврал ўчоқлар

Кўкрак қафаси аденопатиялари диагностикасида зарарланган лимфа тугунлари таҳлилига КТ нинг киритилиши, барча гуруҳ лимфа тугунлари, уларнинг аниқ жойлашишини ва катталигини аниқлашга имкон беради. КТ, лимфа тугунларининг зичлиги асосида ифодалашга, уларни гомоген, некротик ўзгарган, оҳак-ланган сифатида фарқлашга, атрофдаги медиастинал аъзо ва тўқималардаги иккиламчи оқибатларни ҳисобга олган ҳолда лимфа тугунлари морфологиясини аниқлашга имкон беради. КТ да кам зичликка эга бўлган кўкрак ичи лимфа тугунларининг энг кичик ҳажми-3 мм, калцинатланганлариники- 1 мм. га тўғри келади.

КТда кўкрак ичи лимфа тугунларининг қуйидаги 13 гуруҳини ўз ичига олган анатомик таснифи қўлланилади: тўш орти, паравазал, паратрахеал, ретрокавал, парааортал, аортал, бифур-кацион, параэзофагеал, трахеобронхиал, перибронхиал, пулмонал, паракостал, пастки диафрагмал. Кўкрак ичи лимфа тугунлари силида, кўпинча, парабазал, ретрокавал ва трахеобронхиал лимфа тугунлари зарарланади.

КТ маълумотлари бўйича, кўкрак ичи лимфа тугунлари силида, ўзгарган лимфа тугунларни бир ёки бир неча гуруҳда кузатиш мумкин. Алоҳида лимфа тугунларининг катталиги 1 дан 18 мм гача, конгломератлариники-40 мм гача бўлиши мумкин. Кўпчилик болаларда зарарланган лимфа тугунларининг катталиги 4 дан 10 мм гача бўлади (11.15-расм).

11.15-расм. КИЛТ сурункали сили. Кўплаб, юмшоқ, қисман ва бутунлай калцинацияланган КИЛТ ва лимфа тугунлари конгломератлари

Меъёрдаги лимфа тугунларини ва юмшоқ тўқималар зич-лигидаги аденопатияларни КТ ёрдамида дифференциал диагнос-тика ўтказиш лимфа

тугунларининг сонига, бир неча гуруҳларнинг зарарланиши, тугунлар ва перинодуляр тўқималар тузилиши аномалиялари бўйича ўтказилади.

КТ билан аденопатияларни объектив баҳолаш, КИЛТ силининг вариантларини тугунлар катталигига кўра ифодалашга имкон беради:

- яққол аденопатия-катталиги 10 мм дан катта ёки майда (10 мм дан кичик) лимфа тугунларнинг кўплаб конгломератлари; янги, инфилтрацияланган, казеозланган лимфа тугунлари (11.16,а-расм);
- яққол бўлмаган аденопатия-тугунлар катталиги 5мм дан 10мм гача; инфилтрацияланган, янги ёки қаттиқлашган казеозли, қисман ёки тўлиқ калцийланган тугунлар (11.16,б-расм);
- 5 мм дан кичик, яъни меъёрий ҳажм чегарасидаги тугунлар, конгломератлар ва лимфа тугунлар гуруҳининг кўплиги микрополиаденопатия сифатида баҳоланади. КТ да юмшоқ гомоген лимфа тугунлари билан бир қаторда нуқтали қаттиқ бўлган, калцинация ўчоқлари мавжуд ва бутунлай калцинацияланган юмшоқ лимфа тугунлари ҳам учрайди (11.16,в-расм).

Яққол кичик аденопатия ва микрополиаденопатия фаол сил жараёни сифатида намоён бўлади. Бир ёки бир неча гуруҳлардаги майда, кўплаб юмшоқ, гомоген лимфа тугунларининг бўлиши но-специфик жараённи истисно қилмайди. Самарасиз кимёпро-филактикада микрополиаденопатия КИЛТ сили жараёнига айла-ниши мумкин. Сил микобактериялари билан зарарланган болада, кўкрак ичи микрополиаденопатиялари билан зимдан кечадиган сил жараёнига объектив, кўрсаткич сифатида қараш мумкин (11.17-расм).

Микрополиаденопатияни КТ да аниқлаш, болаларда силни эрта диагностика қилиш ва адекват кимётерапия ўтказишга имкон беради.

Тарқалган ўпка сили, клиник-морфологик манзаранинг турли-туманлиги билан ажралиб туради. Ўпка интерстициал касалликлари гуруҳига бирлаштирилган бир қанча нозология-ларнинг клиник-рентгенологик манзараси ўхшаш бўлганлигидан, тарқоқ ўпка силининг интерстициал турини аниқлаш бирмунча қийин. Кўпчилик беморларни “номаълум сабабли диссеминация”, саркоидоз, рак инфилтрацияси, икки томонлама зотилжам диагнозлари билан текширишга силга қарши диспансерларга жўнатишади. Лимфо-гематоген йўл билан келиб чиққан тарқоқ сил, морфологик жиҳатдан паренхима ва интерстициал тўқиманинг турли даражада зарарланиши билан ифодаланади.

а б

в

11.16-расм. КТ. КИЛТ сили: а-яққол аденопатия;
б-кам ривожланган аденопатия; в-микрополиаденопатия

11.17-расм. Кўкрак ичи микрополиаденопатияси-латент кечувчи сил инфекциясининг объектив белгиси. Ретрокавал гуруҳдаги майда лимфа тугунларнинг гомоген конгломерати

Тарқалган силнинг интерстициал тури учун, интерстициал компонентнинг турлича қайта тузилиши хос. Ретикуляр ёки ретикуляр-нодуляр табиатдаги ўпкаларнинг икки томонлама диффуз интерстициал зарарланиши, асосан компютер-томогра-фик текширувда аниқланади. Зарарланиш даражаси интер-лобуляр ва перибронховаскуляр интерстиций инфилтрацияси билан ифодаланади.

Интерлобуляр интерстиций зарарланиши устунлиги билан кузатиладиган тарқоқ силнинг интерстициал шакли, асосан, ним ўткир диссеминация клиник кўринишида кечади. Бу турдаги сил учун интерлобуляр ва септал интерстиций инфилтрацияси туфайли вужудга келган йирик тўрсимон тузилиш хос (11.18,а- расм).

Беморлар ўртасида, яллиғланиш устунлиги билан кузатилувчи, сурункали кечувчи тарқоқ силга мос келувчи интерлобуляр интерстициал тузилмаларнинг зарарланиши кўп кузатилади (11.18,б-расм).

11.18-расм. Интерстициал тарқоқ ўпка сили:
а-интерлобуляр интерстиций инфилтрацияси;
б-бўлаклар ичи инфилтрацияси

Перибронховаскуляр интерстицийнинг зарарланиши билан кечадиган тарқоқ силнинг интерстициал тури, интерстициал–паренхиматоз тўқималарнинг яллиғланиши натижасида намоён бўлади. Бунда интерстициал яллиғланиш билан бир қаторда, бронх силига хос КТ манзараси, яъни перибронхиал ациноз ўчоқларни, бронхолобуляр зотилжам ўчоқларни, баъзан парчаланиш ва каверналар ҳосил бўлганини кўриш мумкин (11.19-расм).

Силга қарши препаратлар билан даволаш жараёнида, КТда аниқланадиган бўлак ичи периацинар интерстиций инфилтра-циясининг камайиши, соғайишнинг бошланғич белгилари ҳисоб-ланади. Бир ойдан кейин, КТ да қайд этилган бу белгидан даволаш самарадорлигини баҳолашда фойдаланиш мумкин.

11.19-расм. Лимфо-гематоген тарқалган тарқоқ сил. Перибронховаскуляр интерстиций инфилтрацияси,
ўчоқлар, чап ўпка бронхолобуляр зотилжам

КТ да ўчоқли сил бўлак ичи, бўлак (экссудатив ёки продуктив) бронхоген ўчоқлар ёки якка-якка дўмбоқчали интерстициал яллиғланишлар билан намоён бўлади. КТ да “Янги”, биринчи марта аниқланган ўчоқли сил бўлаклар ичидаги ўчоқлар ва брон-хиолаларнинг казеозли зарарланганини акс эттирувчи бронхиоцеле кўринишида ифодаланади (11.20-расм).

11.20-расм. Ўчоқли сил. Чап ўпка тепа
бўлагидаги экссудатив ўчоқлар

КТ да сурункали ўчоқли сил (фиброзли-ўчоқли) кап-суляцияланган, қисман калцийланган ёки фибрози аниқ ажралган казеоз ўчоқлар ёки ўчоқлар

конгломератлари, бронхоэктазлар ва эмфизема шаклида намоён бўлади. КТ да биринчи марта аниқланган фаол ўчоқли сил, шунингдек сурункали қайталаб турадиган силнинг белгилари бўлиб, бўлак ичи ўчоқлари ва бронхоцеле ҳисобланади.

Яллиғланган силнинг КТ тасвири патологик жараёнга тор-тилган паренхиматоз, интерстициал ва бронхиал тузилмаларнинг зарарланиш даражаси билан боғлиқ бўлиб, сезиларли полиморфизм билан таърифланади.

Яллиғланган силнинг паренхиматоз варианти сил инфек-циясининг бронхоген тарқалишига боғлиқ. КТ да сил бронхо-пневмониясининг бу тури, бўлакчадан бўлак даражасигача зарарланиш билан ифодаланади ва айнан экссудатив яллиғланиш жараёни билан давом этади (11.21,а-расм).

Яллиғланган силнинг интерстициал тури, КТ тасвирида бўлак ичи тузилмаларидан, то перибронховаскуляр тузилмаргача бўлиб, интерстицийнинг яллиғли зичлашиши кузатилади. Бунга асосан яллиғланиш жараёнининг продуктив тури ва торпид кечиши хос (11.21,б-расм).

а б

11.21-расм. а- чап ўпка пастки бўлаги ациноз бронхопневмония кўринишида; б-чап ўпка юқори бўлаги бўлак ичи интерстицийси яллиғланишининг лимфоген келиб чиқиши

Яллиғланган сил турларининг ажратилиши кимётерапияга қиёсий ёндошишни талаб қилади. Казеоз зотилжам, КТ да, ҳажмига кўра, кенг қамровли, бўлакли ва катта шикастланишли ациноз, лобуляр ва лобар зичлашишлардан ташкил топган бўлади. Казеоз-пневмоник ўпка ўзгаришлари, КТ да турли босқичдаги казеозлар, трансформацияси ва экссудатив яллиғланиш билан асосланган ҳар хил зичликдаги тузилмалардан иборат бўлиши билан ажралиб туради (11.22-расм).

11.22-расм. Чап ўпка юқори бўлаги казеозли зотилжами. Бўлак кўплаб каверналар ва бронхоэктазлар ҳисобига зичлашган

Туберкулома диагностикасида КТ ни қўллаш орқали, силнинг шу турини патологанатомик тушуниш имконияти пайдо бўлди ва бу касаллик хусусиятлари КТ семиотикасида ўз ифодасини топди. Туберкуломанинг компютер-томографик семиотикаси, гомоген, қаватли ва конгломерат туберкуломалар морфологик тушунчасини бирлаштиради, бу эса уларни инфилтратли-пневмоник турдаги сохта туберкулёмалардан фарқ қилишига имкон беради. Туберкулёмани, КТ да аниқланадиган атрофдаги тўқималарининг ўзгариши 99% ҳолларда кузатилади (11.23-расм).

11.23-расм. Дренажловчи бронхга очилган парчаланиш давридаги ўнг ўпка 2-сегменти туберкуломаси

КТ маълумотлари бўйича, ўпка тўқимасининг емирилиши натижасида ҳосил бўлган каверна, ҳажми 3 мм ва бундан катта бўшлиқ сифатида намоён бўлади. Шаклланиш ва репарация босқичида кавернали силнинг морфологик

хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, унинг каверна макроструктурасининг КТ кўриниши, ўткир (шаклланмаган), шаклланган ва сурункали каверналарни фарқлашга имкон беради. Ўткир каверна инфилтратли-пневмоник зичлашган бўлиб, унга инфилтратли силнинг каверна босқичи сифатида қаралади. Девори мавжуд шаклланган кавернада сезиларли ўчоқлар ва инфилтратив ўзгаришлар пайдо бўлганда, унга инфилтрация давридаги кавернали сил сифатида қаралади.

Сурункали кавернали сил, КТ да, айнан бронхосклеротик компонент, перибронховаскуляр интерстицийнинг фиброзланиши ёки ўпка зарарланиши каби поликаверна кўринишидаги вариант-лар сифатида намоён бўлади (11.24-расм).

а б

11.24-расм. Фиброз-кавернали оз сил: а-ўнг ўпкадаги перибронховаскуляр склерозли сурункали каверналар;
б-поликавернали фиброз-кавернали сил. Бир неча кавернали “емирилиб бўлган” ўнг ўпка ва чап ўпка юқори бўлагидаги сурункали каверна

Антибактериал дорилар билан даволаш замирида, КТ текши-риш, кавернадаги реператив жараёнлар динамикаси ҳақида тасав-вур беради.

Ўпка циррози цирротик силнинг тури сифатида сил ўзгаришлари (калцинацияланган ўчоқлар, тирқишсимон каверна, калцинацияланган лимфа тугунлари) мавжудлиги билан баҳола-нади.

Бронхоген диссеминацияларнинг мавжудлиги, цирротик сил-нинг фаоллигини кўрсатувчи ишонарли белгилардан ҳисобланади (11.25-расм).

11.25-расм. Цирротик сил. Чап ўпка кичиклашган, тирқишсимон каверна ва бронхоэктазлар билан цирротик зичлашган. Ўнг ўпкада-ўчоқлар

Бронхлар сили ҳақида клиник фикрлаш, эндоскопик текшириш мумкин бўлган йирик бронхлар сили ҳақида сўз юритишга имкон беради. Бронхлар силининг фақат рентгенологик усулга асосланиб қолиши, айниқса фибробронхоскопия имкониятлари чекланган болалар силида, катта қийинчиликлари туғдиради.

КТ да, бронхлар сили ўпка силига ҳамроҳ патология сифатида ва КИЛТ даги жараён ёки иккиламчи ўзгаришларга олиб келадиган алоҳида жараён сифатида аниқланади. Бронхлар силининг КТ-диагностикаси, бронхлар девори зичлиги ва контурлари, бўш-лиғининг ҳолати, бўшлиқ ичида ёт нарсалар борлиги, атрофдаги ўпка тўқимаси ва кўкс оралиғи ҳақидаги комплекс маълумотларга асосланади.

Спиралли КТ қўлланила бошлаши билан, тасвир ҳажмини ўзгартириш усули-икки ёки бошқа ҳажмли шаклларда кўришга имкон берди. Компютер дастурлари виртуал кўриш усулларини, жумладан, бронхлар девори, бронх йириғи ичи ва перибронхиал тузилмаларнинг фазовий ҳолатларини акс эттирувчи виртуал бронхоскопияўтказишга имкон беради.

Радионуклид усуллар. Радионуклид усуллар, бошқа анъанавий усуллар қийин амалга ошганида, турли патологик ҳолатларнинг бошланғич босқичларидаги функционал ва анатомик бузилишларни аниқлашга имкон беради. Анъанавий клиник, рентгенологик ва функционал текшириш усуллари, вентиляцион-перфузион жараёнларнинг патогенезини аниқлашга, ўпкадаги микроциркуляцияни синчиклаб таҳлил қилишга, бронхлар мукоцилиар клиренсини ва КИЛТС фаолиятини баҳолашга ҳамиша ҳам имкон беравермайди. Бу масалани ҳал қилиш учун, нишонланган радионуклид препаратлардан кенг фойдаланилади. Бунинг учун радиометрик аппаратлар (сканерлар ва сцинтилляцион гамма-камералар) ишлатилади.

Гамма-камералар текширилаётган аъзо фаолияти ҳақида, нафақат статистик, балки динамик маълумотлар олишга имкон беради. Аппаратлар видеоёзув ва компютер таҳлили қурилмалари билан таъминланган, улар ёрдамида аъзолардаги ўзгаришлар кўрилади ва график тасвир сифатида қоғозга туширилади.

Аъзолар фаолиятининг бузилганлик даражаси ва сцинти-график тасвири, патологик жараённинг морфологик ўзгаришига, тарқалганлиги ва давомийлигига боғлиқ. Сцинтиграфия ёрдамида ўпкада аниқланадиган ўзгаришлар, рентгенологик усулга қараганда кўпроқ намоён бўлади.

Регионар қон айланиши ва ўпка вентиляциясини баҳолаш, аъзони аналогик тасвирлаш, шунингдек ҳар бир ўпкадаги ва "қизиқиш соҳасидаги" радионуклид нурланишларни миқдорий қайд этиш ҳамда маълумотларни компьютерда таҳлил қилиш билан ўтказилади. Компютер дастурлари, олинган маълумотларни тўлиқ таҳлил қилишга имкон беради.

Радионуклид текширишларнинг одам физиологияси доираси-да экани, нисбатан соддалиги ва беморнинг даволаниши мобайнида қайта ўтказиш мумкинлиги, бу усулларни ўпкадан бошқа аъзолардаги сил турларида ҳам қўллашга имкон беради.

Мақсад

Радионуклид текшириш усуллари вентиляцион-перфузион ўзгаришларнинг патогенезини аниқлаш ва мукоцилиар клиренс, ўпка микроциркуляцияси ва кўкс оралиғи лимфа тугунлари фаолиятини баҳолашдан иборат.

Радионуклид текшириш усуллари, буйраклар функционал ҳолатини (каналчалар секрецияси, филтрацияни, уродинамика, томирлар ва паренхималар ҳолатини), уларнинг топографиясини, сийдик найларининг қисқариш хусусиятини ўрганишга имкон беради ва беморларни даволаш самарадорлигини баҳолаш учун қўлланилади.

Суяк тўқимасини текшириш, суяк тўқимаси тузилмалари ва деструкция ўчоқларини аниқлаш, патологик жараённинг қанчалик тарқалганини, суяк синганидан сўнг, унинг тикланишини ва радикал-қайта тиклаш операцияларини баҳолаш учун ўтказилади.

Кўрсатмалар

Бу усулларни патологик жараённинг тарқалганлиги, жойла-шиши ва фаоллик даражасини аниқлаш, сил диагностикасида аъзолар фаолияти бузилган соҳаларни аниқлаш, жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмаларни аниқлашда, даволаш ва жарроҳлик муолажалари натижасини динамикада баҳолаш учун қўл-ланилади.

Монеликлар

+он туфлаш, ўпкадан қон кетиши, иситманинг баланд бўлиши, ўткир психоз, ҳомиладорлик, гўдаклик даври (бир ёшгача).

Ўтказиш усули ва натижаларни баҳолаш

^{133}Хе радиоактив изотоп билан ўпка вентиляцион сцинтиграфияси

Спирографга уланган резина орқали оғиздан ингаляцион усулда газ юборилади (“бемор-спирограф” ёпиқ тизими). Трахео-бронхиал йўллар ўтказувчанлиги, тўлиш, аралашиш вақти ва газсимон ^{133}Хе нинг трахеобронхиал бўшлиқдан чиқиш вақти аниқланади. Ўпкаларнинг нурланиш юкламаси 0.06 мЭв дан, гамма-квантлар нурланиш энерияси-812 кЭвдан, ярим парча-ланиш даври-5,27 кундан ошмайди, биологик ярим ажралиш даври- тахминан бир дақиқа атрофида.

Ўпкалар перфузион сцинтиграфияси

^{133}Хе нинг сувли эритмаси венага юборилади. Текшириш чуқур нафас олиб, нафасни тутиб турган пайтда ўтказилади. Бу усул, радиологик-фармацевтик препарат (РФП) нинг капилляр томирлар мембраналари орқали ўпка алвеолалари ва трахеяга ўтишидаги “диффузия” тезлигини аниқлашга имкон беради. Бу маълумотлар асосида ўпка капилляр томирлар перфузияси баҳоланади, ўпка эмфиземасининг яширин турлари, жойлашган ўрни ўрганилади. ^{133}Хе сувли эритмасининг физик-кимёвий хусусиятлари худди газсимон ксенон кабидир.

Ўпка регионар қон айланиш сцинтиграфияси

Бунда тезда парчаланиб кетадиган препаратлар: технеций (^{99m}Тс) ёки индий (^{113m}In) дан фойдаланилади. Усул, ўпка капилляр томирларини “микроэмболизациялаш”га асосланган ва ўпкада микроциркуляция бузилишининг жойлашган ўрни, тарқалганлиги, фаоллик даражасини аниқлаш учун мўлжалланган. Ўпкаларнинг нурланиш юкламаси-0,057 мЗв. ^{99m}Тс гамма-квантларининг нурланиш энергияси-140кэВ, ярим парчаланиш даври-6 соат. ^{113m}In нинг энергияси -393кэВ, ярим парчаланиш даври-1.7 соат, нур юкламаси-0,005 мЗв.

Нишонланган йод (^{131}I) билан албуминли агрегатни бирга қўллаш, қалқонсимон без “блокада”сини талаб этади, унга сезиларли нур билан таъсир қилинади. Текширишдан икки кун олдин ва кейин бир ҳафта давомида, бемор 4-5 томчидан кунига икки маҳал люгол эритмасини ичиб туради. ^{131}I нинг нурланиш энергияси-360кэВ, ярим парчаланиш даври-8.2 кун. Нур юкламаси 1.8 мЗв ни ташкил этади ва бошқа радиоактив изотопларга қараганда зарарли таъсири камроқ.

Нишонланган ^{99m}Тс макрозаррачалари билан бронхлар аэрозол сцинтиграфияси

Текшириш бронхлар мукоцилиар клиренсини ўрганиш, даволаш натижасини баҳолаш ва ўпка ҳамда бронхлардаги жар-роҳлик муолажаларига кўрсатмаларни ойдинлаштириш учун ўтказилади. Препарат ултратовушли ингалятор ёрдамида кирити-лади (заррачалар ҳажми 10-50 мкм). Бир марталик ингаляция вақтида 300-400МБк фаолликдаги 2-3 мл РФП ишлатилади.

Текшириш жараёни ўткир ёки сурункали кечганда, икки турдаги мукоцилиар клиренсни тафовут қилиш мумкин бўлади. Компенсация босқичида меъёрий кўрсаткичлар (препаратнинг трахеобронхиал дарахтда

бир текис тақсимланиши ва бир соат давомида тўлиқ чиқиб кетиши) аниқланади. Декомпенсация босқичида бронхиал дарахт йўналиши бўйлаб препаратнинг кам сўрилган соҳалари аниқланади.

Асоратлари

РФПларга турли аллергик реакциялар бўлиши мумкин.

Ўпкадан бошқа аъзодаги силда нур диагностикаси усуллари

Суяк-бўғимлар сили. Суяк-бўғимлар силида нур диагнос-тикаси, специфик яллиғланишнинг бирламчи суяк ўчоқларини-бириктирувчи суяклар, ҳох умуртқа, хоҳ найсимон суяклар ёки ясси суяклар бўғим юзалари бўлсин, контакт деструкциялари зонасига кирадиган ёки алоҳида деструкцияларни аниқлашга имкон беради. Сил жараёнининг бирламчи ўчоқли табиати, контакт деструкция сатҳи билан ажралиб туради ва кўпчилик ҳол-ларда специфик жараённи бошқа касалликлардан фарқлашга имкон беради. Айни бир вақтнинг ўзида мақсадга мувофиқ равишда суяклар зарарланишининг асоратлари яллиғланиш (абсцесслар, оқма яралар) ва ортопедик асоратлари (умуртқалар, бўғимлар охирларининг шакли ва муносабатлари бузилиши) аниқланади.

Текшириш даражаси, диагностика ва даволашнинг вази-фаларидан келиб чиқади.

Умуртқа сили. Сил спондилити, умуртқалар ва ўсиқлар суяк тўқимасининг деструкцияси, жараёнга умуртқаларарo дискларнинг иккиламчи тортилиши, паравертебрал тўқима ва эпидурал бўшлиқда абсцесслар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Бу нур текшириш усули, умуртқанинг шикастланган жойи, қайси умуртқа эканлигини ва жараёнга тортилган умуртқалар сонини аниқлаш учун зарур бўлади.

а

б

в

г

11.26-расм. а) компютер томограмма L_4;
б,в,г) магнит-резонансли томограмма - $Th_{6\text{-}7\text{-}8}$ ва $Th_{11\text{-}12}$

+уйидаги зарарланган соҳалар нур усули билан аниқланади:

- ўчоқли, контакт ёки қўшма деструкция тури, унинг даражаси (баландлиги бўйича);
- деструкция бўшлиқларида патологик ёт нарсалар борлиги;
- бўшлиқлар/киритмаларнинг паравертебрал тўқималар ва орқа мия канали билан муносабати;
- зарарланган умуртқалар суяк тўқимасининг тузилиши ва умуртқанинг умумий фон тузилиши;
- зарарланиш соҳасида умуртқаларарo дисклар ҳолатини баҳолаш;
- жараёнга тортилиши мумкин бўлган умуртқа орқа қисмларини аниқлаш;
- паравертебрал тўқималар ҳолатини, абсцесслар ёки оқма яралар борлиги ва тарқалишини аниқлаш, уларнинг бошқа анатомик соҳа ва аъзолар билан алоқасини ўрганиш;
- эпидурал абсцесслар мавжудлигини аниқлаш, орқа мия компрессияси бор-йўқлигини, даражасини, тарқалишини, компрессия субстратларини аниқлаш;
- спинал танқислик сатҳида, айниқса кўрсаткичлар дис-социациясида (орқа мия ўзгаришларида компрессия бўлмаганда) орқа мия ва пардалари ҳолатини аниқлаш.

Сил спондилитида нур билан текшириш усулларининг кўплиги, қониқарлиги ва турли усулларни чеклаш, текшириш усулини танлашни талаб этади. Кўпчилик муаллифлар биринчи ўринга рентгенографияни қўйиб, кейин ўзларининг алго-ритмларини таклиф этишади. Ҳақиқатан ҳам, КТ ва МРТ текши-ришларининг кенг қўлланилиши текшириш алгоритмларининг қисқаришига олиб келди. Обзор рентгенрграммалардан кейин МРТ ўтказиш мақсадга мувофиқ. КТ ни ҳам ҳисобга олган ҳолда, рентгенологик усулларни,

кейинчалик заруратга қараб, зарар ланиш соҳасида суяк тўқимасининг ёки ликвор йўлларининг ҳолатини баҳолаш учун қўллаш мумкин. КТни обзор рентгено-графиядан кейин иккинчи текшириш усули сифатида, битта-иккита умуртқа билан чегараланган, асосан бўйин ва бел умурт-қалари зарарланишида, шунингдек МРТ га монелик бўладиган металл конструкцияси бор беморларда ишлатиш мақсадга мувофиқ.

Умуртқалар силининг рентгенологик диагностикаси ҳақидаги тўлиқ маълумот билан компакт дискда танишишингиз мумкин (бундан буён ◙белгиси ишлатилади).

Катталарда сил спондилитининг КТ белгиларнинг ўзига хос хусусиятлари:

1. Чуқур контактли деструкция, кўпинча икки умуртқа (3 ва бундан ортиқ умуртқа танаси ҳам бўлиши мумкин) танасининг зарарланиши ҳамда суяк секвестрларининг мавжудлиги.

2. Превертебрал клетчатка инфилтрацияси, паравертебрал ва псоас абсцессларининг шаклланиши.

3. Эпидурал клечатка реакцияси пайдо бўлиши. Орқа миянинг бир сегментга ва бундан ортиқ силжиши ёки орқа мия илдизининг қисилиши.

4. Жароҳатланган умуртқалар танаси оралиғидаги умуртқалар аро дискнинг номутаносиб қисилиши.

Сил спондилити бор беморларни текширишда КТ усулининг камчиликлари:

1. Чегараланган текшириш сояси, бошқа соҳадаги патологик жараённинг аниқланмай қолиш эҳтимоли мавжудлиги.

2. Сагитал проекцияда орқа мия ва орқа мия каналининг чегараланган кўриниши.

3. Умуртқаларнинг шакли ўзгарганда, маълумотларни нотўғри таҳлил қилиниши.

Олинган маълумотлар асосида, шуни айтиш мумкинки, КТ бирламчи текшириш усули эмас, балки рентгенграфия ва МРТни тўлдирадиган усулдир. Сил спондилитида қуйидаги ҳолларда КТ қўлланилади: рентгенограмма ва томограммада деструкция ўчоғи аниқланмаган, бироқ МРТ умуртқалардан патологик ўзгарган сигналлар мавжуд бўлганда; умуртқалар орқа юзасидаги (умуртқа равоғи, ўсиқ) суяк элементларида деструкцияни аниқлашда; субоксипитал, бўйин-кўкрак, бел-думғаза соҳаларини рент-генологик текширишда жароҳатнинг табиатини аниқлаш техник жиҳатдан қийин бўлган, деструктив суяк бўшлиқларининг умуртқа найи, паравертебрал тўқима ва қўшни аъзоларга алоқадорлиги ҳақидаги маълумотлар рентгенологик текширишда аниқланмаганда; операциядан кейинги даврда трансплантатнинг суяк тўқимаси билан қўшилишини баҳолашда ва ўтказилган операцияни радикаллигини ҳамда паравертебрал абсцесс қайталашини ўз вақтида аниқлашда.

МРТ усулининг сил спондилити диагностикасидаги афзал-ликлари:

1. МРТ умуртқа поғонаси танасидаги патологик ўзгаришларни барвақт аниқлашга ёрдам беради, улар, асосан, суяк тўқимасида шиш, инфилтрация билан намоён бўлади.

2. МРТ – ягона усул, унинг ёрдамида умуртқалараро дисклар ва узун бойламда дистрофик ўзгаришлар аниқланади.

3. Абсцеслар очиқ-ойдин кўринади, қўшни аъзолар алоқа-дорлиги, кўп камерали бўлиши, бир-бирига боғлиқлигини аниқ-лайди.

4. Кўндаланг кесимда яхши кўринадиган умуртқа найи, орқа мия ва орқа мия пардалари ҳолати ҳамда умуртқа найида қўшимча ўсмалар мавжудлигини баҳолаш имкониятини беради.

МРТ усулининг камчиликлари:

1. Суяк тўқимасини тасвирламайди.
2. Жароҳатланган умуртқа танаси сигналининг носпецифик-лиги.
3. Ўзгарган дисклар сигналининг носпецификлиги.

Шунинг учун МРТ комплекс ҳолда рентгенография ва КТ билан бирга қўлланилиши керак. МРТ усулини қўллашга қуйидагилар кўрсатма бўлади: орқа миянинг барча бузилишлари; операциядан олдин ва кейин орқа мия жароҳатланган соҳасининг қисилиш даражасини аниқлаш; абсцесслар тарқалиши, умуртқалар ва бошқа аъзоларга алоқадорлигини аниқлаш; декомпресив опера-циялардан кейин неврологик бузилишлар сақланиб қолган ҳоллар. Сил спондилитига шубҳа бўлган барча беморларга МРТ ни бирламчи ва барвақт қўллаш тавсия этилади.

Нур усули диагностикаси бўйича тақдим этилган маълумотлар Соғликни Сақлаш Вазирлиги Фтизиатрия ва пулмонология Илмий-тадқиқот Институти рентген диагностика бўлими иш тажрибасига жорий этилган.

Бўғимлар сили

Бўғимлар сили диагностикасида ва уларни даволашда классик рент-генологик ва томографик усулларни қўллаш кенг тарқалган.

Суяклар силининг асоратлари диагностикаси обзор ёки томографик манзарадаги абсцессография ва фистулографияни ўз ичига олади. Бунда стереорентгенография кенг қўлланилади. Текширув нур найчасини аввал марказдан ўнгга, сўнгра чапга 3,5 см суриб, кассеталар ва объект ҳолатини ўзгартириб, иккита бир хил плёнкада (одатда 24х30 см ли) кетма-кет ўтказилади. Стереоскопда бу тасвирларни айни бир вақтнинг ўзида кўриш орқали абсцесслар, оқма яра йўллари, суяк ва бўғимларга алоқадорлиги ўрганилади.

Суяк ва бўғимлар патологиясини аниқлашнинг янги усул-ларидан бири сифатида, кўпинча, КТ қўлланилади. Олинган тас-вирлар, бўғимлар охиридаги деструкция бўшлиқларини, суяк қалинлиги масштабини яхшигина кўрсатади ва бўғим охирининг контакт деструкцияларининг тарқалганини, секвестрлар, абсцес-слар, бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималар ҳолатини ҳам аниқ-лаштиради.

Рентгенография яхши маълумот бера олмайдиган анатомик соҳаларни текшириш учун КТ ни қўллаш мақсадга мувофиқ (айниқса чаноқ суяги шикастланганда).

МРТ суяк ва бўғимлар патологиясида кам қўлланади, бироқ у суяклардаги (суяк илигидаги) яллиғланиш ва некротик жараён-ларни эрта аниқлашга имкон беради, бўғим охирлари тоғай қопламлари ўзгаришларини, бўғим капсуласи атрофидаги инфил-тратни, бўғим халтасидаги суюқликни ҳам яхши акс эттиради. Магнит-резонанс томограммаларда, бошқа усуллар билан аниқлаб бўлмайдиган чуқур мушакларарo абсцесслар яққол кўринади.

Сийдик тизими сили. Нур билан текшириш усуллари, сийдик тизими сили диагностикаси ва дифференциал диагностикасида етакчи усуллардан бири ҳисобланади. Классик рентгенологик усулларга, ҳозирги кунда КТ, МРТ қўшилди. Буйраклар патологияси мавжуд беморларни рентгенологик текшириш вазифаларига қуйидагилар киради:

- кейинчалик текширишлар ўтказиладиган умумий фонни аниқлаш (оҳакланган лимфа тугунлари ёки абсцесслар, сийдик ёки ўт йўлларидаги тошлар, умуртқа патологияси, оҳакланган қовурға тоғайлари борлиги);
- функционал ўзгаришлар, сийдик йўлларининг бўшалиши динамикаси;
- буйрак паренхимасидаги эрта инфилтратив ва функционал ўзгаришлар (папиллит);
- буйраклардаги кенг ҳажмли деструктив ўзгаришлар (кавер-налар-алоҳида ёки бўшлиқлар билан туташган, жумладан, оҳакланган казеоз ўзгаришлар);
- ишламаётган буйраклар сегментлари ёки ишламайдиган буйраклар;
- буйрак ва сийдик йўллари ўзгаришлари (бирламчи кенгай-малар-гидрокалиоз, пиелоэктазия; буйрак косачаларининг чан-диқли деформациялари; сийдик найларининг ригидлиги, стрик-тураси, кенгайиши);
- сийдик пуфаги, сийдик найи тешиклари чандиқли ўзгариш-лари, нуқсонлари;
- буйраклар ва сийдик йўлларидаги иккиламчи ўзгаришлар (бўшлиқларнинг иккиламчи кенгайиши, бужмайган буйрак); асосий жараён асоратлари, қорин орқа бўшлиғи юмшоқ тўқималарининг ўзгариши.

Атрофдаги тўқималар ҳолати қорин бўшлиғи обзор рентге-нографияси билан аниқланади. Экскретор урографияга кўрсат-малар бўлса, контраст юборгач, КТ билан ҳам тўлдирилади (оптимал кесимлар ўлчаш йўли билан олинади, одатда 7-8-9 см ни ташкил этади). Текшириш вақти буйракнинг концентрацион қобилиятига, шунингдек, бошқа патологияларга боғлиқ. Агар Тасвирларни олиш қийин бўлса, беморни қорни билан ётқизиб рентген суратини олиш керак. Буйраклар паренхимаси ва бўшлиқлари структур ўзгаришларини ойдинлаштириш учун контраст модда киритмасдан туриб, ретроград пиелография ёки томография ўтказилади. Сийдик пуфаги ва сийдик найлари яқинидаги чандиқли ўзгаришларни аниқлаш учун контрастли

цистография қўлланилади. Барча контраст текширишлар учун мутлақ монелик йодни кўтара олмаслик ҳисобланади.

Буйраклар ва қорин орқа бўшлиғи анатомияси ҳамда пато-логиясига аниқ тавсиф берувчи КТ, сийдик тизими патологиясида танлов усули ҳисобланади. Текшириш контраст моддаларсиз ўтка-зилади, лозим бўлса, контраст текшириш билан тўлдирилади. Буйракларнинг, шунингдек, сийдик пуфагининг қаватма-қават кўндаланг кесимда кўриниши, диагностикада улкан муваф-фақиятларга олиб келди. МРТ урология амалиётида нисбатан кам қўлланилади. Айниқса, буйракларни узунасига кўришга имкон берадиган, қорин орқа бўшлиғи топографиясида, паранефрал тўқималарда мўлжал олишга имкон берувчи фронтал кесимлар катта аҳамиятга эга.

Буйраклар ангиографияси кўп ҳолларда онкопатология билан дифференциал диагностика ўтказиш учун ҳамон аҳамиятини сақлаб турибди.

Эркаклар жинсий аъзолари сили. Эркаклар жинсий аъзолари силида обзор рентгенография, сийдик пуфаги соҳасида нур найининг каудал эгилиши билан 70^0 бурчак остида, симфиз остидан простата соясини плёнкага тушириш билан қўлланилади. Уруғ чиқариш йўлларини рентгенологик текшириш, жинсий безлардаги деструктив ўзгаришларни, уруғ чиқариш йўлларининг ўтказувчанлигини, жараённинг чаноқ бўшлиғи аъзоларига ўтишини аниқловчи сперматографиянинг турли модификациялари ёрдамида амалга оширилади.

Аёллар жинсий аъзолари сили. Аёллар жинсий аъзолари сили 80-90% ҳолларда бачадон найлари, айниқса ампуляр қисмидан бошланади. Тухумдонлар сили бачадон найларидан жараён тарқалиши ҳисобига пайдо бўлади, бачадон эса, кўпинча, найлар билан бир вақтда зарарланади. Аёллар жинсий аъзо-ларидаги морфологик ўзгаришлар, бошқа топилган жараёнларга ўхшаш. Уларнинг моҳияти, бачадон ва найлар шиллиқ қавати ҳамда унга яқин тўқималарда специфик гранулёма шаклланишида, инфилтратлар ва тухумдонларда сил ўчоқлари пайдо бўлишида намоён бўлади. Кейинчалик бўшлиқлар, яралар, чандиқли жараёнлар шаклланиши билан кузатиладиган гранулёмаларнинг казеоз-некротик парчаланиши содир бўлади, бу эса, бўшлиқли аъзолар ўтказувчанлиги бузилишига ва облитерациясига олиб келади. Ўтказилган яллиғланиш ўрнида аёлларнинг бутун жинсий сферасида турғун функционал ва структур ўзгаришларни пайдо қиладиган ва тузалмайдиган чандиқланиш жараёнлари, кейинги босқич ҳисобланади. Замонавий текшириш усулларидан ҳисобланган статик ва динамик гистеросалпинография батафсил тартибдаги морфологик ўзгаришларга мос патологияларни аниқлайди. Бунда рентгенологик текширувнинг вазифаларига қуйидагилар киради:

- бачадон бўшлиғининг ҳажми, шакли, ҳолатини аниқлаш;
- бачадон ва бачадон найларидаги инфилтратли ўзгаришлар (эндометрий, найлар шиллиқ қаватлари қалинлашиши, бўртмалар шишиши, найлар ригидлиги) ни аниқлаш;

- бачадон бўшлиғи контурларининг қиялиги, тишчалилиги, оқма яралар-гранулёма парчаланишининг белгисини аниқлаш;
- бачадон найлари нуқсонини ва ўтказувчанлигини аниқлаш.

Яллиғланиш жараёнининг тинчланиши ва чандиқли ўзга-ришларнинг устунлиги даврида рентгенографик жиҳатдан цервикал канал нуқсони, уларнинг ўтказувчанлигини бузилиши, найлар нуқсони ва стриктурасини кўриш мумкин. Текширувда найларда, тухумдонларда, чаноқ лимфа тугунларида калцинатлар топилиши мумкин. Ҳозирги вақтда аёллар жинсий аъзолари сили диагностикасида ултрасонография катта аҳамиятга эга.

Абдоминал сил турлари. Абдоминал сил турларига сил мезаденити, сил перитонити ва ичак силини киритиш мумкин. Сил мезаденитида қорин бўшлиғи рентгенографияси ёки рентгено-скопиясида аниқланадиган калцийланган лимфа тугунларини аниқ рентгенологик белги, деб ҳисоблаш мумкин. Рентгеноскопияда аниқланадиган ошқозон ва ичаклар мотор функциясининг бузи-лиши, динамик ичак тутилиши симптомлари, ошқозон ва кўндаланг чамбар ичакнинг тушиши специфик жараёнга реакцияси бўлган тақдирда ҳам “мезаденит” диагнозини тасдиқлаш учун, етарлича асос бўла олмайди. Шунга ўхшаш ҳолатларда, рентгенологик текшириш натижаларини баҳолаш, фақатгина бошқа махсус текшириш усуллари билан олиб борилгандагина мумкин. МРТ маълумотлари қорин ичи лимфа тугунлари тўпламларини кўришга имкон бериши, КТ эса лимфа тугунларни, жумладан калцина-цияланганларини ҳам кўрсатишга қодир.

Ичак силида рентгендиагностика етакчи ўринлардан бирини эгаллайди ва анъанавий усулларда турлича модификацияларда (ирригоскопия, оғиз орқали контраст киритган ҳолда ошқозон ва ичаклар рентгеноскопияси) амалга оширилади. Ичакдаги сил жараёни гистогенези ёнбош ва кўричак шиллиқ қаватида дўмбоқчалар ва инфилтратлар ҳосил бўлиши, кейичалик патологик тўқиманинг парчаланиши ва чандиқланишидан иборат. Шунга биноан, ичакларни рентгенологик текшириш жараёнга тортилган ичак деворларининг ригидлиги, тишчали контурларини, яраларни ва ичак деворларининг алоҳида чуқур яралари, чандиқли ўзгаришлари ва уларга мос келувчи деформациялар, ичак ёри-ғининг торайиши, патологик қийшаймалар ҳосил бўлишини аниқ-лаши мумкин.

Бу ўзгаришларга ошқозон-ичак йўлидаги рўйи рост ўзгаришлар мисол бўла олади. Касалликнинг баъзи турлари рент-генологик усулда функционал бузилишлар билан ёнбош ичак дистал қисмининг ўта ҳаракатчанлиги, спазмлар, барий бўтқа-сининг тез ўтиб кетиши, зарарланиш соҳасида турғун спастик қисқаришлар (Штирлин симптоми) билан аниқланиши мумкин. Бунга гастродуоденал соҳадаги функционал бузилишлар қўшилиши эҳтимол. Юқорида айтиб ўтилган усуллар патогномоник ҳисоб-ланмайди, “сил” диагнози клиник-рентгенологик маълумотлар асосида аниқланади.

Ултратовуш текшириш усуллари

Ултратовуш усуллари, жумладан, ултратовуш сканирлаш, ўзининг хавфсизлиги, текширувни кўп маротаба ўтказиш мумкинлиги, юқори ҳал қилиш хусусияти билан ажралиб туради.

Фтизиатрия амалиётида ултратовуш усуллари ташқи лимфа тугунларини (бўйин, қўлтиқ, чов соҳалари) аниқлаш ва назорат қилиш учун фойдалидир. Ултратовуш ёрдамида плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқлаш мумкин, чунки суюқлик бўлса, париетал ва висцерал плевра орасида гипоэхоген зона қайд қилинади. Ултратовуш текшириш назорати плевра бўшлиғини пункция қилиш нуқтасини аниқлаб беради. Пневмонэктомиядан сўнг, плевра бўшлиғидаги суюқликнинг паст-баландлик дара-жасини аниқлашда ултратовуш текшириш, рентгенологик текшириш ўрнини босиши мумкин.

Сийдик ажратиш йўллари ва жинсий аъзолар сили тахмин қилинган эркак ва аёлларни текширилганда, ултратовуш диагностикаси муҳим ва кўпинча ҳал қилувчи аҳамиятга эга, ҳамда бу усул фтизиоурологик ва фтизиогинекологик беморларни даволаш жараёнининг динамикасини назорат қилишда керак.

Ҳозирги вақтда компютер томография билан бир қаторда, ултрасонография буйрак силини текширишда етук текшириш усулларидан бири ҳисобланади. Буйрак силининг ҳар хил турларини ултрасонография ёрдамида аниқлаш мумкин. Масалан, буйрак силининг инфилтратив шаклида буйракнинг пўстлоқ қисмида гипоэхоген зоналар пайдо бўлади, қалинлашади. Буйрак силининг папиллит шаклида пўстлоқ қисмида қўшимча қат-тиқликлар ва «петрификат»лар кўринади. Буйрак силининг кавернали ва фиброз-кавакли турларида ултратовуш текширув анэхоген бўшлиқларни кўрсатади.

Сил пионефрозида ултратовуш текшириш – буйрак ўрнида катта гипоэхоген бўшлиқларни кўрсатади, буйрак паренхимаси кўринмайди.

Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институтида ўтказилган допплерографик изланишлар шуни кўрсатдики, буйрак силида қон айланиши, морфологик ўзгаришларнинг ифода-ланишига боғлиқ бўлади. Каверналар атрофида қон таъминоти бўлмайди; буйрак силининг поликавернали турида ва нефро-циррозда, кўпинча, васкуляризация белгиланмайди. Буйрак сили-нинг ҳамма турларида допплерография СДН, RI ва PI кўрсат-кичларининг ошишини аниқлади, бу, томирлар деворлари периферик қаршилигининг ошиши ва улар эластиклигининг пасайишидан далолат беради. Бир қатор тадқиқотларга мувофиқ, бу тўқимадаги майда томирлар деворларидаги яллиғланишга боғлиқ бўлиб, облитерацияга олиб келади.

Ўтказилган тадқиқотларнинг кўрсатишича, буйрак сили бор беморларда, ренал томирлар допплерографиясида аниқланадиган (қон айланишининг сифатли ва миқдорий тавсифномалари): буйраклар паренхимаси васкуляризациясининг камайиши, қон айланиши тезлик

тавсифининг пасайиши, периферик қаршилик кўрсаткичларининг ошиши, паренхима ишемиясидан ва буйракдаги етишмовчиликнинг ривожланишишдан далолат беради. Бундай ўзгаришлар қанчалик кўп ифодаланган бўлса, буйракдаги етишмовчилик даражаси шунчалик чуқур бўлади.

Буйраклар васкуляризациясини ўрганишда УА ниҳоятда янги имкониятларни очиб беради. Биз буйраклар васкуляризацияси даражаси ва тусини талқин қилишнинг қулайлиги учун, унинг баҳолаш мезонларини ишлаб чиқдик. Буйрак паренхимасидаги тармоқлараро артериялар визуализациялашганида қон айланишини тўлақонли деб; агар паренхиманинг қобиқ қатлами шилинса, унда пасайган деб; агар паренхиманинг бирон жойида қон айланиши визуализация қилинмаса, унда буни – фрагментлар деб; парен-химатозли қон айланиши визуализация қилинмаса, унда буни аниқланмайдиган, деб ҳисобладик. Фрагментлар қон айланиши тўлақонли ва пасайган қон айланишида кузатилади.

Папиллитларда тўлақонли қон айланиши буйракларнинг 90,1% ида, силдан кейинги гидронефрозда (уретерогидронефроза) – 23,1% учради.

Кавернали зарарланишда буйракларнинг 27 (90%) тасида фрагментар қон айланиши, 20 (66,7%) тасида – қон айланиши пасайган ва 3 (10%) тасида – аниқланмади. Шуни қайд қилиш зарурки, деструкция манбаларига яқин жойларда ангиоархи-тектоника бузилган эди.

Поликавернали зарарланишда 13 (76,5%) беморнинг буйрак-ларида қон айланиши аниқланмади ва 4 (23,5%) тасида – кескин пасайган ва фрагментар эди. Нефроцирроз бўлган 11 (91,7%) беморларда буйракларда қон айланиши аниқланмади.

Буйрак силининг ҳар хил турларида аниқланган ўзгаришлар, буйраклардаги патоморфологик ўзгаришларга қараб, қон айланиши-нинг ўзига хос хусусиятларига эгалигидан далолат беради.

Биз оператив даволашнинг ҳар хил турларини танлаш ва буйрак силига чалинган беморларда унинг ҳажмини белгилаш учун эхоангиографик мезонларни ишлаб чиқдик (11.27-расм).

Буйрак силида функционал ҳолатни баҳолашда УАнинг диагностик информативлиги таҳлили шуни кўрсатдики, УАнинг сезувчанлиги - 88,5%; ўзига хослиги - 86,7%; аниқлиги – 86,7% ни ташкил этдики, бу ушбу услубнинг юксак информативлигидан далолат беради.

Допплерография ва УАнинг қиммати шундаки, ушбу усулларни буйракларнинг функционал ҳолати ва буйрак силини даволаш жараёнида, гемодинамик ўзгаришлар даражасини динамик назорат қилиш учун, беморга зарарсиз ва қўшимча нурли юкламасиз кўп марталаб қўллаш мумкин.

11.27-расм. Буйрак силига чалинган беморларда оператив жарроҳлик аралашув ҳажми ва турини белгилашнинг эхоангиографик мезонлари

Буйрак силига чалинган беморларда ренал томирларнинг допплерографияда аниқланадиган сифат ва миқдорий ўзгаришлари қуйидагилар бўлиб: буйраклар паренхимаси васкуляризациясининг камайиши, қон айланишининг тезлик тавсифи пасайиши, периферик қаршилик кўрсаткичларининг ошиши бўлиб, улар буйраклар паренхимасида томирлар деворларининг шикастланиши (қалинлашуви, эластиклигининг ва артериал шажаранинг майда шохлари облитерациясининг пасайишидан далолат беради) ва буйраклар паренхимаси ишемияси ривожланишини кўрсатадики, бу буйракдаги етишмовчиликнинг ривожланишига олиб келади.

Бундай ўзгаришлар қанчалик узоқ ва кўп ифодаланган бўлса, буйракдаги етишмовчилик даражаси шунчалик чуқур бўлади.

+он айланишининг УАда аниқланадиган ўзига хос хусусиятлари буйрак силида оператив тузатишнинг тури ва ҳажмини танлашга имкон берадиган эхоангиографик мезонларни ишлаб чиқиш ва амалиётчи врачларга таклиф қилиш имкониятини яратади.

Бронхоскопия

Силни инструментал текшириш усуллари ичида бронхоскопия биринчи ўринда туради. Нафас аъзолари сили диагностикасида, ҳамроҳ носпецифик эндобронхитларни аниқлашда, сил асоратлари диагностикаси ва даволашда, трахея ҳамда бронхларни кўришда, диагностик материалларини олишда бронхоскопия ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Кенг кўламдаги вазифаларни бажаришда бронхоскопия эндобронхиал ва трансбронхиал аралашувларни ўз ичига олади ва бир-бирини доимо тўлдириб турувчи диагностик ва даволовчи текширувларга бўлинади. Ҳозирги вақтда бронхоскопияни фибробронхоскоп ёрдамида умумий наркоз ва миорелаксантлар билан ҳамда маҳаллий оғриқсизлантириш усулида амалга ошириш мумкин.

Диагностик бронхоскопияни, имкони борича, нафас аъзолари сили билан оғриган барча беморларда (бирламчи аниқланганлар, сурункали турлари) ўтказиб, бронхиал дарахтнинг ҳолатига баҳо бериб ва асосий жараёнга ҳамроҳ ёки асоратли бронхиал патологияни аниқлаш керак.

Диагностик бронхоскопияга асосий кўрсатмалар:

-трахея ва бронхлар силининг клиник белгилари мавжуд бўлганда;

-трахеобронхиал дарахтдаги носпецифик яллиғланишнинг клиник белгилари бўлганда;

-сил микобактериялари ажралишининг ноаниқ ўчоғини топишда;

-қон туфлаш ва қон кетишда;

-«шишган» ёки «ёпилган» каваклар, айниқса «суюқлик сатҳи» ни аниқлашда;

-жарроҳлик муолажаси ёки сунъий пневмоторакс қўйишдан олдин;

-операциядан кейин бронх чўлтоғининг ҳолатини аниқлаш ва ревизия қилиш;

-ноаниқ касалликларда;

-трахеобронхиал дарахтни динамикада кузатишда (илгари трахея ва бронхда сил, носпецифик эндобронхит аниқланган беморлар);

-операциядан кейинги ателектазларда;

-трахея ва бронхлардаги ёт жисмларни топишда.

Даволовчи бронхоскопияга кўрсатмалар:

-трахея ва йирик бронхлар сили, айниқса лимфобронхиал оқма яра билан (грануляция ва бронхолитларни олиш учун);

-операциядан кейинги даврда ўпка ателектази ёки гиповентиляцияда;

-ўпкадан қон кетганда трахеобронхиал дарахтни санация қилиш;

-йирингли носпецифик эндобронхитларда трахеобронхиал дарахтни санация қилиш;

-бронхиал дарахтга силга қарши ёки бошқа дориларни юбориш;

-операциядан кейинги бронх чўлтоғи оқма ярасида (лигатура ва тантал чокларни олиб ташлаш, дори юбориш).

Бронхоскопияга монеликлар

Мутлақ монеликлар:

-юрак-томир тизими касалликлари: аорта аневризмаси, юрак нуқсони декомпенсация босқичида, ўткир миокард инфаркти;

-нафас етишмовчилигининг 3 босқичи;

-уремия, шок, бош мия ёки ўпка томирлари тромбози.

Нисбий монеликлар:

-юқори нафас йўллари фаол сили;

-интеркурент касалликлар;

-менструал давр;

-хафақонлик касаллигининг 2-3 босқичи;

-беморнинг умумий оғир аҳволи (иситмалаш, хансираш, пневмоторакс, шишлар, асцит ва бошқалар).

Текширишга тайёрлаш

Бронхоскопик текширишни стационар ёки амбулатор-поликлиника шароитида ўтказиш мумкин. Режали бронхоскопия-дан олдин, бемор тўлиқ клиник-рентгенологик текширувдан ўтиши шарт. Эндоскопик диагностикадан аввал, шифокор беморни кўриб, касаллик тарихи билан танишиб чиқиши лозим. Даволовчи ва эндоскопик диагностика ўтказиш учун шифокор бемор билан суҳбат ўтказиб, уни текширувга руҳий жиҳатдан тайёрлаши керак. Айниқса, болаларга эътиборли бўлиб, даволовчи шифокор брон-хоскопия вақтида иштирок этиши лозим.

Бронхоскопияни ўтказишда адекват оғриқсизлантириш керак. Маҳаллий оғриқсизлантириш билан ўтказиладиган фиброброн-хоскопиянинг ва наркоз билан ўтказиладиган ригид бронхо-скопиянинг диагностик ва даволовчи имкониятлари тенг. Наркоз билан бўладиган бронхоскопияда врач-анестезиолог беморни бир кун олдин кўриб, керак бўлса, премедикация тавсия қилади. Текширишни тавсия қилишдан олдин ва ўтказиладиган куни (анестезияни қўллашдан олдин), юқори нафас йўллари ва оғиз бўшлиғи кўрилади. Беморларда дориларга аллергик реакция бор ёки йўқлиги ҳақидаги маълумот чуқур ўрганилади, айниқса маҳаллий анестетикларни қабул қилишига эътибор берилади. Текшириш ўтказишдан олдин протез тишлар олиб қўйилади, кўкрак ва қоринни сиқиб турган камар, боғичлар бўшатилади.

Текширув услуби

Ригид бронхоскопия учун ўпкада сунъий нафас ўтказиш имконини берувчи ва ҳар хил бурчак остида кўрувчи металл найчалардан, биопсия ўтказувчи қисқичлардан, игна ва катетер-лардан фойдаланилади. Фиброброн хоскопия, оптик система ва асбоблар учун биопсия канали бўлган эгилувчан бронхоскопда бажарилади. Фиброброн хоскопияда 4 тартибдаги бронхларнинг ҳамма-си, 5 тартибдагиси - 86%га, 6 тартибдагиси эса – 56%га кўринади.

Ригид бронхоскопия қуйидаги ҳолатларда қулай:

-бронхлар обтурацияси туфайли юзага келган ўткир нафас етишмовчилигида;

-ёш болаларда;

-маҳаллий анестетикларни кўтара олмасликда;

-эпилепсияси ва марказий нерв тизимининг бошқа сурункали касалликлари бор беморларда;

-бемор билан мулоқат қилиб бўлолмаганда (кар-соқов беморлар);

-асабнинг жуда таъсирчанлигида.

Бронхоскопия вақтида кўрикни иложи борича соғ бронхлар тарафидан (ёки яллиғланиш камроқ бўлган томондан) бошлаш инфекциянинг тарқалиш хавфини камайтиради. Фибробронхоско-пияни бурун орқали қилиш беморнинг фиброскопни тишлаб олиши хавфидан асрайди, бурун йўллари тор ёки қийшайган бўлса, оғиз орқали махсус оғир мосламаси ёрдамида бажарилади.

Натижалар таснифи

Трахея ва йирик бронхлар сили кўпи билан 10-12% беморни ташкил қилиб, нафас йўллари шилиқ қавати сили, кўпинча бирламчи, яллиғланган ва фиброз-кавакли ўпка сили билан оғриган беморларда учрайди. Бирламчи ўпка силида бронхлар тез зарарланади (14-15%). Бу ҳолат бемор организмининг ўзига хос реактивлиги, ҳамда зарарланган ўчоқни (лимфа тугунларини) бронх деворига яқин жойлашганига боғлиқ. Яллиғланган жараёнларда бронхлар сили 11-12% учрайди ва улар ўпкадаги ўткир ўзгаришларга боғлиқ. Трахея ва бронхлар силининг асосий бронхоскопик турлари – яллиғланиш, яра ва лимфобронхиал оқмадир. Трахея ва бронхларнинг чегараланган, яллиғланган сили учун, яллиғланиш-нинг нотўғри доиравий ёки чўзилган тури ва бронхларнинг бўлаклараро ёки сегментлараро бўлинган жойида аниқланиши хосдир (11.28-расм).

11.28-расм. Ўнг бош бронхнинг яллиғланган сили

Лимфобронхиал оқма яралар кўкрак ичи лимфа тугунларининг зарарланиши ва некрозга учраши ҳамда бронх деворларига механик босим туфайли ҳосил бўлади. Бунда, аввал бронх девори локал дўппаяди, бронх

ичи тораяди, кейин шишган жойнинг учи тешилиб, ичидан мустақил ёки эзилиш ҳисобига казеоз массалар ажралиб чиқади (11.29-расм).

11.29-расм. Бронх сили лимфобронхиал оқма яра билан

Оқма яра атрофи грануляция билан қопланади, баъзан шу жойда бронхолитлар аниқланиши мумкин (ҳар хил ҳажмда ва шаклда, тошдек қаттиқ консистенцияда), Бронхолитларнинг оқма ярадан ажралаётгани «туғилаётган» деб аталади. Трахея ва бронхлар сили натижаси касалликнинг илк турларига боғлиқ бўлади. Трахея ва бронхлардаги яллиғланиш кўпинча сўрилиб кетади. Бунда стеноз бўлмаслиги ёки 1 даражали стеноз бўлиши мумкин. Бронх силининг оқма яра турлари кўпчилик беморларда дағал фиброз чандиқ билан, жумладан чандиқли стеноз билан якунланади.

Ўпка сили билан оғриган беморларда ҳамроҳ патологияси ичида носпецифик эндобронхитлар биринчилар қаторида туради. Йирик бронхлардаги носпецифик яллиғланиш бронх девор-ларининг юза қисмини зарарлайди, шунинг учун бу яллиғланиш эндобронхит, деб аталади. Майда бронхларнинг яллиғланиш чуқурлиги йирик бронхларга нисбатан катта бўлади. Носпецифик эндобронхитлар 14-20% дан 65-70% гача учрайди. Бирламчи аниқланган фиброз-кавакли ўпка силида носпецифик эндоброн-хит 61%, диссеминациялашган силда эса – 57% учрайди.

Носпецифик эндобронхит қуйидагиларга бўлинади:

-жараённинг шаклига кўра: катарал, йирингли, гипертрофик, атрофик;

-яллиғланишнинг жадаллигига кўра: 1, 2 даража;

-жараённг жойлашиши ва тарқалишига кўра: бир томонлама, икки томонлама, диффуз, чегараланган, дренажли.

Носпецифик эндобронхит турлари ўпка силининг турларига боғлиқ. Йирингли эндобронхит кўпроқ ўпканинг фиброз-кавакли силида (23%), камроқ – диссеминациялашган (14%) ва яллиғланган (8%) силида аниқланади. Ўпка силининг бошқа турларида, кўпинча, катарал эндобронхит учрайди. Гипертрофик ва атрофик носпецифик эндобронхит ўпка силида камроқ учрайди.

Катарал эндобронхит учун шилиқ қаватнинг ҳар хил даражадаги гиперемияси, бронхиал секретнинг шилимшиқлиги хос (11.30-расм).

Йирингли эндобронхитда гиперемия, шилиқ қаватнинг қалинлашиши ва кўндаланг бўртмаларнинг кўпайиши, бронхиал секретнинг йиринглагани аниқланади (11.31-расм). Атрофик носпецифик эндобронхитда шилиқ қават юпқалашади, тоғайлараро чегаралар яққол кўриниб туради (11.32-расм).

Силдан кейинги чандиқли (фиброзли) бронхиал стенозлар 2-3% беморларда учрайди (11.33-расм). Бронх силининг, айниқса, яллиғланган кўринишининг натижаси камдан-кам ҳолларда пигментли доғ ва стенозсиз нозик чандиқланиш билан якун топади.

Силдан кейинги бронхнинг чандиқли стенозлари қуйидагиларга бўлинади:

-торайиши бўйича: 1 даража – бронх 1/3 га торайган, 2 да-

11.30-расм. Катарал эндобронхит

11.31-расм. Йирингли эндобронхит

ража – 2/3 га, 3 даража – бронх юзаси ингичка йириқсимон ёки кичик тешик;

-шакли бўйича: концентрик (тўғри, доиравий), эксцентрик (нотўғри шакл, йириқсимон, овал);

-компенсация бўйича: компенсациялашган, субкомпенсация-лашган, декомпенсациялашган.

Бронхнинг чандиқли стенозида эндоскопик расм учун эксцентрик жойлашиш ва оқишсимон дағал тўқиманинг ўсиб ке-

11.32-расм. Атрофик эндобронхит

.

11.33-расм. Силдан кейинги чандиқли стеноз

тиши хос. Бронхнинг чандиқли стенози қуйидаги ҳолатларда шаклланади:

-бронхлар йўлидаги фаол специфик жараённинг соғайиши;

-бронхлар йўлидаги специфик жараённинг кеч аниқланиши;

-сил жараёнининг кенг тарқалганлиги.

Бронхоскопия вақтида қўлланиладиган диагностик муола-жалар. Бронхоскопияда диагностик материални олиш ва текшириш (микробиологик, цитологик ва гистологик) мажбурий компо-нентларга киради. Бронхлардан олинган суртмалар ўсма касал-ликларини аниқлашда аҳамиятли. Носпецифик эндобронхитларда суртмаларни цитологик текшириш, яллиғланиш табиатини аниқ-лашда ёрдам беради. Бронх деворлари ювиндиси, сил микобак-терияларини, носпецифик микрофлорани, замбуруғларни аниқ-лашда аҳамиятли. Бронхоалвеоляр ювиндини олиш учун, фибро-бронхоскоп ишчи канали орқали 10-20 мл стерил натрий хлорнинг изотоник эритмаси юборилади ва стерил флаконга аспирация қилиб олинади.

Бронхалвеоляр лаваж фибробронхоскопия ёки ригид бронхо-скопия вақтида бажарилади. Фибробронхоскопни субсег-ментар бронхга ўрнатиб, ишчи канали орқали босим остида 20 мл.дан тақсимлаб, 40-100 мл илиқ стерил натрий хлор изотоник эритмаси юборилади ва суюқликни қайта аспирация қилиб стерил идишга йиғилади. Лаваж суюқлиги биокимёвий ва иммунологик ҳужайралар тўпламига ҳам текширилади. Бу ўпка силини дифференциал диагностикасида катта аҳамиятга эга.

Бевосита биопсияни махсус қисқичлар ёрдамида олинади, кўрсатмалар қуйидагича:

-трахея ва бронхларнинг фаол сили, айниқса грануляция билан асоратланиши;

-носпецифик эндобронхитлар;

-ноаниқ этиологияли жараёнлар (ўсмага, саркоидозга ва бошқаларга шубҳа бўлганда).

Катталашган лимфа тугунларини трахея ёки бронх девори орқали пункцион биопсия қилинади. Кўпчилик муаллифлар бифуркацион лимфа тугунларини текширишни маъқул ҳисоблай-дилар. Бунда ўнг бош бронх ички девори пункция қилинади ва биопсия материали олинади. Шу жойдан пункция қилиш хавфсиз, чунки бу ердан йирик қон томирлар ўтмайди. Ўнг юқори бўлак бронхи шпорасини пункцион биопсия қилиб текшириш юқори диагностик аҳамиятга эга. Катетерли ва чўткали биопсияларнинг ҳам аҳамияти ва имкониятлари бир-бирига яқин. Текшириш учун асосий кўрсатма – ўпкадаги ўзгаришларнинг ноаниқ генези (периферик доирали ҳосилалар, диссеминациялашган жараёнлар, бўшлиқли ўзгаришлар).

Фибробронхоскопия вақтида фибробронхоскоп керакли сегментар бронхга ўрнатилади ва ишчи канал орқали махсус чўтка катетер билан киритилади. Чўтка ёрдамида бронх ичкарисидан биопсия олинади. Чўткани предмет ойнага суртиб, суртма тайёрланади. Фибробронхоскопда турган катетер орқали шприцда бронхдан аспирация қилинган материал предмет ойнага суртилиб, цитологик текширишга юборилади.

Ўпкани трансбронхиал биопсияси (ТББ), асосан, диссемина-циялашган жараёнларда бажарилади ва сифатли бажариш учун эндоскопик диагностика шифокори юқори малакали бўлиши, зарурат туғилганда шошилинч ёрдам бера олиши, замонавий рентген аппаратура экрани орқали манипуляцияларни кузата оладиган бўлиши керак. Эндоскопик диагностиканинг тажрибали шифокорлари ТББни рентген назоратисиз ҳам бажара оладилар. Фибробронхоскопияда биопсияни олиш бир томондан бажарилади (икки томонлама пневмоторакс ривожланишига йўл қўймаслик учун). Фибробронхоскоп сегментар ёки субсегментар бронхга ўрнатилгач, ишчи канал орқали биопсия қисқичлари киргизилади. +исқичлар рентген назоратида ўпкага киритилади. Бунда сал қаршилик сезилади, бемор кўкрак қафасида бир оз оғриқ сезади. Шундан сўнг 1-2 см орқага қайтиб, қисқичларни нафас олганда ичкарига киритиб биопсия олинади. Биоптатни формалинли флаконга солинади, керак бўлса буюм ойнасига суртма олинади.

Асоратлар

Ригид бронхоскопиядаги асоратлар:

– бронхоспазм ва ларингоспазм каби наркоз вақтидаги асоратлар, барбитуратларни тез юборганда, атропин билан премедикация кераклича қилинмаганда кузатилади. Кўпинча бу асоратлар экстубациядан кейин ривожланади. Бундай ҳолатларда кислород бериб, антигистамин ва бронхолитик дорилар қўлланилади;

-ригид бронхоскопияга боғлиқ асоратлар: биопсиядан кейин қон кетиш (биринчи ёрдам - доим бронхдан қонни аспирация қилиш, адекват ўпка сунъий вентиляцияси, гемостатик чоралар қўллаш, керак бўлса бронхни тампонада қилиш); игнали биопсиядан кейин қон кетиши (муолажа-доим бронхдан қонни аспирация қилиш, бронхоскоп найчаси орқали тупфер ёрдамида қонни тўхтатиш); бронх тешилиши (жуда кам кузатилади,

торакотомия кўрсатилган); аспирацион зотилжам қусиш ва овқат массаларини нафас йўлига кетиб қолиши туфайли ҳамда беморни тайёрлашда техник камчиликларда пайдо бўлади – бронх йўлларини тозалаш тавсия қилинади;

-бронх йўлига юборилган дориларни қабул қила олмасликка боғлиқ асоратлар: бронхоспазм, ларингоспазм, аллергик реак-циялар, гипертензия.

Фибробронхоскопия асоратлари:

-оғриқсизлантириш билан боғлиқ асоратлар: маҳаллий анес-
тетикларга реакция-бош айланиши, бош оғриши, кўнгил айнаши, қусиш, тахикардия, гипотония, ларингоспазм, бронхо-спазм. ФБС ўтказишдан олдин бемордан аллергоанамнез тўлиқ йиғилади, аллергияси бўлса, ригид бронхоскопияга тайёрланади. Биринчи аломатлар сезилгудек бўлса фибробронхоскопияни тўхтатиб, РБСга ўтказилади ёки антигистаминлар берилади;

-фибробронхоскопияга алоқадор асоратлар: бурун қонаши, ўпкадан қон кетиши. Бу ҳолатлар вақтинчалик бўлиб, ўз-ўзидан ўтиб кетади. ТББда қон кетиши жуда хавфли. Шунинг учун доим бронх йўлларини қондан тозаланади, гемостатиклар қўлланади. ТББда травматик пневмоторакс бўлиши мумкин, шунга шубҳа қилинганда рентгенограмма қилинади, пункция қилиб, плевра бўшлиғидан ҳаво олинади ёки бир неча кун дренаж ўрнатилади.

ЎПКАНИНГ ОЧИ+ БИОПСИЯСИ

Очиқ биопсия – бу кўкрак бўшлиғи ва кўкс оралиғини очиб, ўпкадан, плеврадан ёки лимфа тугунларидан биоптат олишдир. Бу усул ўпканинг диффуз ва тарқалган касалликларида, кўкрак қафаси лимфоаденопатиясида, плевритларда ҳамда бундан олдин қўлланилган текшириш усуллари ёрдамида диагнозни аниқлаб бўлмаган ҳолларда бажарилади.

Операцияни наркоз ёрдамида қовурға оралиғи ёки парастернал кесиш билан бажарилади. Операция вақтида оддий жарроҳлик асбоблари ишлатилади. Миниторакотомия вақтида плевра бўшлиғини яхшироқ кўриш ва ўпканинг чуқур жойлашган қисмлари ёки илдизи атрофидаги лимфа тугунларидан биоптат олиш учун видеотехник ва эндожарроҳлик асбоблари ишлатилади. Ўпканинг диффуз ва тарқалган патологик жараёнида қисман резекция, плевра касаллигида плевранинг бир неча жойидан қисқичли биопсия ва лимфа тугунлари касаллигида лимфа-денэктомия қилинади.

Очиқ биопсиянинг афзалликлари: ниҳоятда бехато аниқлаш, плевра, ўпка ва лимфа тугунларининг бир ва бир неча жойидан каттароқ биоптат олиш имконияти юқорилигидадир. Олинган биоптатни махсус қутига (контейнер) жойлаштириб, керакли (морфологик, бактериологик, иммунологик) текширишлар учун ишлатилади. Операциядан сўнг плевра бўшлиғида 1-2 кунга силиконли дренаж найча қолдирилади. Очиқ биопсиядан кейин, ўпкада қилинадиган стандарт операциялардан кейинги асоратлар (пневмоторакс,

гидроторакс, гемоторакс, нафас етишмаслиги, инфекция) анча кам (1%) кузатилади.

Эндожарроҳлик муолажалари

Эндожарроҳлик муолажалари диагностик мақсадда кенг қўл-ланилади. Амалга ошириш учун махсус тешик ёки мини торакотомия қилиниб, шу ердан плевра бўшлиғи ва кўкс оралиғига ёритувчи ва оптик, телекамера, махсус эндожарроҳлик асбоблари киритилади. Фтизиатрияда торакоскопия (плевроскопия) ва медиастиноскопия кўпроқ қўлланилади.

Видеоторакоскопия

Видеоторакоскопия плевра бўшлиғини аниқ ўрганиш ва плевранинг ҳар хил қисмидан, ўпка ва кўкс оралиғидан биопсия олиш имконини беради.

Видеоторакоскопия учун торакоскоплар, видеокамера, ёритгич, рангли тасвирли монитор, ёзувчи аппарат, жарроҳлик асбоблари керак бўлади.

Видеоторакоскопияни бажариш учун ўпканинг 1/2 – 1/3 ҳажми коллапсда бўлиши ёки плеврал швартларнинг бўлмаслиги асосий шарт ҳисобланади. Операцияни умумий наркоз билан, бронхларни алоҳида интубация қилиб, бир ўпкали вентиляцияда амалга оширилади. Ригидли пневмотораксларда текшириш, маҳал-лий анестезия ёрдамида амалга оширилади. Плевра бўшлиғига троакар (торакопорт) орқали оптик торакоскоп киритилади, у видеокамерага уланади ва плевра бўшлиғи кўрилади. Ҳар хил жарроҳлик амалларни бажариш учун видеоторакоскопияда қўшимча 2-3 манипуляцион троакарлар киритилади, улар орқали махсус эндожарроҳлик асбоблар ёрдамида биопсия ёки бошқа даволаш амалиёти бажарилади (битишмаларни қирқиш, плевра бўшлиғини санация қилиш, патологик ҳосилаларни олиб ташлаш). Торакоскопик манзара суратга олинади ёки рақамли видеокамерага ёзилади.

Видеоторакоскопия экссудатив плеврит ва ўпканинг диссеминацияли жараёнлари диагностикасида кенг қўлланилади.

Экссудатив плеврит энди бошланган даврида (2 ойгача) видеоторакоскопия диагностик аҳамиятга эга. Кейинги даврларда (2-4 ой), экссудат фибрин ёрдамида қотиб, чандиқлар ва чегараланган бўшлиқлар ҳосил бўлганда, видеоторакоскоп ёрдамида плевра бўшлиғини санация ва плеврэктомия билан ўпкани қисман декортикациясини амалга ошириш мумкин.

Ўпканинг диссеминацияли жараёнларида биопсия олинади. Видеоторакоскоп ўпканинг ёки плевра бўшлиғининг ҳар қандай «шубҳали» жойини катталаштириб кўрсатади. Ўчоқли жараён юза жойлашганда қисқичли биопсия оддий ва самарали усулдир. Ўчоқлар ўпкада жойлашганда видеоторакоскоп ёрдамида эндостеплер билан қисман резекция қилинади.

Асоратлари: қон кетиши, тери ости эмфиземаси, узоқ вақт аэростаз бўлмаслиги. Видеоторакоскопияни тажрибали мутахассис бажарганда асоратлар 1% дан ошмайди. Видеоторакоскопия ўтказиш учун монеликлар: кучли нафас етишмаслиги, плевра бўшлиғининг қотиб кетиши. Усулнинг камчиликлари: ўпканинг алоҳида интубацияси, ўпка ҳамда кўкрак қафасидаги бошқа тизимларни пайпаслаб кўриш имконияти йўқлиги.

Медиастиноскопия

Медиастиноскопия – диагностик операция бўлиб, олд кўкс оралиғини медиастиноскоп ёки монитор билан боғланган видео-медиастиноскоп ёрдамида кўришдир.

Медиастиноскопия умумий наркоз остида қилинади. Бўйиннинг олд томонида тўш суягининг қирраси бўйлаб тери ва юмшоқ тўқималар трахеянинг олд деворигача кесилади. Пре-трахеал бўшлиқда бармоқ билан туннел қилинади ва медиа-стиноскоп киритилади. Паратрахеал ва бифуркацион лимфа тугунлари пункция қилинади ёки олиб ташланади. Медиасти-носкопиянинг афзалликлари бу жарроҳга ва ассистентга кўринишнинг қулайлиги, ўрганиш, кўринишнинг етарлича ёруғлиги ва аниқлиги, каттталаштириш ва компютерда сақлаб қолиш мумкинлигидир.

Медиастиноскопия фтизиатрияда медиастинал лимфоаде-нопатиянинг сабабини аниқлаш имконини беради. Бу усул асосан саркоидозда, силда ва лимфогранулематозда қўлланилади. Асоратлари 1-2% дан ошмайди. +он кетиши, пневмоторакс, хиқилдоқ нервининг жароҳатланиши.

IV БЎЛИМ
КЛИНИК КЕЧИШИ

12 БОБ

СИЛНИНГ КЛИНИК ТУРЛАРИ

Сил таснифи

Кўпчилик мамлакатларда ўпка силининг деструктив ва нодеструктив турлари, СМБ ажратувчи ва ажратмаслигини кўрсатадиган таснифдан фойдаланилади. Ҳозирги вақтда кўпчилик мамлакатларда касалликларнинг мукаммаллашиб борувчи халқаро статистик таснифидан фойдаланилади.

1995 йилда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти Халқаро касалликлар таснифини ўнинчи бор қайта кўриб чиқиб чоп этди. Касалликларнинг халқаро таснифида диагнознинг сўз билан ифодалаш ўрнига харф сонли кодлар ишлатилган. Шу туфайли, турли давлатларда касаллик кўрсаткичларини қиёслаш имкони таъминланган, бу усул маълумотларни компютерда қайта ишлаш имконини беради.

ХКТ-10 да сил касаллиги А-15, А-19 кодлар билан белгиланган. А-15, А-16 кодлари ўпка сили (СМБ + ва СМБ- билан), А-17 асаб тизими сили, А-18 бошқа аъзолар сили, А-19 милиар сил.

Собиқ Иттифоқда патологоанатомлар, фтизиатрлар, рентгенологларнинг ҳамкорлигида ўтган асрнинг 30 йилларида сил касаллигининг анча тўлиқ, энг тўғри таснифи яратилди. Тасниф кейинчалик мукаммаллаштириб, тўлдириб борилди.

Россияда қабул қилинган таснифда силнинг ривожланиши, унинг патологик анатомияси, ҳар хил сил турларининг клиник- рентгенологик кўриниши, кечиш босқичи, ўрнашган жойи ва тарқоқлиги, СМБ бор-йўқлиги, асорати, ҳамда силдан тузалгандан кейинги қолдиқ ўзгаришлар асос қилиб олинган.

Силнинг клиник таснифи

(Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан 2000 йилда тасдиқланган).

1. Клиник турлари

Бирламчи сил

Ўпканинг тарқоқ сили

Ўпканинг ўчоқли сили

Ўпканинг яллиғланган сили
Казеоз зотилжам
Ўпканинг туберкуломаси
Ўпканинг кавакли ва фиброз-кавакли сили
Ўпканинг цирротик сили
Сил плеврити
Ҳалқум, трахея ва бронхлар сили

2. Сил жараёнининг таснифи

Ўрнашган жойи ва тарқоқлиги ўпкаларда – бўлакларда, бўғимларда, бошқа аъзоларда – жараённинг ўрнашган жойи.

Даври

Яллиғланиш, емирилиш, тарқалиш, сўрилиш, қаттиқлашиш, чандиқланиш, оҳакланиш.

СМБ ажратиши:

СМБ ажратиш билан (СМБ+)

СМБ ажратмаслиги билан (СМБ-)

3. Асоратлари

+он туфлаш ва ўпкадан қон кетиши, спонтан пневмоторакс, ўпка-юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, жигар етишмовчилиги, бронхиал ва торакал оқмалар.

4. Силдан тузалгандан кейинги қолдиқ асоратлар

Нафас аъзолари: чандиқ, фиброз ўчоқ, буллёз-дистрофия, ўпка тўқимасида ва лимфа тугунларида оҳакланиш, плевро-пневмосклероз, жарроҳлик муолажасидан кейинги ҳолат ва бошқалар.

Бошқа аъзолар: чандиқли ўзгаришлар ва оқибати, оҳакланиш, жарроҳлик муолажасидан кейинги ҳолат.

Ҳозирги пайтда силнинг эпидемиологик ҳолати, жарроҳлик йўли билан даволаниш, унга кўрсатмалар, даволаш натижаларининг баҳоланишини ўрганиш учун нафас тизими силининг янада оддий таснифидан фойдаланилади ва у чегараланган, чегараланмаган, ҳамда деструктив сил турларига бўлинади.

Силнинг клиник таснифига асосан амалиётда сил диагнози қуйидагича асосланади:

- силнинг клиник шакли;
- жараён ўрнашган жой (ўпкадаги бўлак ёки сегмент);
- жараён босқичи;
- СМБ ажратиш (СМБ+) ёки СМБ ажратмаслик(СМБ-);
- асорати.

Мисол тариқасида қуйидаги диагнозни келтириш мумкин.

Ўнг ўпка VI сегменти яллиғланган сили, емирилиш ва тарқалиш даври, СМБ+, асорати: қон туфлаш.

Силнинг клиник таснифи

А. Асосий клиник турлари

I Гуруҳ Болалар ва ўсмирларнинг силдан заҳарланиши

II Гуруҳ Нафас аъзолари сили
Халқаро касалликлар таснифи:
010.0 Бирламчи сил мажмуаси
010.8 Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили
018.0 Миллиар сил
018.0 Тарқалган сил
011.1 Ўчоқли сил
011.0 Яллиғланган сил
011.5 Казеоз зотилжам (ириган зотилжам)
011.8 Туберкулома
011.8 Кавакли сил (кавакли сил)
011.8 Фиброз-кавакли сил
011.4 Цирротик сил
012.0 Сил плеврити (жумладан, эмпиема ҳам)
012.3 Бронх, трахея, юқори нафас йўллари сили
011 (502) Нафас аъзолари силининг ўпканинг чангли касб касалликлари билан бирга кечиши.

III Гуруҳ Бошқа аъзолар ва тизимлар сили
013 Бош мия пардаси ва МНТнинг сили
014 Ичак, қорин пардаси ва ичак тутқичи лимфа тугунлари сили
015 Суяк ва бўғим сили
016 Сийдик ва жинсий аъзолар сили
017.0 Тери ва тери ости ёғ қавати сили
017.2 Периферик лимфа тугунлари сили
017.3 Кўз сили
017.4 Бошқа аъзолар сили

Б. Сил жараёнининг таснифи

Жойлашиши ва давомийлиги: ўпка бўлагида, бўғимда, бошқа аъзоларда шикастланишнинг жойлашиши.

Даври

А. Яллиғланиш, парчаланиш, тарқалиш.
Б. Сўрилиш, зичлашиш, чандиқланиш, қотиши.

Бактерия ажратиш

А. БК+; Б. БК-

В. Асорати

+он туфлаш ва ўпкадан қон оқиши, спонтан пневмоторакс, ўпка-юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, оқмалар.

Г. Силни даволагандан кейинги асоратлар

А. Нафас аъзосидаги – фиброзли, фиброз-ўчоқли, буллёз-дистрофик, калцинатли; ўпка ва лимфа тугунлари, плевро-пневмосклероз, цирроз, амалиётдан кейинги ҳолат.

Б. Бошқа аъзолар сили.

Соғлиқ билан боғлиқ касаллик ва муаммоларнинг халқаро статистик таснифи

Халқаро касалликлар таснифи (ХКТ-10)

Сил (А 15-А 19)

А 15 Нафас аъзолари силининг бактериологик ва гистологик тасдиғига кўра

А 15.0 Экма ҳам ўсган, ҳам ўсмаган ҳолда, бактериологик тасдиқланган ўпка сили.
А 15.1 Фақат экма ўсган ҳолдагина тасдиқланган ўпка сили
А 15.2 Гистологик тасдиқланган ўпка сили.
А 15.3 Ноаниқ усулда тасдиқланган ўпка сили.
А 15.4 Бактериологик ва гистологик тасдиқланган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили.
А 15.5 Бактериологик ва гистологик тасдиқланган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили.
А 15.6 Бактериологик ва гистологик тасдиқланган сил плеврити.
А 15.7 Бактериологик ва гистологик тасдиқланган нафас аъзоларининг бирламчи сили.
А 15.8 Бактериологик ва гистологик тасдиқланган нафас аъзолари сили.
А 15.9 Бактериологик ва гистологик тасдиқланган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили.

А 16 Нафас аъзолари силининг бактериологик ёки гистологик тасдиқланмаганлигига кўра

А 16.0 Бактериологик ёки гистологик текшириш натижалари манфий бўлган ўпка сили.

А 16.1 Бактериологик ёки гистологик текшириш ўтказилмаган ўпка сили.
А 16.2 Бактериологик ёки гистологик тасдиқланмаган ўпка сили.
А 16.3 Бактериологик ёки гистологик тасдиқланмаган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили.
А 16.4 Бактериологик ёки гистологик тасдиқланмаган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили.
А 16.5 Бактериологик ёки гистологик тасдиқланмаган сил плеврити.
А 16.7 Бактериологик гистологик тасдиқланмаган нафас аъзоларининг бирламчи сили.
А 16.8 Бактериологик ёки гистологик тасдиқланмаган нафас аъзолари сили.
А 16.9 Бактериологик гистологик тасдиқланмаган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили.

А 17 Асаб тизими сили

А 17.0 Сил менингити.
А 17.1 Мия пардалари туберкуломаси.
А 17.8 Асаб тизимидан бошқа жойда жойлашган сил.
А 17.9 Ноаниқ жойлашган асаб тизими сили.

А 18 Бошқа аъзолар ва тизимлар сили

А 18.0 Суяк-бўғим сили.
А 18.1 Сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар сили.
А 18.2 Периферик лимфоаденопатик сил.
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 +улоқ сили.
А 18.7 Буйрак усти бези сили.
А 18.8 Бошқа аъзоларда аниқланган сил.

А 19 Миллиар сил

А 19.0 Бир жойда жойлашган ўткир миллиар сил.
А 19.1 Кўп жойда жойлашган ўткир миллиар сил.
А 19.2 Ноаниқ жойлашган ўткир миллиар сил.
А 19.8 Миллиар силнинг бошқа турлари.
А 19.9 Ноаниқ жойлашган миллиар сил.

13 БОБ

НАФАС АЪЗОЛАРИ СИЛИ

ЎПКА СИЛИНИНГ КЛИНИК ТУРЛАРИ

Ўпкаларнинг диссеминацияли (тарқоқ) сили

Диссеминацияли силнинг клиник-морфологик хусусияти кўплаб аъзолар ва тўқималарнинг силдан зарарланиши билан тавсифланади.

Зарарланишга кўра, 3 турга бўлинади:

*ёйилган;

*асосан ўпканинг зарарланиши;

*кўпроқ бошқа аъзоларнинг зарарланиши.

Эпидемиология

Ёйилган тарқоқ сил нисбатан кам учрайди. Тахминан 90% беморларда сил жараёни асосан ўпкада ривожланади. Тарқоқ сил биринчи марта аниқланган беморларнинг 5% ни, сил диспансерида ҳисобда турганлар орасида кузатилаётганларнинг 12% ни ташкил қилади. Силдан ўлган беморларнинг 3% да, ўлимига айнан тарқоқ сил сабаб бўлади.

Тарқоқ сил патогенези ва патологик анатомияси

Тарқоқ сил инфекциянинг ўпкага гематоген, лимфоген, лимфогематоген, камдан-кам ҳолларда лимфобронхоген йўл орқали тарқалишидан юзага келади. Фаол бирламчи силдаги казеоз ўзгарган лимфа тугунлари, лимфа тугунларидаги кичик фаол сил ўчоқлари бактериемия манбаъси бўлиши мумкин. Микобактериялар лимфа тугунидан қонга, сил яллиғланишининг бевосита қон томир деворига ўтиши оқибатида ёки кўкрак лимфа йўли, ўмров ости венаси ва юракнинг ўнг бўлимлари, ўпка веналари орқали ўпкага ўтиши мумкин ва ҳоказо.

Ўпкадаги ва экстраторакал, сил ўчоқлари, айниқса суяк ва сийдик ажратиш-жинсий аъзолар тизимида бактериемия манбаъси бўлиши мумкин. В.Г. Штефконинг (1937) изланишлари шуни кўрсатдики, бу хил ўчоқлар фаоллашганда, дастлаб, атрофдаги оралиқ тўқимада лимфангит, лимфоид яллиғланиш ва лимфостаз пайдо бўлади. Бунда ҳамроҳ қон томир адвентицияси, одатда ўпка венаси ёки артерияси тармоқлари зарарланади. Жараён чуқурлашгани сайин эндоваскулит ҳосил бўлади. Бунда ҳосил бўлган бактериемия, одатда, вақтинчалик бўлиб, бир неча кун, ҳатто соат давом этади. Шу туфайли, организмнинг сенсибилизациялашиши катта аҳамиятга эга, бунга ўз навбатида кўп миқдорда бактерия ажратувчи бемор билан узоқ вақт мулоқотда бўлиш туфайли юққан экзоген суперинфекция сабаб бўлади. Тарқоқ силнинг ривожланишида организм иммунбиологик резистентлигининг сусайиши, томирлар ва ўпка тўқимасининг сенсибилизацияси шарт. Шу сабабли, тарқоқ сил, кўпинча, сил ўчоғидаги кишиларда, инфекцион касалликлардан қуввати кетиб қолганларда, ҳомиладорликда, қарилик туфайли ҳолдан тойган организмда, витаминлар,

оқсиллар алмашинуви бузилганда ва эндокрин патологияларда кўп учрайди. Эмланган болалар, бирламчи ва иккиламчи иммунтанқислиги, иммун-депрессантлар қабул қиладиганлар ҳам тарқоқ силга мойил бўладилар.

СМБлари гематоген тарқалганда ўпка капиллярлари ва майда веналар зарарланиб, сил инфекцияси стази оқибатида коллаген дезорганизацияси ва томир девори фибриноид некрозга учрайди ва томир девори ўтказувчанлиги ошади. Натижада СМБлари оралиқ тўқимага ва алвеолаларга чиқади, у ерда продуктив ва экссудатив-казеоз бўртмачалар ҳосил бўлади. Баъзи ҳолларда ҳажми 1-2 мм, яъни катталиги ясмиқ донидек бўлади, шу сабабли, бу сил турини миллиар сил, деб аташади. Одатда бўртмачалар иккала ўпкада симметрик жойлашиб, чўққидан диафрагмагача зарарлайди. Баъзан жараён фақат чўққи ва ўмров ости соҳаларида жойлашади. Жуда кўп инфекцияланишда ва гиперсенсибилизация шароитида организмнинг иммунбиологик резистентлиги тушиб кетади, шунда барча паренхиматоз аъзолар зарарланиши мумкин, шунингдек, менингиал пардалар ҳам жараёнга тортилиши эҳтимоли бор. Микроциркуляциянинг бузилиши, ўз навбатида, газ алмашинуви-нинг бузилишига ҳамда викар эмфизема ва нафас етишмов-чилигига сабаб бўлади, кейин эса бактериемиядан заҳарланиш туфайли, касаллик оғирлашади. Гематоген тарқалишда сил жараёни шиддатли кечади.

Лимфогематоген ва асосий лимфоген тарқалишда бўлак-чалараро веналар, камроқ ўпка артерияси тармоқлари зарарланиши мумкин. Бунда томирлар девори некрози ва оралиқ тўқиманинг, баъзан ўпка паренхимасининг қон билан имбибицияси содир бўлади. Бу ерга сил таёқчалари тушганда эса турли даражадаги экссудатив ва продуктив яллиғланиш билан бирга йирикроқ сил ўчоқлари ҳосил бўлади.

Одатда ўчоқлар, асосан ўпканинг орқа ва кортикал бўлимларида симметрик, бир хил жойлашади, диаметри 5-6 мм бўлади. Ўчоқларнинг кортикал жойлашиши жараённинг плеврага ҳам тарқалишига сабаб бўлади. Алвеолалараро тўсиқларнинг ҳужайралар билан яллиғланиши, шишиши туфайли, ўпка тўқи-масининг эластиклиги йўқолади ва эмфизема ривожланади. Бундай морфологик аҳвол касалликнинг бир қатор оғир кечишига сабаб бўлади. Касаллик ўз вақтида аниқланмаса ва нотўғри даволанса, жараён тезлашади, кавак пайдо бўлишига олиб боради. Кавак сузмасимон парчаланиш ва йирингли ириш натижасида ҳосил бўлади, у юпқа деворли, баъзан бир нечта бўлиб, симметрик жойлашади. Бунда қон томирлар зарарланади, томирлар тромбози ва облитерацияси муҳим аҳамиятга эга бўлади. Каваклар пайдо бўлиши билан инфекциянинг бронхоген диссеминация ўчоқлари ҳосил бўлади.

Тарқоқ силнинг сурункали турлари лимфогематоген тарқалишнинг оқибатидир. Бу шакллар, ўпка тўқимасининг зарарланиши билан чегараланади, баъзан бошқа аъзолар ҳам зарарланиши мумкин. Одатда, ўчоқлар продуктив табиатли, асосан юқори сегментда жойлашади, қуйи томон камая боради. Диссеминация ўчоқлари, кўпинча, полиморф, баъзилари яхши ривожланган қобиқли, баъзилари ҳужайра элементлари билан

яллиғланган қобиқли, бошқалари эса умуман капсуласиз бўлади. Ўчоқлар ўпканинг қалинлашган бириктирувчи тўқимали стромаси бўйлаб периваскуляр ва перибронхиал жойлашади. Баъзилари қон томирлар деворида жойлашади. Кўпинча, ўчоқлар атрофида эмфизема ривожланиб, жараённинг кечки босқичларида собиқ сил ўчоқлари ўрнида катта фиброз чандиқлар ҳосил бўлади. Буларнинг барчаси силнинг шу турига хос тўлқинсимон кечишини кўрсатади. Ўпкадаги фиброз ва ўчоқли ўзгаришлар сабабли, қон томирлар ўзани ўзгаради, бу эса кичик қон айланиш доираси гипертензиясига олиб келади. Сурункали тарқоқ силда девори юпқа “муҳрланган” каваклар ҳосил бўлади, бу жараёнга бронхлар ҳам тортилади.

Сурункали тарқоқ силда бронхлар зарарланиши ва бронхоген тарқалганда ўчоқлар кўпроқ симметрик жойлашади. Сил лимфоген тарқалганда дастлабки босқичдаёқ бронхлар ўзгариши мумкин. Бундай ҳолларда фиброзланиш ва битиш ривожланиб, бронх девори некрози, лимфа йўллари облитерацияси, қон томирларнинг қайта қурилиши ва бронхоэктазлар ҳосил бўлади. Кўп йиллар давомида узоқ кечган сурункали тарқоқ сил, тўлқинсимон, вақти-вақти билан қайталаб, бактеремия билан кечиши мумкин. Бу беморларда қон томирларнинг яллиғланишига ва облитерация-ланиши кичик қон айланиш доирасида гипертензияга, ўнг қоринча кенгайишига олиб келади ҳамда ўпка-юрак етишмовчилиги келиб чиқади.

Клиник манзараси. Патогенез хусусиятлари ва патомор-фологик ўзгаришларнинг турлилиги клиник манзаранинг ҳам турлича бўлишига олиб боради. Клиник кечишига кўра, диссе-минацияланган силнинг *ўткир (миллиар), ўткир ости, сурункали турлари* тафовут қилинади.

Ўпканинг ўткир тарқоқ (миллиар) сили одатда 3 – 5 кун давомида ривожланади, касалликнинг 7 – 10 кунларига келиб, клиник симптомлар яққол намоён бўлади Аввало заҳарланиш белгилари пайдо бўлади: бемор ҳолсизланиб, терлайди, иштаҳаси йўқолади, тана ҳарорати кўтарилади, боши оғрийди, баъзан ичи кетади. Тез орада ҳарорат 38 – 39° С гача кўтарилади, гектик турдаги иситма чиқади. Заҳарланишнинг ўсиши ва функционал бузилишлар, озиб кетиш, адинамия, ғарақ-ғарақ терлаш, карахт бўлиш ёки вақтинча эс-хушнинг кирарли-чиқарли бўлиши, алаҳлаш, тахикардия ва акроцианоз ҳам қўшилади. Бемор ўзига хос ҳансираб туради. Йўталиши мумкин, кўпинча қуруқ, баъзан қийин кўчадиган шиллиқли балғам ташлайди. Токсик-аллергик тромбоваскулитнинг ривожланиши натижасида кўкрак қафасининг олдинги соҳасида ва тўш қисмига оч пушти тошмалар тошади.

13.1-расм. Ўпканинг миллиар сили.
Патологоанатомик препарат расми

Ўпканинг ҳамма юзасида тимпаник ўпка товуши, сусайган ёки қаттиқ нафас, кам қуруқ ёки майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Кўпинча жигар ва талоқ катталашади, баъзан қорин сал дам бўлиши мумкин.

МНТ нинг чуқур функционал бузилиши билан яққол ифодаланган интоксикация белгилари қорин тифини эслатади ва миллиар туберкулёзнинг *тифоид тури* диагностикаси учун асос ҳисобланади. Бундай беморлар, кўпинча, аввало юқумли касалликлар бўлимига ётқизилади.

Нафас қисиб, ҳансираш, зўрайиб борувчи тахикардия, акроцианоз, қуруқ тарқоқ йўтал, милиар ўчоқларнинг бронхлар шиллиқ пардасига ҳам тошганидан далолат беради, бундай кўринишни милиар силнинг ў*пка тури*, деб диагностика қилиш лозим. Беморлар кўпинча терапия бўлимларига ётқизилади, ўпкада носпецифик этиологияли яллиғланиш кучли бўлади.

Ўпканинг нимўткир тарқоқ сили одатда секин-аста, бир неча ҳафта давомида ривожланади, яққол клиник белгилар намоён бўлмайди. Зарарланишнинг чўзилишига қарамай, бемор ўзини яхши хис қилиши ва умумий аҳволи қониқарли бўлиши мумкин. Клиник кўриниши нисбатан енгил кечади, ўпканинг зарарланиши ўртасида даражасига мос эмас.

Бундай сил беморларда яққол вегетатив-томир дистонияси, руҳий-эмоционал беқарорлик ва ўзига хос эйфория кузатилади, бемор ўз ҳолатига тўғри баҳо бера олмайди.

Касалликнинг бошланишида, кўпинча, бемор ҳолсизланади, жуда дармонсиз бўлади, меҳнат қобилияти пасайиб кетади, таъсирчан бўлиб қолади, терлайди. Иштаҳа пасаяди, секин-аста оза боради. Баъзан иситмаси субфебрил бўлади, сал ҳансираб туради ва вақти-вақти билан йўталиб, балғам ташлайди. Кейинчалик, кўпинча, биқини оғрийди ёки ютинганда томоғи қичийди, ёхуд оғрийди, товуши бўғилади. Бу белгилар аксари тарқоқ силнинг ўзига хос асоратлари ривожланганидан далолат беради. Биқиндаги

оғриқ плевра силини, юқори нафас йўлларидаги ўзгаришлар эса ҳалқум сили бўлиши мумкинлигини кўрсатади.

Беморларни объектив кўрилганда турғун қизил дермографизм, ўпка товушининг нисбатан симметрик қисқариши ва ўчоқлар зичроқ жойлашган кураклар орасида вақтинчалик қуруқ хирил-лашлар аниқланиши мумкин. Баъзида емирилиш бўшлиқлари шаклланганда майда пуфакчали ва ўртача пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.

Ўпка сурункали тарқоқ силининг клиник *манзараси* сил жараёни босқичига ва жараённинг давомийлигига боғлиқ. Жараён авж олганда бемор ҳолсизланиб, тана ҳарорати кўтарилади, иштаҳаси бўлмайди ва озиб кетади. Беморда тахикардия ва кўпинча қуруқ, баъзан озроқ балғамли йўтал кузатилади. Яллиғ-ланиш жараёни сўнганда касаллик деярли белгиларсиз кечади. Бироқ бу узоқ давом этмайди, бир қанча вақтдан кейин жараён яна авж олади.

Сурункали тарқоқ силнинг доимий клиник белгиси ҳансираш. Ҳансирашнинг ривожланиши секин-аста зўрайиб борувчи диффуз пневмофиброз, эмфиземаларга боғлиқ. Бемор жисмонан зўриқ-қанда, қаттиқ ҳаяжонланганда, қаттиқ ҳансирай бошлайди. Сил жараёнининг зўрайишида ва заҳарланиш кучайганда ҳансираш яққол сезилиб туради. Кўпинча беморларда марказий ва вегетатив асаб тизими функционал ўзгариб, ҳар хил неврологик реакциялар пайдо бўлади. Эндокрин бузилишлар, гипер- ёки гипотиреоз тарзида бўлиши мумкин.

Ўпка сурункали тарқоқ силнинг ўзига хос белгилари ўпканинг юқори бўлагидаги фиброз ўзгаришлар, бронхлар шаклининг ўзгариши ва сурункали бронхит, кўкрак қафасининг юқори бўли-мида қисқа-қисқа товуш эшитилиши, кўпинча қуруқ хириллашдан иборат. Жараён зўрайганда нам хириллашлар ҳам эшитилиши мумкин. Кўкрак қафасининг қуйи бўлимида эмфиземага алоқадор тимпаник ўпка товуши ва нафас суст эшитилади. Сурункали тарқоқ силда каваклар, кўпинча аускултацияда ҳам, перкуссияда ҳам аниқланмайди.

Ўпка сурункали тарқоқ силининг асоратли кечишида касалликка хос клиник ва лаборатор белгилар бошқа аъзоларда ҳам аниқланиши мумкин. Чаноқ-сон, тизза, товон-болдир ёки бошқа бўғимлардаги, баъзан умуртқа поғонасидаги оғриқлар суяк тизимининг силдан зарарланганини кўрсатади, гематурия ва лейкоцитурия – буйракнинг зарарланганлигини, бепуштлик – сил яллиғланиши аёллар жинсий аъзоларида ривожланганлигини билдиради. Плеврит ва ҳалқум сили белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Ўпка тарқоқ силининг барча турларида сил менингити ва лобуляр казеоз зотилжамга ўхшаш, кўпинча ўлимга олиб келадиган оғир асоратлар ривожланиши мумкин. У яққол кучайган заҳарланиш белгилари ва маҳаллий зарарланишга хос клиник аломатлар билан юзага чиқади. Менингитда энса мушакларининг ригидлиги, Керниг ва Бабинский симптомлари кузатилади. Лобуляр казеоз зотилжам ривожланганда қаттиқ йўтал тутади, бемор озроқ миқдорда шиллиқ-йирингли балғам ташлайди, қон туфлаши мумкин. Нафас

аъзоларини объектив текширилганда кўп сонли ҳар хил ҳажмдаги нам хириллашлар эшитилади.

Диагностика. Ўпка тарқоқ сили беморни тўла-тўкис текширилгандан кейин аниқланиб, диагноз қўйилади.

Ўпка тарқоқ силининг таҳлиллари шифокорга клиник ҳолатда кўпгина умумий йўналиш беради ва касалликнинг келиб чиқиши сабабларини ва даволаш йўлларини белгилашга ёрдам беради.

Диагноз қўйишда анамнезда БЦЖ вакцинацияси ва ревак-цинацияси, бактерия ажратувчи бемор билан мулоқот, илгари бирламчи силни бошдан ўтказганлик ҳақида маълумот, илгари тарқоқ қуруқ ёки экссудатив плеврит бўлганлиги, ўпкадан бошқа аъзоларда сил билан зарарланган ўчоқлар аниқлангани муҳим аҳамиятга эга. Касалликнинг ривожланишида силга қарши иммунитетни пасайтирадиган, тўқималар гиперсенсибилизациясига ва бактериемия ривожланишига имкон берадиган ташқи ва ички муҳит омилларининг аҳамияти катта.

Туберкулин-диагностикасининг (2ТБ билан Манту синамаси) натижалари касалликнинг клиник турларига боғлиқ. Ўткир миллиар силда ҳужайравий иммунитет жуда пасайгани учун туберкулинга манфий анергия ёки паст мусбат жавоб реакцияси ривожланади. Миллиар сил ўз вақтида аниқланса ҳамда тўла-тўкис даво қилинса, туберкулинга сезгирлик ошиб боради ва секин-аста нормергик ҳолатга келади. Унча оғир бўлмаган ва сурункали тарқоқ сил асоратсиз кечган касалларда туберкулин реакцияси ўртача ифодаланади, кўпинча нормергик, асоратли кечганда эса туберкулинга сезгирлик пасаяди.

Ўткир миллиар силда, кўпинча йўтал бўлмагани учун *балғамни бактериологик текширишда* ўзига яраша қийинчилик бўлади. Умумий аҳволи оғир беморларда таъсирловчи ингаляция қўлланилмайди. Аммо миллиар силда бронхиал ювиндида ҳам ўпка тўқимасида емирилиш бўлмагани учун СМБ аниқланмайди. +онни экиб, текширганда СМБ ни 15 – 18% ҳоллардагина аниқлаш мумкин.

Унча оғир бўлмаган ва сурункали сил беморлар балғамида СМБ специфик жараён авж олган даврда ва ўпкада емирилиш бўшлиқлари пайдо бўлганда аниқланади. Бактерия ажратувчилар одатда унча кўп бўлмайди, шунинг учун балғамни люминесцент микроскопда экиб, текшириш зарур. Ўпка тарқоқ сили бор беморларнинг тахминан ярмида СМБ аниқланади.

Касалликнинг диагностикасида беморларни рентгенологик текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Ўпканинг тарқоқ силида етакчи рентгенологик синдром ўчоқли соялар тарқалишидир.

Иккала ўпкада нисбатан симметрик жойлашган кўп сонли ўчоқли сояланишлар гематоген ва лимфогематоген тарқалишга хос. Лимфоген тарқалишда ўчоқли сояланишлар кўпинча битта ўпкада, кўпроқ ўрта бўлакда аниқланади (13.2-расм). Лимфоген тарқалиш одатда асимметрик бўлади.

13.2–расм. Ўпканинг миллиар сили

Ўткир миллиар силда касалликнинг дастлабки 7–10 кунларида ўчоқларнинг ўпкада тарқалишини рентгенограммада аниқлаб бўлмайди. Ўпканинг интерстициал тўқимасини қуюқ қоплаган янги ўчоқлар ҳажми ва зичлигининг суратда кенг кўламда кўриниши етарли эмас. Иккала ўпкада ҳам ҳар бир ўчоқ атрофидаги тўқимада шиш ва ўпканинг интерстициал тўқимасининг зичлашиши ҳисобига, ўпка майдони тиниқлигининг диффуз хиралашиши, ўпка суратининг аниқмаслиги (суркалган) ва ўзига хос майда доғсимон тўрлар кўринади. Касалликнинг 10 – 14 кунларида рентгенографияда ўпка чўққисидан, то базал қисмигача симметрик жойлашган майда (диаметри 2 мм.дан ошмаган) бир жинсли ўчоқли соялар кўринади. Бундай умумий майда ўчоқли тарқалиш – миллиар силнинг рентгенологик белгисига хос. Ўчоқли тарқалишлар, ўпкаларни бир хил зарарлашига қарамасдан, кўпроқ ўпканинг ўрта ва қуйи майдонларида қуюқроқ тус олади. Бу тушунча ўпка бўлимларининг катта ҳажм ва маълум ҳажмдаги аъзонинг ясси тасвиридаги ўчоқлар йиғиндисига асосланган.

Ўчоқли соя юмалоқ шаклда, кам жадалликда ва чегаралари аниқ эмас. Улар кўпинча занжир шаклида, бир қанчаси томирлар бўйлаб жойлашади. Кўп миқдордаги ўчоқлар фонида майда томирчалар унча кўринмай қолади, фақат йирик томир ўзанлари аниқ кўринади.

Ўпканинг миллиар зарарланишидаги барча зарур рентгено-логик белгилар КТ да аниқланиши мумкин. КТ нинг юқори кесиш имконияти майда ва юмшоқ ўчоқларни аниқ кўриш имконини беради ва ўчоқнинг топографиясини ва таркибини аниқлайди 13.3-расм).

13.3-расм. Ўпкада миллиар тарқалиш.
Компютер томографияси

Ўпканинг унча оғир бўлмаган тарқоқ силида микобактериялар гематоген тарқалганда ривожланади, ўчоқли соялар кўпроқ ўпканинг юқори ва ўрта бўлимларида тарқалиш, яъни субтотал ўчоқли тарқалишга хос. Ўчоқли соялар бошқа ўчоқ сояларидан деярли фарқ қилмайди. Улар асосан йирикроқ (диаметри 5 – 10 мм), кам ёки ўртача жадалликда (субтотал йирик бир хилдаги ўчоқли тарқалишлар) бўлади (13.4-расм). Ўчоқ соялари томирларнинг бўйлама соялари бўйлаб гулчамбар кўринишида жойлашиши мумкин. Ўчоқ сояларининг чегараси одатда ноаниқ бўлади. Бир қанча ўчоқларнинг соялари қўшилиб кетгани ва ўпка тўқимасининг парчалангани учун ёруғлик майдони билан фокусли сояланишлар ҳосил қилади. Баъзан емирилган ўзгаришлар ингичка деворли ҳалқасимон соялар кўринишида бўлади.

13.4– расм. Ўпканинг ўткир ости тарқоқ сили.
Ўпкада йирик ўчоқли соялар

Лимфоген йўл билан келиб чиққан тарқалишда ўчоқ соялари кўпроқ бир томонлама, ўпканинг ўрта ва пастки бўлакларида бўлади. Ўчоқ соялари гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, гуруқ ўртасида яссисимон лимфангаитнинг турли соялари кўринади. Ўпка илдизини ва кўкс оралиғини томографик текширишда, кўпинча, бирмунча катталашиш, зичлашиш, лимфа тугунлари баъзи қисмларининг оҳакланиши аниқланади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силида рентгенограммадаги ўзга-ришлар жуда хилма-хил бўлади. Нисбатан симметрик полиморф субтотал ёки тотал тарқоқ ўчоқлар ўзига хос белгиларга киради.

Кўплаб ўчоқли соялар ўчоқларнинг турли вақтларда пайдо бўлганлигига қараб, ҳар хил катталикда, шаклда ва ривожланиш даврида бўлади. Ўпканинг юқори ва ўрта бўлимларида ўчоқ соялари пастки бўлимларга қараганда йирикроқ бўлади. Ўчоқлар деярли қўшилиб кетмайди. Янги тошмалар тошганда, рентгено-граммада симметрик ўзгаришлар аниқланмайди. Баъзи беморлар-нинг иккала ўпкасида ингичка деворли ҳалқасимон ички ва ташқи чегаралари аниқ соялар аниқланади, булар «муҳрланган» ёки «кўзойнакли» каваклар, деб аталади (13.5-расм).

13.5– расм. Тарқоқ силда “муҳрланган» каваклар.
Компютер томографияси

Иккала ўпканинг юқори бўлимида ўпка сурати аниқ, яққол интерстицион фиброзга боғланган тўр-уячали тусда, шакли ўзгарган. Икки тарафлама кортик-апикал плевра қатланиши (швартлари) яхши кўринади. Базал бўлимда ўпка сурати қўшилиб кетиб, ўпка тўқимасининг тиниқлиги викар эмфизема ҳисобига кучаяди.

Кўкрак қафасида ўзгаришлар юзага келади. +овурғалар горизонтал ётади ва диафрагма гумбази бир оз паст туради. Юқори бўлак ҳажми камайишининг фиброзга алоқадорлиги ҳисобига ўпка илдизининг сояси симметрик равишда юқорига тортилади (“маж-нунтол” симптоми). Рентгенограммада юрак сояси ўртача ҳолатда, кўндаланг ўлчами йирик томирлар қисмида торайган (“томчи юрак” симптоми).

Ўпка тарқоқ силининг барча турлари лобуляр казеоз зотилжам билан асоратли кечганда, иккала ўпкада ҳам кўплаб йирик (диаметри 5 дан 10 мм.гача), нотўғри шаклдаги, яққол ифодаланмаган ўчоқли соялар пайдо бўлади. Шундоққина кўриниб турадиган ўчоқлар қор учқунларини эслатади. Кўпинча ўчоқлар ҳосилали фокусларга ва катта конгломератларга аралашиб кетади. Лобуляр казеоз зотилжамда, ўпкада рентгенологик манзара, кўпинча, “қор бўрони” деб аталади. Иккала ўпкада казеоз некроз тарқалган майдон ва казеоз-некротик жойда ҳосил бўлган бўшлиқ фокусида ҳар хил диметрдаги ҳалқасимон соялар аниқланади.

Ўпканинг гематоген тарқоқ сили бор беморларни фибро-бронхоскопия қилганда, кўпинча, бронх шиллиқ қаватида кўплаб сил дўмбоқчалари аниқланади. Баъзан эрта гематоген тарқалган бронх сили ёки даволашдан кейинги қолдиқ ўзгаришлар аниқланади. Фибробронхоскопия ёрдамида бронхалвеоляр ювинди ва бронхдан биопсия олиш, ўпкадан ёки лимфа тугунидан пункцион биопсия олиш мумкин. Бронхоалвеоляр ювиндидан ҳужайра элементлари таркибини ва лимфоцитларни санаш орқали, ўзига хос жараёнларнинг бошқа белгиларини аниқлаш мумкин. Касалликнинг сил сабабли келиб чиққанини бронхиал биопсия орқали сил гранулёма элементларини аниқлаб, тасдиқлаш мумкин.

Ўпканинг ўткир тарқоқ сили турида *қонни умумий клиник таҳлил қилганда,* одатда, ўртача лейкоцитоз ёки лейкоцитлар таркиби меъёрда, эозинофиллар ва лимфоцитлар камайган бўлади. Лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан мутлақ ва нисбий нейтрофилез ва ЭЧТ нинг бир қадар ошиши кузатилади. Касаллик зўрайганда лейкопения ва тромбоцитопения ривожланади. Анемик синдром, одатда, кузатилмайди. Енгилроқ тарқоқ силга ўртача лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, таёқча ядроли нейтрофилларни силжиши билан ЭЧТнинг ошиши хос. Сурункали тарқоқ сил хуруж қилган даврда гемограммада шу хилдаги ўзгаришлар кузатилади. Сил жараёни барқарор бўлган даврда умумий қон таҳлилида яллиғланишга хос ўзгаришлар кам учрайди, баъзан тромбоцитлар бирмунча ошади. *Умумий сийдик таҳлилида* баъзида оқсил топилади.

Ўткир миллиар сил беморларни *иммунологик текширганда,* кўпинча, Т-лимфоцитлар популяциясининг (асосан Т-хелперлар субпопуляцияси) анча камайгани ва лимфоцитларнинг бласттрансформация реакциясини баҳолайдиган функционал фаолиги пасайгани аниқланади. В-лимфоцитлар фоизи ошади. *Иммунфермент таҳлилда,* кўпинча, СМБ га антитаначалар титри бир қадар ошади.

Ўпканинг тарқоқ силида *қонни биокимёвий таҳлил қилганда,* баъзан глюкокортикоид фракциясининг камайиши ва минерало-кортикоид маҳсулотлар кўплиги фонида, буйрак усти безининг пўстлоқ қисми етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади. Иммун жавобда қатнашадиган, ҳужайрага таъсир этадиган прогестерон, тестостерон ва бошқа гормонлар секрецияси ўзгариши мумкин.

Ўпканинг тарқоқ силида ташқи нафас фаолияти текширилганда, асосан, ҳаво рестриктив алмашинувининг бузилиши аниқланади. Улар ўпкадаги морфологик ўзгаришлар ва силдан заҳарланишга боғлиқ бўлади. Беморларни клиник-функционал текширганда, одатда, нафаснинг тезлашгани, ЎҲС камайгани, артериал ва веноз қон таркибида кислород миқдори камайгани аниқланади. +ўлланиладиган кислород коэффиценти меъёридан бирмунча паст бўлади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ силида рестриктив вентиляцион етишмовчиликдан, кўпинча, сурункали обструктив бронхитга олиб келадиган обструктив вентиляцион етишмовчилик ривожланади. Бундай беморларда сурункали ўпка, юрак етишмовчилиги кузатилиши деярли қонундек бўлиб қолган. *ЭКГ*да II ва III уланишларда Р-тишчанинг баландлашгани, кенгайгани ва шаклининг ўзгаргани, *эхокардиографияда* – ўнг қоринча деворининг қалинлашгани ва ҳажми ортгани топилади.

Ўпканинг тарқоқ сили диагнозини клиник тасдиқлаш учун рентгенологик ва лаборатор маълумотлар кўпинча етарли бўлмайди, шунинг учун морфологик тасдиқлаш зарурияти туғилади. Охирги йилларда молекуляр-биологик диагностика усуллари (ПЗР) кенг қўлланиляпти. Касалликнинг бор ёки йўқлигига шубҳа туғилганда антибактериал дорилар билан диагностик даво (exjuvantibus) 1 ойгача ўтказилади.

ЎПКАНИНГ ЎЧО+ЛИ СИЛИ

Ўпкалар ўчоқли сили турли патогенезли, морфологик ва клиник-рентгенологик ўзгаришларни намоён қилувчи, ҳар бирининг диаметри 12 мм дан катта бўлмаган, ўпка бўлакчаси кўндаланг кесимидан кичик бўлган жароҳатларни ўз ичига олади. Ўпканинг ўчоқли сили чегаралланган жараён бўлиб, ўпка бўлакчаларининг 1-2 сегментларида жойлашиши кузатилади.

Силдан касалланиш камайган ва флюорография оммавий қўлланилган даврларда, ўчоқли сил биринчи марта аниқланган силнинг 50-60%, баъзи жойларда 70%, сил билан касалланган беморларнинг 60-70% ини ташкил қилар эди. Сил бўйича эпидемиологик аҳволнинг ёмонлашиши, биринчи бор аниқланган беморлар орасида, ўчоқли сил улушининг камайиб, инфилтратив ва деструктив сил улушининг кўпайишига сабаб бўлди.

Ўчоқли силнинг патогенези ва патологик анатомияси

Сил патогенези ва морфологияси ҳақидаги тушунчалар ривожланишида В.И.Абрикосов, А.Н.Пубел, Б.И.Хмелницкий, М.Т.Ивановаларнинг ишлари муҳим аҳамиятга эга. Ўчоқли сил, ўз

ривожланишида эндоген реинфекция ва экзоген суперинфекцияга боғлиқ бўлиб, эпидемиологик вазият ёмонлашуви даврида юқори ўринни эгаллайди.

Организмнинг иммунбиологик қаршилиги нисбатан сақланган ҳолда, вирулент бироқ кам миқдордаги сил инфекцияси билан зарарланиш, ўчоқли сил билан касаланишнинг асосий шартидир.

Ўчоқли силнинг ривожланиш механизми турлича.

1.Экзоген суперинфекцияда СМБ бронхларнинг охирги тармоқларида чўкади ва у ерда казеоз ўзгаришли эндо- ва панбронхитга сабаб бўлади. Казеоз массалар алвеола тўқимасига ёриб чиқади ва майда бронхлар атрофида перифокал яллиғланишли казеоз зотилжам ўчоқлари пайдо бўлади. Бу хилда пайдо бўлган ўчоқлар, одатда, ўпка чўққиларида ва сал пастроқда жойлашади ҳамда *Абрикосов ўчоқлари* деб аталади, Абрикосов уни биринчи марта тасвирлаган бўлиб, у иккиламчи силнинг экзоген назариясини асослаб берган.

2. Организмда бирламчи сил инфекцияси ривожланган даврда ўпка чўққиларида тарқалиш ўчоқлари пайдо бўлади, улар аста-секин фиброз қобиққа ўралади, тўлиқ петрификацияланади, бу *Симон ўчоқлари* дейилади. Юқоридаги ўчоқларда СМБ сақланиб туради. Маълум шароит туғилганда бу шакллар СМБнинг бактериал шаклига қайта айланади ҳамда эски ўчоқларнинг авжланишига ва ўчоқли сил ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

3. Аниқланмаган ёки тўла-тўкис даволанмаган кўкрак ичи лимфа тугунлари силида, лимфа тугунларида фаол сил жараёни сақланиб турган бўлса, СМБ гемотоген ёки лимфоген йўл билан ўпкага тушади. Бунда гемотоген тарқалиш ўпка чўққиларида, лимфобронхоген тарқалиш, асосан, ўрта ва пастки бўлакларда ўчоқлар пайдо бўлишига олиб келади. Кўкрак ичи лимфа тугунлари йирик бронхлар сили билан асоратланган бўлса, бундай ўчоқлар кўплаб ҳосил бўлади.

4. Ўз вақтида аниқланмаган, яширин кечадиган, зўрайиб борувчи ўпкадан бошқа аъзолар силидаги ўчоқлардан СМБ гемотоген йўл билан ўпкани зарарлайди.

Кўрсатиб ўтилган механизмлар ўчоқли силнинг эволютив турлари пайдо бўлишига олиб боради.

5. Ўчоқли сил бошқа ўпка сили турларининг оқибати бўлиши мумкин. Яллиғланган, кавакли, тарқоқ ўпка сили турларининг аслига қайтишидан, капсулага ўралган, нотўлиқ ёки тўлиқ зичлашган ёхуд оҳакланган ўчоқлар пайдо бўлади.

Ўчоқли силда яллиғланиш реакцияси сурункали кечиши мумкин. Бундай ҳолда ўчоқдаги фаол яллиғланиш белгиси репарация ҳодисаси билан бирга келади. Аста-секинлик билан алоҳида ўчоқлар атрофида фиброз ёки гиалин капсула (*Ашофф – Пул ўчоғи)* ҳосил бўлади. Сил ўчоғининг секин инволюцияси ва касалликнинг сурункали кечиши, ўпканинг сурункали ўчоқли силидан янги сил ўчоқларига айланади.

Ўчоқли сил *морфологик* жиҳатдан ҳажми 1см бўлган, 1-2 сегментларда, баъзан 4 сегментда жойлашган майда ўчоқли ва фиброз ўчоқли ҳосилалардан иборат бўлади. Юмшоқ ўчоқли жараёнлар бир, баъзан икки сегмент соҳасида жойлашган перифокал яллиғланиш унчалик ифодаланмаган марказий казеоз-некроз кўринишида намоён бўлади.

Фиброз ўчоқли жараёнлар капсулага ўралган, оҳакланган ёки қисман фиброзланган казеоз ўчоқлардан иборат. Ўчоқлар капсуласини етарли даражада бириктирувчи тўқима ташкил қилади. Атрофидаги тўқимада фиброателектазлар аниқланади. Ўчоқлар яқинидаги томирлар ва бронхларда кўплаб склеротик ўзгаришлар вужудга келади, диффуз ва қопсимон бронхоэктазлар шаклланиши мумкин, микроциркулятор ўзанда эса облитерациялар ва васкулитлар содир бўлади.

Эски ўчоқлар фаоллашганда бириктирувчи тўқима капсуласида фиброид ёки мукоид бўкиш, плазморрагия ва экссудация, экссудатив-яллиғланган ёки пролиферативтўқима реакцияси намоён бўлади; казеознинг эриши ва ўчоқдаги оҳакнинг сўрила бошлаши; ўчоқ ташқарисидаги специфик ва носпецифик лимфангаитлар; специфик яллиғланишнинг томирларга, бронхларга ва ўпка паренхимасига ўтиши кузатилади.

Ўчоқли силнинг клиник манзарасини жараёнинг тарқалганлиги, ўчоқлардаги яллиғланиш босқичи ва табиати белгилайди. Ўчоқли сил белгиларсиз, аста-секин ривожланиб боради ва баъзи шароитларда ўткир кечиши мумкин.

Продуктив ҳолатдаги парчаланишсиз чегараланган ўчоқли ўзгаришлар узоқ вақт бемор учун сезилмай кечиши мумкин ва флюорографик ёки рентгенологик текширишда тасодифан аниқланади, баъзан эса касаллик бошлангандан сўнг бир неча йиллар ўтгач, аниқланади.

Асосида юмшоқ ўчоқлар ётган эволютив ўчоқли сил турлари заҳарланиш белгилари билан намоён бўлади: беморда 10-12 кун давомида ҳарорат субфебрил бўлиши, вегетатив-томир дистонияси, кўп терлаш, баъзан тахикардия, иштаҳа пасайиши, чарчоқ, иш қобилияти сусайиши кўрилади.

Бу беморларда бронх-ўпка касалликлари белгилари мавжуд эмас ёки кучсиз бўлиб, бир оз қуруқ йўтал бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда кам миқдорда балғам ажралиши, онда-сонда ўчоқлар парчаланиши сабабли, бемор қон туфлаши мумкин.

Аста-секин таъсир қилаётган ташқи омиллар (совуқда қолиш, гиперинсоляция, жароҳатланиш) сабабли, ўчоқли сил жадаллашади ва заҳарланиш белгилари зўраяди, ҳарорат фебрил даражада анча муқим бўлиб, жараённинг ўткир кечаётганлиги маълум бўлади. Ўпка тўқимасидаги парчаланиш, йўталиб, кам балғам ташлаш, қон туфлашга сабаб бўлади, айрим ҳолларда эса жараёнга плевранинг тортилиши сабабли, баъзан оғриқлар пайдо бўлади.

Ўчоқли сил учун зўрайиш ва сўниш босқичлари алмашиниб турадиган тўлқинсимон кечиш хос, шунинг учун жараён қайта-лайдиган респиратор касаллик - бронхитни эслатади.

Объектив текширишда беморнинг ташқи кўриниши ва кўкрак қафаси шакли ўзгармаган бўлиб, нафас олишда фаол қатнашади. Перкуссияда ўпка товуши аниқланади, аускултацияда везикуляр нафас, фақат парчаланиш ўчоқлар соҳасида нафас олиш чўққисида бир неча кун сақланиб турувчи майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилиши мумкин.

Ўчоқли силни аниқлашнинг асосий усули *рентген текширувидир*. Сил ўчоқлари юмшоқ бўлганда кам интенсив, полиморф, чегаралари ноаниқ ўчоқли соялар шаклида кўринади. Айрим ҳолларда атрофдаги тўқима тиниқлиги яллиғланиш ҳисобига пасаяди, жараённинг ўпка илдизига боғлиқлиги ҳам аниқланади. Сил ўчоғи парчаланганда ёриғланиш аниқланади. Бунда ўчоқли силни рентгенологик жиҳатдан ўчоқли зотилжамдан фарқлаш лозим (13.6, 13.7, 13.8-расм).

13.6– расм. Ўпканинг ўчоқли сили. Рентгенограмма ва томограмма

СМБни аниқлаш учун, балғамни камида 3 марта текшириш лозим, бронхлар ювиндиси ва суртмаси текширилганда бактериялар камдан-кам аниқланади (3% ида). Ўчоқли сил диагностикасида туберкулинга сезгирликни аниқлаш катта аҳамиятга эга. Манту синамасида, асосан, нормергик реакция кузатилади, гиперергик жавоб камдан-кам ҳолларда аниқланади. Туберкулинга сезгирлик кучсиз бўлганда, фаол силнинг бошқа белгилари бўлмаса, Кох синамаси қўйилади. Периферик қон таҳлилининг аҳамияти кам, одатда, ЭЧТ бир оз кўтарилгани ёки лейкоцитар формуланинг бир оз чапга силжигани аниқланади.

13.7-расм. Ўпканинг сурункали ўчоқли сили. Фиброз ўчоқлар. Тўғри проекциядан олинган рентгенограмма

13.8– расм. Ўчоқли силда ўпка тўқимасининг емирилиши

Фиброз ўчоқли силда заҳарланиш, бронхологик ва бошқа фаол сил белгилари аниқланмайди. Рентгенда аниқланадиган ўпканинг юқори бўлакларида майда интенсив, контурлари аниқ, нотўғри шаклдаги ўчоқли соялар ва Кох синамаси асосида диагноз қўйилади. Буни ўчоқли пневмосклероз ва ўпка марказий ракининг дастлабки давридаги ўчоқли ателектазлардан фарқлаш керак.

Касалликни аниқлаш қийин бўлган ҳолларда ва марказий ракдан фарқлашда бронхоскопиянинг аҳамияти катта. Бронхоскопияда сил эндобронхити манзараси аниқланади.

Умумий қон таҳлилида ўчоқли сил бор беморларда, кўпинча, ўзгаришлар бўлмайди. Беморларда таёқча ядроли нейтрофиллар кўпайиши, лимфопения ёки лимфоцитоз, ЭЧТ (10 – 18 мм/с дан кўп бўлмаган) кўтарилиши мумкин.

Иммунологик текширишда гуморал ва ҳужайравий иммунитет бир қадар ўзгариши, кўпинча энди пайдо бўлган ўчоқли силда аниқланиши мумкин.

Ўчоқли силда *ташқи нафас функцияси,* одатда, бузилмайди. Ўпка паренхимасининг шикастланиши ҳисобига эмас, балки заҳарланиш ҳисобига баъзи беморларда нафас функцияси бузилиши мумкин. Заҳарланишда тахикардия, артериал босимнинг лабиллиги кузатилиши мумкин.

Тиббиёт амалиётида қўлланилаётган анъанавий текширишлар воситаси, кўпинча, ўчоқли сил диагнозини узил-кесил ҳал қила олмайди. Бундай ҳолларда диагностиканинг молекуляр-биологик усулини, кўпинча ПЗР ни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Ўпкадаги ўчоқнинг келиб чиқишига сил сабаб бўлганини ҳал қилиш учун, махсус ўтказиладиган кимётерапияга реакция: ўчоқларнинг кичиклашиши ва сўрилиши ўчоқли силни тасдиқ-лайди. Кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар қўлланилишига қарамасдан, жараённинг яхши томонга ўзгармаслиги касалликнинг ўзига хос ҳолатда эканини билдиради.

Ўчоқли сил кам асорат беради. Асосан қон туфлаш ва плеврит кузатилади. Ўчоқли сил асоратлари, одатда, чегараланган фиброз ҳосил қилиб, сўрилиб кетиши, ўчоқлар зичлашиши ва оҳакланиши мумкин. Бироқ касаллик вақтида аниқланмаса ва нотўғри даволанса, оқибат натижада яллиғланган сил, кавакли сил, туберкуломага айланиб кетиши мумкин. Баъзан узоқ вақт зўрайиб борган ўчоқли сил фиброз-кавакли сил билан якунланиши мумкин.

ЎПКАЛАРНИНГ ЯЛЛИ/ЛАНГАН СИЛИ

Бу ўпка сили тури ўпка тўқимасининг махсус гиперсен-сибилизацияси ва яллиғланиш соҳасида ўпка тўқимасининг экссу-датив реакцияси кучайиши замирида пайдо бўлади.

Яллиғланган (инфилтратив) ўпка силининг клиник-морфо-логик хусусияти, ўпканинг кўпроқ қисмини жароҳатлаши ва сил жараёнининг тез авж олиши билан фарқланади.

Эпидемиологияси. Яллиғланган сил билан, асосан, катталар касалланади, ёшларда ҳам учрайди. Касалликнинг илк босқичларида аниқлаш яхши йўлга қўйилмаган ҳолларда яллиғланган силнинг ривожланиши кузатилади. Янги аниқланган беморлар орасида яллиғланган сил 65-75% ни, сил диспанерларида фаол сил билан кузатилаётган беморлар орасида 45-50% ни ташкил этади. Силдан ўлим кўрсаткичи яллиғланган силда тахминан 1% ни ташкил қилади. Ўлимга, казеоз зотилжам, ўпкадан қон кетиши каби асоратлар олиб келади.

Яллиғланишлар ҳақидаги таълимотнинг ривожланиши, клиник амалиётга рентгенология кириб келиши билан боғлиқ.

Бу таълимот асосчиларидан бири Ассман (1924). У биринчилар қаторида юмалоқ яллиғланишни тасвирлаб берган, бу яллиғланиш, унинг фикрича, экзоген суперинфекция натижасидир. Кейинроқ шу каби яллиғланишларни Rede Ker ҳам тасвирлаб, улар инфекция билан боғлиқ, деган фикрни айтди, бунга яллиғланиш соҳасида эски сил ўчоқларининг аниқланиши сабаб бўлган.

XX асрнинг 30 йилларида Б.М.Хмелницкий, Ассман турида, яллиғланиш мавжуд беморлар балғамида нафақат СМБ, балки холестерин кристаллари, оҳак, оҳакланган эластик толаларни (Эрлих турткичи) аниқлади, бу эски ўчоқларнинг парчаланишидан гувоҳлик берарди.

Патогенези ва патологик анатомияси. Ҳозирги кунда яллиғланган сил ривожланишига ҳам экзоген, ҳам эндоген омиллар юқори вирулентликдаги беҳисоб сил инфекцияси, организм иммунбиологик қаршилигининг сусайиши, сил инфекциясига бутун организмнинг ва ўпка тўқимасининг гиперсенсибилизацияси сабаб бўлади, натижада ўпкада гиперергик яллиғланиш ривожланади.

Яллиғланган сил ривожланишининг бир неча механизмлари тафовут қилинади:

- ўз вақтида аниқланмаган ўчоқли силнинг жадаллашиши, ўчоқларнинг қўшилиб кетиши билан;
- эски сил ўчоқларидаги СМБларнинг фаоллашиши, экзербацияси ва атрофида кенг яллиғланган соҳа пайдо бўлиши;
- СМБнинг кўкрак ичи лимфа тугунлари ва экстраторакал ўчоқлардан лимфо-гематоген тарқалиши, уларнинг интакт ўпкада жойлашиши ва гиперергик яллиғланиш ривожланиши (13.9-расм).

Яллиғланган сил *морфологик* жиҳатдан казеоз фокус ва атрофидаги кенг перифокал яллиғланишдан иборат. Яллиғланиш ривожлангани сари, казеоз фокус ҳам кенгая боради. Жараён оғирлашиб борганда, казеоз эрийди ва бронхларга ёриб чиқади, бу ўткир кавак ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Казеоз фокуслар тезда катталашиб, бўлакнинг ҳаммасини эгаллаши мумкин. Специфик яллиғланиш билан бирга носпецифик яллиғланиш соҳалари ҳам учрайди.

Жараён тўхтовсиз ривожланиб борса ациноз, лобуляр ўчоқлар бирлашиб, лобар ёки тотал казеоз зотилжамни ҳосил қилиши мумкин. Казеоз зотилжам жараёни жуда катта бўлиб, тезда ўпка тўқимаси бутунлай сузмасимон кўринишда ириб кетади.

13.9- Расм. Ўпкадаги экссудатив-пролиферативяллиғланиш. Макропрепарат

Ўпкадаги казеоз-некротик ўчоқларнинг тарқалганлиги ва табиатига қараб, яллиғланган силнинг қуйидаги клиник-рентгенологик турлари тафовут қилинади:

-лобуляр (бронхолобуляр) яллиғланиш;

-Ассманнинг юмалоқ яллиғланиши;

-булутсимон яллиғланиш;

-перициссурит;

-лобит;

-казеозли зотилжам.

Бронхолобуляр кўринишдаги яллиғланган силда, диаметри 1,5-2 см бўлган бир хил кўринишдаги соя ёки бир қанча сил ўчоқларининг бир-бирига қўшилиб кетиши натижасида пайдо бўлган соя кўринади.

Диаметри 2 см, интенсивлиги кам ёки ўртача, аммо аниқ кўриниб турадиган фокус пайдо бўладиган яллиғланиш *Ассман яллиғланиши* дейилади. Фокуснинг четлари ноаниқ бўлиб, пастки қисмида ўпка илдизи томон чизиқсимон йўл-йўл соя аниқланади.

Аниқ шаклга эга бўлмаган, ўпканинг 1-2 бўлагини қамраб олган, атроф чегараси аниқ бўлмаган соялар, *булутсимон соя* деб аталади.

Яллиғланиш ўпка бўлаклари оралиғига яқин жойда жойлашса, бундай яллиғланиш перициссурит дейилади. Рентгенологик соя учбурчак шаклида бўлиб, асоси ўпка илдизи томонида бўлади.

Клиник кечиши табиати ва хусусиятлари ҳамда жараён ҳажмига кўра, барча турдаги яллиғланишларни қуйидаги гуруҳга ажратиш мумкин:

-чегараланган яллиғланишлар: юмалоқ, лобуляр, булутсимон;

-кенг тарқалган яллиғланишлар: лобит, перициссурит, казеоз зотилжамли.

Чегаралланган яллиғланишлар, асосан, белгиларнинг камлиги билан ёки белгиларсиз кечади, баъзан ўткир кечиши ҳам мумкин. Чегаралланган яллиғланишларнинг асосий симптомокомплекси бир оз кам ёки ўртача заҳарланиш бўлиб, аста-секин ривожланади. Бемор, кўпинча, тонгда кучсиз йўталади. Кейинчалик шиллиқ ёки шиллиқ-йирингли балғам ажратади. Жараён плеврага тарқалганда ва беморда қон туфлаш кузатилганда, оғриқлар бўлиши мумкин. Объектив текширилганда беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлади. Заҳарланиш сабабли беморда умумий қувватсизлик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, терисининг рангпар бўлиши, озиш, гиподинамия, кечалари баъзи-баъзида иситмалаш, терлаш кузатилади.

Ўпканинг зарарланган соҳалари устида (яллиғланиш 4 см дан ортиқ бўлса) перкутор товуш қисқа бўлади, аускултацияда нафас суст эшитилади, яллиғланиш, парчаланганда, кўпинча, нафас чўққисида майда пуфакчали жарангсиз нам хириллашлар эшитилади.

Бундай ҳолларда касаллик клиникаси, нафас йўллари ўткир вирусли инфекцияларини, ўчоқли зотилжам, сабаби ноаниқ заҳарланиш, вегетоневроз, кардиотонзиляр синдромларни эслатади.

Чегаралланган яллиғланишларда *туберкулинга* реакция юқори ёки нормергик бўлади, периферик қонда бир қатор ўзгаришлар пайдо бўлади.

Балғамда СМБ, асосан, экиб аниқланади, ижобий натижа ўпка тўқималарининг парчаланишига боғлиқ бўлади.

Рентгенологик бронхолобуляр яллиғланиш, одатда, ўпка майдонининг кортикал қаватида, кўпинча I, II ёки IV сегментларда, асосан, кам интенсивли, диаметри 3 см.гача бўлган, чегаралланган сояланиш (фокусли соя) мавжудлиги билан ифодаланади. Яллиғланиш полигонал шаклда бўлиб, ўпка илдизи томон чўзилган ва ташқи чегараси ноаниқ бўлади (13.10-расм). Томографик текшириш, шаклланган яллиғланишни майда бронхнинг бўлиниши ва ёриғини аниқлаш имконини беради (13.11-расм).

Айрим ҳолларда бронх ёриғи зич казеоз массалар билан тўлади. Томограммада бронхолобуляр яллиғланиш кўпинча перифокал яллигланиш соҳаси билан ўралган, зич ёки озроқ зичликка эга бўлган бир нечта майда ўчоқларнинг конгломерати кўринишида бўлади.

13.10-расм. Бронхолобуляр яллиғланиш

13.11-расм. Бронхолобуляр яллиғланиш (томограмма)

Юмалоқ яллиғланиш чегараланган (фокусли), юмалоқ шаклдаги, ўрта интенсивликдаги аниқ кўриниб турадиган, лекин чегарали, ноаниқ сояланишда намоён бўлади (13.12-расм).

13.12-расм. Юмалоқ яллиғланишнинг парчаланиши

Олд проекцияда олинган обзор рентгенограммада сояланиш кўпинча ўмров остида жойлашади. Сояланишнинг медиал қисмидан ўпка илдизи томон яллиғланган “йўлча” тортилиб, айрим ҳолларда дренажловчи бронх проекцияси аниқланади («теннис ракеткаси» симптоми). Яллиғланиш парчаланганда, одатда, унинг марказий қисмида парчаланиш бўшлиқлари кўринади. Ўпканинг пастки қисмларида, кўпинча, бронхоген тарқалган ўчоқлар аниқланади.

Айрим ҳолларда, томограммада яллиғланишдаги сил диагнозини тасдиқловчи - зич ва оҳаклашган ўчоқлар аниқланади, бу муҳим белги ҳисобланади.

Булутсимон яллиғланиш, рентгенограммада бир ёки бир нечта сегментлар чегарасида жойлашган нотекис сояланиш ҳолида кўринади (13.13-расм).

13.13- расм. Чап ўпка яллиғланган сили
(юмалоқ яллиғланиши)

Сояланишнинг ташқи контури, яққол чегарага эга бўлмаган ҳолда, атрофдаги ўпка тўқимасида эриб кетгандек йўқ бўлиб кета-ди. Булутсимон яллиғланиш, бўлакларо плевра бўйлаб жойлаш-ганда (перисциссурит) учбурчаксимон шаклга яқинлашади (13.14-расм) (*Сержан учбурчаги*). Бундай учбурчакнинг юқори чегараси ноаниқ, пастки чегараси эса бўлакларо плевра бўйлаб жойлаш-ганидан анча аниқ бўлади. Учбурчакнинг учи ўпка илдизи томон, асоси эса ташқарига йўналган бўлади. КТ бир неча ўчоқлар қўши-лиши натижасида пайдо бўлган яллигланишнинг тузилишини кўриб чиқиш имконини беради. Булутсимон яллиғланиш учун жароҳат соҳасида яллиғланган ўпка тўқимаси билан ўралган бир канча кичикроқ парчаланиш бўшлиқларининг мавжудлиги хос. Бироқ, йирик парчаланиш бўшлиқлари ҳам пайдо бўлиши мумкин. Жа-раён зўрайганда яллиғланишдан йироқроқ бўлган ўпка соҳаларида ҳамда қарама-қарши ўпкада юмшоқ ўчоқли сояларни кўриш мумкин.

Тарқалган яллиғланишларга ўткир бошланиш ёки аста-секин ривожланадиган белгилар хос. Бемор яққол заҳарланиш белгила-ридан ташқари йўталиб, балғам ажратади. Шунингдек кўкрак қафаси оғрийди, қон туфлайди, бунга ўпкадан қон кетиши қўшилиши мумкин, ҳарорат доимо баланд бўлади.

13.14-расм. Перициссурит

Беморлар объектив текширилганда рўйи-рост заҳарланиш белгилари, кўкрак қафасида оғриқ, терининг рангпарлиги аниқ-ланади. Зарарланган томонда кўкрак қафаси нафасда орқада қолади. Перкуссияда зарарланган соҳа проекциясида катталашган перкутор товуш, аускултацияда кучсиз везикуляр, бронхиал ёки дағал нафас эшитилади. Хириллашлар, чегаралланган яллиғла-нишларга қараганда, кўпроқ эшитилади ва майда пуфакчали бўлади.

Туберкулинга сезгирлик, кўпинча, нормо- ёки гиперергик бўлади, балғамда СМБни оддий усул билан ҳам аниқлаш мумкин. Периферик қонда сил яллиғланишига хос белгилар: бир оз лейкоцитоз, ЭЧТ нисбатан анча юқори, лейкоформуланинг чапга силжиши, аниқ лимфопения кузатилади.

Рентгенологик лобар яллиғланишларнинг (лобит) рентгено-логик тасвири тарқалган сояланиш синдромига мос келади. Сояланишнинг жойлашиши ва шакли, ўпканинг қайси бўлаги зарарланганлигига боғлиқ. Юқори бўлак зарарланганда сояланиш ўпканинг юқори майдонида жойлашади (13.15-расм). Лобитнинг чегараси зичлашган плевра қатламлари билан ажралиб туради. Ёнбошдан олинган проекцияда сояланиш учбурчаксимон бўлади.

Ўрта бўлакдаги лобар яллиғланишнинг сояланиши шу бўлак проекциясига тўғри келади. Рентгенограммада у кенг асоси кўкс оралиғига, учи эса ташқарига қараган учбурчак шаклида кўринади.

КТ да лобит айрим ҳолларда яхлит, деярли бир хил (жинсли) зичлашган ўпка бўлаги ҳолида кўринади. Зарарланган бўлакда нуқсонга учраган ва қисман казеоз массалар билан обтурация ланган бронхлар ҳамда бир қанча кичик ва ўртача диаметрдаги парчаланиш бўшлиқлари аниқланади. Бу хилда жароҳатланган ўпка бўлаги, айрим ҳолларда, «асалари ини» ёки «ноннинг мағзига» қиёсланади (13.16-расм).

13.15-расм. Ўнг ўпка лобити

13.16-расм. КТ. Иккала ўпкада яллиғланган силнинг парчаланиш даври

Лобит авж олган даврда, кўпинча, қарама-қарши ўпкада, асосан, IV ва V сегментларда тарқоқ ўчоқлар аниқланади. Ёруғ-ланиш соҳаларига эга, бир томонлама аниқ контурли чегарадаги кенг, учбурчаксимон соя перициссурит учун хос.

Силнинг бу турларини, чўзилиб кетган носпецифик зотилжамдан фарқлаш лозим. Шиддатли кечадиган, кучли заҳар-ланиш ва тана ҳароратни 39-40^{0}С гача бўладиган казеоз зотилжамнинг клиник манзараси ўзига хос бўлади. Беморларнинг эрталабки ва кечки аҳволи бир-биридан кескин фарқ қилади, эрталаб ҳарорат 35^{0}С гача пасайиши мумкин. Бемор кўп, баъзан хуружлар билан тинмай йўталади, 100 мл ва бундан ортиқ сарғиш балғам ажратади. Аускултацияда турли калибрдаги, кўпинча. жарангдор нам

ҳириллашлар эшитилади. Бемор тез орада озиб кетади, ҳансираб туради, периферик қонда ўткир яллиғланиш белгилари пайдо бўлади.

Рентгенологик тасвирни таҳлил қилиш, сил жароҳатидаги яллиғланишнинг клиник-рентгенологик турини ва жараён босқичини аниқлаш имконини беради. Илгари бошдан кечирилган силнинг қолдиқ ўзгаришлари – эндоген сил инфекцияси манбаъ-лари топилиши мумкин. Яллиғланган сил билан хасталанган беморларнинг рентгенограммаларида, кўпинча, клиник белгилар ва физикал маълумотлар кам бўлишига қарамай, «кўп нарса кўринади». Бу диагностик аҳамиятга эга.

Яллиғланган сил беморларда ўпка тўқимасида деструкция шаклланганда *бронхоскопик текширишга* кўрсатма пайдо бўлади. Бундай ҳолларда тахминан 5% беморларда дренаж-ловчи бронхнинг сил билан зарарлангани маълум бўлади. Кўпинча носпецифик дренажловчи эндобронхит кузатилади.

Манту синамасига, баъзан манфий аллергия, бактерио-скопияда СМБ аниқланиши хос. Жараён тез ривожланади, бу рентгенологик тасвир ўпка зарарланган соҳасининг кенгайиши, кўплаб юмалоқ деструкциялар, иккинчи ўпкада ҳам деструкциялар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Казеоз зотилжамда беморлар профуз қон кетишидан ёки жараённинг тинмай ривожланиши сабабли, ўпка-юрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

Яллиғланган сил қон туфлаш, қон кетиши, плеврит, спонтан пневмоторакс билан асоратланади. Жараённинг зўрайиб кечиши ва асоратлари нафас етишмовчилигига олиб келади.

Касаллик ўз вақтида аниқланиб, даволанса оқибати яхши бўлади. Перифокал яллиғланиш сўрилади, казеоз сувсизланади, зичлашади, оҳакланади ва фиброз ўчоқли силга айланиб кетиши мумкин. Кичикроқ казеоз фокуслар ўрнида фақат фиброз ўзгаришлар қолиши мумкин.

Яллиғланган сил кеч аниқланганда ва нотўғри даволанганда, айниқса, жараён катта бўлса ва каваклар шаклланиб бўлган бўлса, кавакли, фиброз-кавакли, цирротик силга айланиши эҳтимол. Казеома туридаги туберкуломалар ҳам қисман зичлашган казеознинг қобиқланиши сифатидаги салбий оқибат ҳисобланади. Ҳозирги кунда, дастлаб аниқланган сил турли хил касалликлар ниқоби остида кечади, яъни УАШ, кўпинча, силнинг шу шаклига дуч келади. Афсуски, баъзан яққол ифодаланган яллиғланган силга дуч келганда, ҳам УАШ да нотўғри диагноз қўйилади ва даволанади. Диагностик хатолар, кўпинча, нотўғри талқин қилиш, тўлиқ анамнез йиғмаслик, балғамни СМБга яхши текширмаслик, ўз вақтида рентгенологик текширишларни ўтказмаслик сабабли келиб чиқади ва ёмон оқибатларга олиб келади.

ЎПКАЛАР ТУБЕРКУЛОМАСИ

Узоқ вақт давомида сурункали кечадиган диаметри 12 мм дан катта, юмалоқ ёки овал шаклдаги, атрофидаги тўқимадан 2 қават қобиқ билан

ўралган казеозли некротик масса, *ўпка туберкуломаси* деб аталади. Ўпка туберкуломаси, кўпинча, 20-40 яшар одамларда учрайди. Ўпка сили биринчи марта аниқланган беморлар орасида ва сил касаллиги туфайли диспансер ҳисобида турадиган беморларнинг 2- 6% ни ўпка туберкуломаси ташкил қилади.

Туберкулома атамаси 1921 йилда Якабеус ва Кей томонидан таклиф этилган. Улар, ўпка ўсмаси тахмин қилинган беморни жарроҳлик муолажаси ўтказаётган вақтида, ўпкада ривожланган ,қаттиқ, эластик, шарсимон патологик ҳосилани кесиб олишади. Уни ёриб ва бошқа усуллар билан текшириб, ичида казеозли ўзгариш борлигини аниқлашади ҳамда бу силнинг бир кўриниши деган хулосага келиб, бунга *туберкулома,* деб ном берадилар.

Туберкулома, кўпинча, ўпканинг юқори қисмларида ва плевра остида жойлашади. Майда (2 см.гача), ўрта (2-4 см.) ва йирик (4-6 см.) туберкуломалар тафовут қилинади. Улар якка ёки бир нечта бўлиши мумкин. Клиник кечиши жиҳатидан зўрайиб борувчи стационар ва сўниб борувчи туберкуломаларга бўлинади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Тубекуломанинг келиб чиқиши сабаблари турлича бўлиб бунда силнинг турли даврдаги хилма – хил морфологик ўзгаришлари мужассамлаштирилган.

Туберкулома асосан иккиламчи силнинг ҳар хил турларида пайдо бўлади, бироқ айрим ҳолларда, туберкулома бирламчи сил комплексидан ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Кўпинча туберкулома, яллиғланган силдан кейин пайдо бўлади. Бунда яллиғланиш жараёни секин-аста сўрилиб, ўпканинг яллиғланган қисми кичрайиб қолади ва капсула билан ўралади. Туберкулома ўчоқли ва тарқалган ўпка силидан ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунда сил ўчоқлари қўзғалгандан сўнг чегараланиб қолади. Туберкулома камдан-кам ҳолларда кавакли силдан пайдо бўлади. Бунда кавакка очилган бронхлар йўли яллиғланиб, беркилади ва казеозли некротик масса тўпланиб, кавак ичи тўлиб қолади.

Туберкулома қандай келиб чиққанидан қатъий назар, организмнинг силга қарши табиий курашиш қобилияти, иммунитетининг кучли бўлиши ва сил яллиғланишидаги эпителийсимон ҳужайралар ҳамда қўшимча тўқималар пайдо бўлиши натижасида чекланади. Туберкуломанинг ташкил топиши ўпка силининг бошқа турларини даволаш жараёнида ёки даволамаганда ҳам учраши мумкин. Г.Б.Мириновнинг (1998) таъкидлашича 53,8% беморларда, туберкулома силнинг бошқа хилларини даволаш жараёнида пайдо бўлади. Шундан 51,1% яллиғланган ўпка силидан, 31,1% - ўчоқли, 11%-тарқалган ва 3%- кавакли ўпка силидан пайдо бўлиши кузатилган. Туберкулома силнинг бошланғич даври эмаслигини, унинг клиник, рентгенологик ва паталогоанатомик кўринишлардаги ўзгаришлари тасдиқлайди. У узоқ вақт давомида аста-секин ривожланади.

Вольфнинг кўп йиллик кузатишлари шуни тасдиқладики, туберкулома озғин, нимжон шахсларда камдан-кам учраб, аксинча, бақувват, тўла кишиларда кўпроқ учрайди.

Профессор М.М. Авербах (1986), туберкуломани келиб чиқишига кўра 3 турга бўлган.

1. Туберкуломанинг ***яллиғланган-пневмотик тури*** – фокус кўринишидаги қаватма-қават жараён бўлиб, атрофи юпқа қобиқ билан ўралган, қобиқ ташқарисидаги ўпка тўқимаси яллиғланмайди.

2. Казеома туридаги туберкуломалар ўз навбатида уч хил бўлади:

а) бир хил кўринишдаги *солитар туберкулома* йирик фокус бўлиб, казеоз қисми атрофи икки қават ўралган бўлади;

б) *қатма-қат солитар* туберкуломанинг казеоз қисми қаватма-қават жойлашган бўлиб, коллаген тўқималар ёрдамида ажралиб туради ва энг устки қисми гиалиноз тўқимали қобиқ билан ўралади;

в) *конгламератли туберкулома* жуда кўп майда, қўшимча тўқималардан ташкил топган қобиқ билан ўралган бўлиб, казеоз ўчоқлар йиғиндисидан иборат, атрофи умумий қобиқ билан ўралган.

3. Сохта туберкулома казеоз-некротик масса ва лейкоцитлар билан тўлган кавак. Бунда туберкуломанинг қобиғи анча қалин бўлиб, асосан фиброз қаватдан ташкил топади.

Умуман туберкуломанинг казеоз қисмида қон ва лимфа томирлари бўлмайди. +обиқ қисмида эса, қон ва лимфа томирлари кам ривожланган, шунинг учун туберкуломанинг казеоз қисмига дорилар етиб бормайди. Туберкулома авжланиб бораётганда казеоз қисми ирийди, одатда ириш туберкуломанинг бронх билан туташган жойида, яъни пастки ва ички қисмида рўй беради ҳамда ёрилади. Фаоллиги сўнаётган туберкуломада, кўпинча, сил таёқчаларининг L шакли аниқланади. Туберкуломанинг таркибий қисмида, сил таёқчалари доимо бўлиши, вақти-вақти билан хуружга сабаб бўлади. Шунинг учун баъзи олимлар тубер-куломани “порох тўлдирилган бочка” га таққослайдилар, чунки организмда ноқулай вазият юз берса туберкулома зўрайиб (фаоллашиб) кетиши мумкин. Бунда туберкуломанинг қобиғи протеолитик ферментлар таъсирида бузилади ва инфекциянинг лимфа йўллари орқали тарқалишига шароит туғилади.

Перифокал яллиғланиш – фаоллиги авжланиб борувчи туберкуломанинг муҳим, лекин ягона белгиси эмас. Кўпгина авж олиб борувчи туберкуломаларда деструкция соҳаларини аниқласа бўлади. Уларнинг пайдо бўлиши, лейкоцитларнинг протеолитик ферментлари таъсирида казеоз массаларнинг иришига ва кейин-чалик фагоцитлар томондан ириган казеознинг резорбциясига боғлиқдир. Бундай жараёнлар фақатгина туберкуломани ўраб турувчи, қон томирлар сақланиб қолган капсула бўйлаб периферик соҳаларда кечиши мумкин. Туберкуломанинг марказий қисмлари қон томирлардан бутунлай ажралган, шунинг учун протеолитик ферментлар ва фагоцитлар бу қисмларга кириб бормайди. Натижада туберкуломанинг четлари парчаланади. Туберкулома

капсуласининг емирилиши натижасида, парчаланиш бўшлиғининг дренажловчи бронх билан туташишига шароит туғилади. Бу ҳолда казеоз массалар бронхга ажралиб чиқади ва парчаланиш бўшлиғи ҳажми ортиб боради (13.17-расм).

13.17-расм. Туберкуломанинг макропрепарати

Клиник кечишига кўра, туберкулома уч турга бўлинади: белгиларсиз ёки жуда кам белгилар билан кечадиган – *стационар тури*; силдан заҳарланиш белгилари ва атрофдаги ўпка тўқималарида яллиғланиш ва ўчоқлар пайдо бўлаётгани аниқ кўриниб турадиган *авжланиб борувчи* тури; *белгилари сўниб борадиган тури*.

К.В.Помелцовнинг таъкидлашича, туберкулома 24% касал-ларда белгиларсиз кечади, Г.Б.Миринов эса буни 50% беморларда тасдиқлаган. Шунинг учун туберкулома билан оғриган бемор-ларнинг деярли ярми флюорографик текширувдан ўтказилаётганда аниқланади.

Касаллик авж олиб бораётган беморларни кўкракда оғриқ, қуруқ йўтал, бир оз балғам ташлаш, ҳолсизланиш, иштаҳанинг йўқолиши, тана ҳароратининг 37,5 – 37,8^{o}C гача кўтарилиши безовта қилиши мумкин. Тахминан 8-10% беморларда қон кетишни ҳам кузатиш мумкин. Агар туберкулома даволаш даврида пайдо бўлса, белгиларсиз кечади.

Стетоакустик белгилар ҳам туберкуломанинг даврига, унинг катта ва кичиклигига боғлиқ. Умуман, туберкулома диаметри 1-2 см бўлса кичик, 2-4 см бўлса ўртача, 4-6 см бўлса катта ҳисобланади. Баъзан эса, жуда йирик 8-10 см бўлиши мумкин. Катта туберкулома бўлганда, перкуссияда бўғиқ товуш эшитилади. Эшитиб кўрилганда нафас секин эшитилади. Туберкуломанинг яллиғланиш ёки емирилиш даврида озроқ хириллашлар эшитилиши мумкин.

Туберкулома билан касалланган беморларнинг қонида деярли ўзгаришлар кузатилмайди.

Биринчи марта аниқланган, туберкуломанинг фаол манзараси бор беморлар *қонида* ЭЧТ 20-25 мм/с, таёқча ядроли нейтрофилларнинг 8-10% га

кўпайиши, лимфоцитларнинг бир оз камайишини аниқлаш мумкин. +ондаги глюкокортикоидларнинг кўпайиши ҳам туберкуломанинг фаол кўринишига хос бўлиб, туберкуломада продуктив яллиғланишнинг патогенетик механизми мавжудлигини тасдиқлайди.

Балғами текширилганда сил таёқчалари беморнинг 1/3 қисмида аниқланади. Сил таёқчалари касалларда, асосан, туберкулома емирилаётган даврда аниқланади. Балғамини қайта-қайта текшириш лозим, агар бемор балғам ажратмаса, қўзғатувчи ингалаяция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Туберкулома билан оғриган касалларда аниқланган сил таёқчалари беморлар узоқ даволанаётган бўлсаларда, одатда, ўз вирулент-лилигини, дориларга сезгирлигини сақлаб туради.

Туберкуломани, асосан, *рентген* ёрдамида аниқланади. Туберкуломанинг рентгенологик тасвири хилма-хил бўлиб, морфогенезига (келиб чиқишига) боғлиқ (13.18-расм).

Кўпинча, думалоқ, атроф чегаралари аниқ, бироз ғадир-будир фокус ёки фокуслар кўринишида бўлади. Кўпчилик беморларда туберкулома, плевра остида қаттиқ калцинат ва ёриғлашган сифатда бўлади. Ёриғлашган қисми, кўпинча, ички ва пастки томонда кўринади, бунда ўпканинг илдизи томон “йўлакча” пайдо бўлади.

Туберкулома атрофидаги ўпка тўқимасида янги сил ўчоқлари ва фиброзли ўзгаришлар ҳам бўлиши мумкин. Туберкуломага яқин жойлашган плевра қатламларида ҳам ўзгариш бўлиши мумкин (13.19-расм). Бу айниқса, компютер томограммада аниқ кўринади.

13.18-расм. Конгломератли туберкулома

13.19-расм. Туберкуломалардаги парчаланиш (вариантлар)

Туберкулома билан оғриган беморларда, кўпинча, *тубер-кулинга* ўта сезгирлик кузатилади. Туберкулинга ўта сезгирлик туберкулома янги топилган беморларда, туберкуломанинг авж олиб бораётган даврида аниқланади.

Фаол туберкулома бўлмаган ёки силнинг бошқа турларини даволаш даврида пайдо бўлган туберкуломада, туберкулинга сез-гирлик ўртача бўлади Баъзан туберкуломанинг фаоллигини аниқ-лашда Кох синамасидан ҳам фойдаланишга тўғри келади.

Туберкулома диагнозини ойдинлаштириш учун жарроҳлик усули билан даволашдан олдин ва туберкулома ичида узоқ вақтгача кавак сақланиб қолаверса, бронхоскопия қилинади. Бунда 3-4% беморларда йирик бронхлар шиллиқ қаватида силга хос ўзгаришлар топилади. Шу билан бирга туберкуломага яқин майда бронхларда доимо силга хос яллиғланиш бўлади, буни патоморфологик текшириш ўтказиб аниқлаш мумкин. Вақт ўтиши билан бронхларда продуктив ёки атрофик бронхит кўринишидаги носпецифик яллиғланиш белгилари устунлик қила бошлайди. Жарроҳлик амалиёти вақтида олинган резектатни *гистологик текширишда*, кўпинча,

туберкуломани дренажловчи субсегментар бронх деворида специфик яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқ-ланади. Туберкуломага яқин жойлашган бронхларда ҳам ўзига хос ўзгаришлар бўлади.

Одатда, туберкулома бор беморларда нафас ва қон айланиши текширилганда ўзгариш топилмайди. Аммо туберкулома атро-фидаги ўпка тўқимасидаги капиллярларда қон айланишни текширилганда, унинг бузилганини аниқлаш мумкин. Шунга қараб, дориларни самарали ёки самарасиз бўлганини ва жарроҳлик усулини қўллаш шартлигини айтиш мумкин. Ўпкада рентгенологик тасвир жиҳатидан бир-бирига ўхшаш жуда кўп шарсимон ёки думалоқ кўринишдаги касалликлар борки, ўпка туберкуломасини улардан фарқлашга тўғри келади. Агар туберкулома, силни даволаш жараёнида пайдо бўлган бўлса, уни бошқа касалликлардан ажратиш қийин бўлмайди. Ўпкада думалоқ шаклдаги фокус соясидан ташқари, силга хос ўзгаришлар бўлса, бемор балғамини текширганда сил таёқчалари топилса, туберкулин билан Манту синамаси қўйилганда мусбат, айниқса, яққол мусбат натижа олинса, касалликни туберкулома эканлиги тасдиқланади. Аммо туберкуломанинг дифференциал диагностикасида, ўпканинг бошқа ўсма касаллиги, яъни носпецифик яллиғланиш, зардоб йиғилган киста ва эхинококк, гематома, невринома, заҳм гуммаси, бронх аденомаси, артерио-веноз аневризми, марказий ва периферик ўпка ўсмалари каби касалликлардан фарқлаш анчагина қийинчилик туғдириши мумкин.

ЎПКАНИНГ КАВАКЛИ ВА ФИБРОЗ-КАВАКЛИ СИЛИ

Ўпка силининг нисбатан бир текис кечишида, яллиғланиш ва ўчоқлар тез сўрилади, лекин ўпка тўқимасидаги емирилган бўшлиқлар сақланиб, чегараланиши ва кавакка айланиши мумкин. Специфик кимёвий дорилар билан даволанганда жараённинг бундай кечиши тез-тез учрамоқда, шунинг учун кавакли сил алоҳида клиник тур сифатида ажратилган. Сил каваги, сил билан зарарланган соҳада ҳосил бўлган бўшлиқ бўлиб, атрофдаги ўпка тўқимасидан уч қаватли девор билан чегараланган.

Кавак ҳосил бўлгандан кейин силнинг дастлабки сақланган тури ўзининг одатдаги хусусиятларини ўзгартиради, янги кўринишлари юзага чиқади. Кавакли силнинг асосий хусусияти чегараланганлиги, морфологик ўзгаришларнинг қайтишга мойиллиги, яъни кавак ингичка деворли, атрофидаги ўпка тўқимасида яллиғланишсиз, ўчоқларсиз ва фиброз ўзгаришларсиз бўлишидир.

Ўпканинг кавакли ва фиброз-кавакли сили билан, асосан, катта ёшдаги кишилар касалланади. Болаларда бирламчи силда (бирламчи сил мажмуаси ва кўкрак ичи лимфа тугунлари сили) – каваклар кам ҳосил бўлади.

Ўпкаларнинг кавакли сили

Кавакли ўпка сили, атрофида жуда кам яллиғланган ёки яллиғланмаган ҳамда кам миқдорда фиброзли ўзгарган, атрофидаги ўпка тўқимасида сил

ўчоқлари жуда кам, битта-яримта клиник белгилар билан кечадиган юпқа деворли кавак мавжудлиги билан тавсифланади.

Кавакли ўпка сили асосан катта ёшдаги кишиларда учрайди. Биринчи марта аниқланган беморлар орасида кавакли ва фиброз-кавакли сил 4-6%, диспансер ҳисобида турган беморлар орасида эса, 8-10-15% ни ташкил этади.

Кўпчилик олимларнинг таъкидлашича, ўпканинг кавакли сили кўпинча, яъни 55% беморларда яллиғланган ўпка силидан, 25% да ўчоқли ва 12-15% да ўпканинг тарқоқ силидан пайдо бўлади. Жуда кам, яъни 3-8% беморларда ўпка туберкуломаси кавакли силга айланиши мумкин.

Сўнги йилларда силнинг, жумладан, ўпка силининг клиник ва патологоанатомик кечиши жараёни деярли ўзгариб кетди. Бундай ўзгаришлар касаллик патоморфози деб аталади.

Кавакли ўпка силининг *патоморфози* икки хил бўлади. Биринчиси табиий патоморфоз – бунда кавакли сил касалликнинг бошқа турлари даволанмаганда, ҳар хил ташқи ёки организмдаги ички мухитларнинг салбий таъсирида пайдо бўлади. Иккинчиси, терапевтик патоморфоз – бунда кавакли сил ўпка силининг бошқа турларини даволашда, силга қарши дорилар самараси паст бўлганда рўёбга чиқади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Кавакли ўпка силининг патоморфози қайси йўл билан келиб чиқмасин, ўпка силининг бошқа кўринишларини (яллиғланган, ўчоқли, тарқалган ва ҳоказо) клиник ва морфологик жиҳатдан хавфли кечиши натижаси ҳисобланади. Кавакли ўпка сили бир қанча сабаблар натижасида келиб чиқиши мумкин.

1. Ўпка силининг бошқа турларини нотўғри даволаш (дориларни вақт-бевақт кам миқдорда бериш, дориларни нотўғри аралаштириб бериш, фақат битта дори билан даволаш, патогенетик дориларни етарлича қўлламаслик).

2. Бемор организмидаги сил таёқчаларининг силга қарши дориларга сезгирлиги йўқолиши ёки камайиши.

3. Силга қарши дориларни кўтара олмаслик.

4. Бемор организмида дорилар фаоллигининг кўплаб йўқо-лиши (организмнинг ўзига хос хусусияти).

5. Ўпка силига дучор бўлган беморларни кеч аниқлаб, даволаш.

Юқорида айтилганлардан ташқари, ўпка кавакли силининг келиб чиқишида организмнинг сил инфекциясига чидамлилиги, асаб тизимининг ҳолати ва функционал компенсатор имко-ниятлари, ўпканинг яллиғланган қисмига бирлашган бронхнинг ҳолати, силга хос ёки носпецифик яллиғланиш мавжудлиги, чандиқланиш натижасида бронх найининг торайиб қолиши, ўпка тўқимасининг эластик тортиш кучини ошиши, сил инфекциясининг ўзига хос хусусияти, дориларга бирламчи сезгирлиги, маълум аҳамиятга эга.

Ўпкада кавакнинг пайдо бўлиши асосан казеоз массанинг сўрилиб, бронхларга ёрилиб чиқишига боғлиқ (пневмониоген кавак). Баъзан ўпка сили, кавакли бронхоэктаз бўшлиқларга сил таёқчалари кириши натижасида

пайдо бўлади (бронхоэктатик кавак), баъзан эса бронхлар деворидаги сил ярачаларидан пайдо бўлади (бронхоген кавак) (13.20-расм).

Беморда яллиғланган ўпка сили бўлса, казеоз қисмидаги микробларнинг кўпайишига қарши грануляцион тўқима ва казеоз массага лимфоцитлар ва полинуклеарлар кириб тўпланади. Улар протеолитик ферментлар ажратиб, ферментлар казеоз масса ва ўпка тўқимасига таъсир кўрсатади ҳамда йиринглаб, емирила бошлайди, йиринг бронхга чиқади, натижада бўшлиқ пайдо бўлади.

Бўшлиққа бронх орқали ҳаво киради. Бўшлиқнинг девори иккита: ички казоез некротик ва ташқи специфик грануляцион тўқи-мадан иборат бўлади. Деструктив жараённинг бу даври яллиғланган силнинг емирилиш даври ҳисобланади. Маълум вақт ўтгандан кейин, бўшлиқ (кавак) атрофида учинчи бириктирувчи тўқимадан иборат кавак (олдинига узуқ-юлуқ, сўнгра туташ ҳолда) пайдо бўлади, ана шундагина хақиқий кавак ҳосил бўлади, энди сил кавакли ҳисобланади.

13.20-расм. Ўпканинг кавакли сили.
Гистограмма

Туберкуломадан пайдо бўлган кавакли ўпка сили ўзига хос хусусиятга эга. Бунда кавак илгаридан пайдо бўлган бириктирувчи тўқимадан иборат туберкулома қобиғи ичидаги казеоз массанинг бронхга чиқиши натижасида пайдо бўлади. Ўпканинг тарқоқ сили зўрайиб бораётганида кавак қон томирларининг тромбози ва яллиғланиши натижасида ўпка тўқимасида дистрофик ўзгариш рўй бериб, кавак ҳосил бўлади. Бундай кавакнинг деворлари юпқа бўлади, шунинг учун “муҳрланган”, деб аталади. Кавак деворлари доимо ўпка тўқимасининг эластик тортиш кучи таъсирида бўлади. Шунинг учун ўпкадаги кавак ҳамиша ундаги тешикдан катта бўлади.

Ўчоқли ўпка силидан майда кавакчалар пайдо бўлиб, девори майда сил ўчоқларидан иборат бўлади. Бу алтернатив кавак деб аталади.

Яллиғланиш жараёнини кавакдан унга очиладиган бронхнинг шиллиқ қаватига ўтиб тарқалади, натижада, най қисман ёки бутунлай бекилиб

қолиши мумкин, бу ўпкадаги кавакка таъсир қилади. Кавакдаги казеоз ва некротик масса бронхлар орқали чиқиб кета олмай, кавак ичида тўплана бошлайди, натижада кавакнинг ҳажми катталашиши ва сил жараёни зўрайиб кетиши мумкин.

Ўпка силининг емирилиш давридан тортиб, то кавак ҳосил бўлгунига қадар 4-8 ой ўтиши мумкин. Кавак девори турли қаватларининг қалинлиги кавакнинг ҳосил бўлиш даврига боғлиқ. Кавакнинг дастлабки даврида, асосан, унинг ички-казеозли-некротик қавати туфайли, деворлари анча қалин бўлади.

Сил каваги чандиқланаётганида, фиброз қавати буришади, деворлари бир-бирига толалари ёрдамида яқинлашади ва секин- аста чандиқланади. Кавак грануляцияли тўқима, лимфа ва казеоз масса билан тўлиши натижасида ҳам чандиқланиши мумкин. Кавакнинг чандиқланиб битишига, унга очиладиган бронхнинг беркилиб қолиши ҳам сабаб бўлади. Бундай кавак ичидаги ҳаво сўрилиб, босим камаяди, кавакнинг ҳажми кичрая бориб, деворлари бир-бирига туташади ва чандиқ қолади.

Агар кавак деворининг фиброз қавати қалинроқ бўлса, кавакнинг буришишига ҳалақит қилади, бундай ҳолда кавак ичига казеоз масса тўлиб қолиб, сохта туберкулома ҳосил бўлади. Кавакка очилган бронх яхши ишлаб турса, казеоз ва некротик масса у орқали чиқиб кетади, бинобарин, кавак ичи тозаланиб, эпителий тўқималари билан қопланади, бу очиқ манфий синдром деб аталади.

Кавакли ўпка силини, силнинг алоҳида клиник тури сифатида сил таснифига қўшишни 1943 йилда А.И.Струков тавсия қилган бўлсада, бироқ у 1964 йилдагина Собиқ ССРИ фтизиатрларнинг VII анжуманида қабул қилинди. Ўпка силига мубтало бўлган беморда кавакли сил пайдо бўлиши беморга жисман ва руҳан азоб беради, шунинг учун баъзи олимлар кавакли ўпка силининг пайдо бўлишини касалликнинг иккинчи даври бошланиши деб ҳисоб-лайдилар. Зеро, ўпкада кавак ҳосил бўлиши сил асоратларига сабаб бўлиши мумкин. Масалан, сил инфекциясининг бронхлар орқали ўпканинг бошқа қисмларига тарқалиши учун шароит туғилади. Ўпкадаги кавак организмни заҳарлабгина қолмай, балки носпе-цифик заҳарлаш манбаъи бўла олади. Бемор сил инфекциясини атроф-муҳитга доим ажратиб турадиган манбаъга айланади ва бу билан эпидемиологик вазиятни оғирлаштиради.

Кавак, кўпинча думалоқ бўлади, лекин бошқача бўлиши ҳам мумкин. Шунингдек кавак ҳар хил катталикда бўлади. Кавак диаметри 2 см гача бўлса, кичик ёки майда, 2-4 см бўлса катта ҳисобланади. Баъзан жуда катта (8-10) см каваклар ҳам учрайди. Кавакнинг катталиги ўпка сили турига боғлиқ бўлади.

Кавакли ўпка силининг ***клиник кечиши*** ва белгилари ҳар хил. Кавакли ўпка сили силнинг бошқа турларини даволаш даврида пайдо бўлса, клиник белгилар кам, ҳатто бўлмаслиги мумкин.

Беморнинг ташқи кўриниши, кўпинча, деярли ўзгармайди. Силдан заҳарланиш белгилари ўртача бўлади. Беморлар аксари сал тинкаси қуриши, чарчаб қолаётгани, иш қобилияти ва иштаҳасининг пасайгани, кечалари терлаши, кечқурунлари бир оз иситма чиқиши, битта-яримта йўталиш ва озроқ балғам ташлашдан шикоят қиладилар. +он туфлаш мумкин. Кўкракнинг бирор жойи оғриши мумкин.

Бронхларнинг дренаж фаолияти бузилиб, кавак ичида казеозли некротик масса тўпланиб қолганда, силдан заҳарланиш белгилари яққол юзага чиқади. Бунда йўтал кучаяди, кўк йўталга ўхшаб, хуруж билан кечади.

Физик усуллар билан текшириш натижалари ўпкадаги кавакнинг жойлашишига, катта-кичиклилигига, ривожланиш даврига боғлиқ бўлади, бронхофония ўзгармайди ёки сал кучайиши ёки пасайиши мумкин. Перкуссияда бир оз бўғиқ, баъзан эса тимпаник товуш эшитилади. Аускултацияда нафаснинг сустлиги, бронхиал, баъзан эса амфорик товуш ва 50% беморларда майда ва ўртача нам ҳириллашлар эшитилади. Катта кавак устида сичқон чийиллашига ўхшаш товуш эшитилади.

Бемор *қонини* текширилганда, кўпинча, ўзгаришлар топил-майди, асосан ЭЧТ 20-30 мм/с гача ошиши мумкин. +он зардобидаги албумин оқсили камайганини ва α- ва β- глобулинлар кўпайганини аниқлаш мумкин.

Бемор *балғамидан* сил таёқчалари ва алвеоляр эластик толалар топилади. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, кейинги вақтларда кавакли ўпка сили бор беморлар сил таёқчаларини кам ажрат-моқда, шунинг учун олинган балғамни қайта-қайта текшириш зарур.

Беморларни *рентгенда* текширганда кўпинча ўпканинг юқори қисмида деворлари нисбатан юпқа, думалоқ ёки овал шаклдаги халқасимон соя аниқланади. Пастки қисмида озроқ суюқлик борлиги – юза кўринишида *Прозоров белгисини* аниқлаш мумкин. Ҳалқасимон соя атрофидаги ўпка тўқимаси, кўпинча, ўзгармайди, янги сил ўчоқлари камроқ бўлиши мумкин. Кавакдан ўпка илдизи томон яллиғланган “йўлча” аниқланади, бу кавакка очилган бронхнинг яллиғланганидан далолат беради. Халқа деворининг қалинлиги 2-3 мм. Халқанинг ички контури, кўпинча, анча текис, ташқариси нотекис бўлиб, секин-аста ўпка тўқимасига айланиб кетади (13.21-расм).

Кавакли ўпка сил бор беморларда туберкулинга сезгирлик ўртача бўлади.

Беморларни *бронхоскопия* қилганда, бронхларда специфик ўзгаришларни кўриш мумкин бўлади.

Профессор А.Г.Хоменко кавакли ўпка силида, албатта бронхоскопия ўтказишни тавсия этади ва бемор бронхларида яллиғланиш аниқланса, кимётерапияни ингаляция билан қўллашни тавсия этади.

Беморларнинг ташқи нафас ва қон томир ҳамда юрак тизими, кўпинча, ўзгармайди. Аммо кавак жойлашган ўпка тўқимасида қон айланиши ва ҳаво алмашиниши бузилганини регионар реографияда аниқлаш мумкин.

13.21-расм. Чап ўпканинг кавакли сили. Тўғри кўринишдаги ўпка расми ва компютер томограммаси

Касаллик тарихини тўла ўрганиб, беморни тўла-тўкис текшириш яхши натижа беради. Бироқ силдан ташқари, бошқа касалликлар ҳам борки, ўпкада кавак пайдо қилиш ёки рентгенограммада халқасимон соя кўриниши билан кечади.

Кавакли ўпка силига тўғри даво қилинса, тез орада атрофдаги яллиғланиш ва кавак ичидаги некротик ўзгаришлар сўрилиб, кавак бита бошлайди, бу, каваккa борувчи бронх ҳолатига, кавак деворининг эластиклигига, деворининг атрофидаги лимфа ва қон айланишига боғлиқ бўлади ва ҳоказо.

Тахминан 30% беморларда кавак чандиқланиб битади. Кавак ичидаги казеоз-некротик масса қисман сўрилиб, қисман бронхлар орқали чиқиб кетади. Силга хос грануляция носпецифик тўқима билан алмашинади. Кавак концентрик кичрайиб, чандиқланади. Чандиқни индурация майдони дейилади ва фиброз тўқималар ҳамда майда қотган сил ўчоқларидан иборат бўлади. Рентгено-грамма ва томограммада индурацион майдон диффуз чегараланган соя сифатида кўринади.

Кўпинча, яъни 50% беморларда кавак битиб, ўрнида сил ўчоғи пайдо бўлади. Лекин кавак ичидаги казеоз некротик масса бутунлай чиқиб кетмайди, у олдин қуюлади, кейин қаттиқлаша бошлайди.

Тахминан 25% беморларда кавак казеоз-некротик массадан тозаланади, бироқ кавак қолади, деворининг ички юзаси эпителий ҳужайралари билан қопланиб, кистага ўхшаш бўшлиқдан иборат бўлади. Бу очиқ-манфий синдром дейилади.

Кавакли ўпка силининг тўртинчи турида сохта туберкулома пайдо бўлиб битади. Бу ҳодиса, асосан каваккa очиладиган бронхнинг, бирор сабабга кўра, битиб қолиши натижасида рўй беради.

Самарасиз даволаниш натижасида 20% беморларда кавакли сил фиброз-кавакли силга айланиши мумкин.

Антибактериал дорилар билан даволанганда 5-6 ой ичида кавак битмаса, жарроҳлик муолажаси тавсия этилади. Жарроҳ-ликда ўпканинг жароҳатланган қисмини ёки бўлагини кесиб ташланади. Ҳозирги вақтда жарроҳлик усули ёрдамида 85-95% беморлар силдан фориғ бўлмоқдалар.

Ўпкаларнинг фиброз-кавакли сили

Кавак муҳим инфекция манбаи бўлиб, сил жараёнининг авж олиб, ўпканинг фиброз-кавакли силга айланишига олиб боради. Фиброз-кавакли силнинг ривожланишини, вақтида, босқичма-босқич тўлиқ комплекс даволаш йўли билан тўхтатиш мумкин. Фиброз-кавакли сил, деворида фиброз қавати анча ривожланган, битта ёки бир нечта кавак атрофида ўпка тўқималарида яққол фиброз ва полиморф ўчоқлар бўладиган жараёндир.

Сурункали тўлқинсимон, одатда тобора ривожланиб кечиш, фиброз-кавакли силга хосдир. Бунда, ўпка тўқимасининг дағал фиброз билан ўзига хос оғир шикастланиши натижасида даволаш унча самара бермайди.

Асосан беморлар ўлимига фиброз-кавакли сил сабаб бўлиши мумкин.

Фиброз-кавакли силга дағал фиброз ўзгаришлар, фиброз-кавак атрофида тўқималарда ўчоқлар ҳосил қилиб, сурункали кечиши хос. Бунга сил касаллигини кеч аниқлаш, дард энди бошланаётганда нотўғри даволаш, қўшимча касалликлар туфайли, деструктив жараённинг оғирлашиб кетиши сабаб бўлади. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, тўла-тўкис даво қилинмаганда, фиброз-кавакли сил емирилаётган ўчоқдан ҳам ривожланиши мумкин.

Фиброз-кавакли ўпка силида ўпканинг ҳажми кичиклашади, тўқима зичлашади, плевра қалинлашиб, 1-1,5 см. бўлиши мумкин.

Фиброз-кавакли ўпка силининг *патоморфологик* манзараси учун, бир ёки иккала ўпкада, фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси замирида бир ёки бир нечта кавак бўлиши хос. Кавак деворида ташқи фиброз қават, ўрта-специфик грануляр қават, нотекис ички казеоз некротик-қават фарқланади. Кавакнинг ички юзасида устунча аниқланиши мумкин. Уларни бўшлиқ орқали ўтадиган облитерацияланган томирлар ҳосил қилади. СМБнинг балғам орқали тарқалиши натижасида кавак атрофида бронхоген, ацинар ва лобуляр ўчоқлар ривожланади. Бронхларнинг дренаж вазифа-сини бузадиган ўзига хос эндобронхит ривожланади (13.22-расм).

13.22-расм. Ўпканинг фиброз-кавакли сили

Жараён зўрайганда кавак атрофида полиморф яллиғланиш сифатидаги перифокал яллиғланган соя пайдо бўлади. Бунда нотўлиқ шаклланган деворли ва атрофида яққол яллиғланган янги бўшлиқлар ҳосил бўлиши мумкин. Бронхоген тарқалиш соҳаси кенгаяди, жараёнинг тузалишида, яъни ремиссияда ўпкадаги томирлар ва бронхлар атрофидаги, плеврадаги фиброз ўзгаришлар устун бўлади. Ўпкада фиброз билан эмфизема соҳалари ҳосил бўлади.

Бронхлар дренаж функциясининг бузилиши, бронхоэктатик бўшлиқлар ҳосил бўлиши учун жуда қулай муҳит ҳисобланади. Фиброз сабабли, томирлар облитерацияланади ва зарарланади. Ўпка томир ҳавзасининг кичиклашиши кичик қон айланиш доирасида босим ошишига олиб келади. Бу клиник манзара ҳансирашга сабаб бўлади. Фиброз-кавакли ўпка силида алма-шинув жараёнининг чуқур бузилиши ва витамин танқислиги кузатиладиган умумий касалликдир. Ўпкадаги аслига келмайдиган морфологик ўзгаришлар сабабли, пайдо бўлган нафас ва қон айланиши бузилиши; силдан заҳарланиш туфайли, буйрак усти бези пўстлоқ қавати фаолияти, ошқозон, жигар ва секретор фаолиятининг бузилиши билан кечади. Организмдаги алмашинув жараёнининг бузилиши бошқа аъзоларда морфологик ўзгаришларга олиб боради, бинобарин, ички аъзолар амилоидози учун шароит яратади.

Фиброз-кавакли ўпка силининг кечишида, ўпкадаги ҳамма ўзгаришлар ўзига хос. Фиброз-кавакли силнинг учта асосий клиник тури тафовут қилинади.

1. Нисбатан барқарор, чегаралланган фиброз-кавакли ўпка сили.
2. Ривожланиб борадиган фиброз-кавакли ўпка сили.
3. Асоратланган фиброз-кавакли ўпка сили.

Нисбатан барқарор чегаралланган фиброз-кавакли ўпка сили ўпкадаги кавак бир оз чегаралланган фиброз ўзгаришлар устунлик қиладиган жараённинг маҳсулидир. Бу жараён, кўпинча, диспансер кузатувида вақтида кимётерапия олган беморларда кузатилади. Унга узоқ вақт барқарор ремиссия даврлари ва осонлик билан сўндириладиган авж олиш даврлари хос. Ремиссия давомида беморлар нисбатан соғлом кўринади ва шикоятлари деярли бўлмайди. Жараён зўрайганда заҳарланиш белгилари ривожланади. Бора-бора бемор доим йўталиб турадиган бўлиб қолади, балғам ташлайди. Касаллик зўрайганда бир қатор интоксикация аломатлари пайдо бўлиши мумкин. Яъни беморнинг териси рангпар бўлади, озади, кўкрак қафасида оғриқ пайдо бўлади. Перкутор товуш зарарланган соҳа устида бўғиқ эшитилади. Аускултацияда нафаснинг сустлиги билинади.

Ремиссия даврида бемор йўталиб, озроқ балғам ажратади, кўкрак қафаси нуқсони сақланади. Бора-бора бу аломатлар кучаяди, тана ҳарорати 38°С гача кўтарилади. Беморни кўрганда анча озиб кетгани, юзида ажинлар

кўплиги, кўзи хиралашгани, терисининг қуруқлашгани, мушаклари гипотрофияси, ўмров суяги устки ва пастки чуқурчалари яққол билиниши, қовурға орали-ғининг тортилгани ва торайгани, кўкрак қафасининг яссилангани, нафас олишда касал томоннинг орқада қолаётганини кўриш мумкин. Яъни беморда Habitus phtizicus деб аталадиган ташқи кўриниш юзага келади. Фиброз-кавакли ўпка сили жойлашган ўпка тўқимаси устида, товушнинг титроқлиги ва бронхофониянинг кучайгани аниқланади. Плевра қатламлари қалинлашади ва фиброз тўқималар қисмида перкуссияда перкутор товуш бўғиқ бўлади, катта каваклар устида эса тимпаник товуш, кўкрак қафасининг пастки қисмида қутисимон товуш эшитилади. Аускултацияда ўпканинг фиброз тўқималар ва плевра қаватлари қалинлашган қисми устида суст нафас, яллиғланган қисми устида везико-бронхиал нафас эшитилади. Ўпка-юрак етишмовчилиги ривож-ланиши мумкин. Ҳансираш, тобора кучайиб борувчи тахикардия, кейинчалик аритмия, қўл ва оёқлар шишиши мумкин, акроцианоз аниқланади. Ўпкада перкутор товуш қисқарган ёки мозаик, гигант аускултацияда каваклар устида қутисимон эшитилади. Аускул-тацияда турли қуруқ ва нам хириллашлар, амфорик нафас эшитилади. Юрак чегаралари зарарланган томонга силжийди, ўпка артерияси устида иккинчи тон акценти эшитилади, юрак тонлари бўғиқ бўлади.

Ички аъзолар амилоидози ривожланганда ва бунга буйрак ҳам қўшилса, буйрак етишмовчилиги, уремия ривожланади. Кейинги йилларда фиброз-кавакли ўпка сили билан оғриган беморлар умрининг узайиши туфайли буйрак амилоидози тез-тез учрамоқда. Беморлар буйрак касаллигига хос равишда: рангпар, юзлари шишган (кўпчиган) бўлади.

Ўпкада деструкция авж олганда бемор қон туфлайди ва қон кетади. Кўпинча тез-тез қон кетиши бемор аҳволини оғирлаштиради, дардга анемия қўшилади. Бунда шиллиқ қаватлар, тил қуриши, стоматитлар, терига тошмалар тошиши, гемор-рагиялар, ич кетиши, кандидоз ривожланиши мумкин. Фиброз-кавакли ўпка силининг зўрайиб, асоратли кечиши ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

Фиброз-кавакли ўпка силини аниқлаш жуда осон. Масалан, дард сурункали, тўлқинсимон кечади, заҳарланиш кучайиб бориб, ўпкада шунга хос аломатлари бўлади, кўкрак қафаси шаклининг бузилиши, суст нафас замирида турли калибрдаги жарангсиз нам ва қуруқ хириллашлар эшитилади, нафас амфорик бўлади, “кавак чийиллаши”, “арава ғижирлаши” фиброз-кавакли ўпка силига шубҳа уйғотади. Балғамда СМБ топилиши, ўзига хос рентгенологик манзара буни осонгина тасдиқлайди.

Рентгенограммада бир ёки иккала ўпкада ҳалқасимон соялар кўринади, шакли нотўғри, деворлари қалин, интенсив, контурлари ремиссия даврида аниқ ва авжланишда аксинча кўринади. Чегарасидаги ўпка тўқимасида дағал фиброз, тутамлар, пери-васкуляр ва перибронхиал фиброз, полиморф ўчоқлар, кўкс оралиғи аъзолари зарарланган томонга силжиган, ўпка ҳажми кичрайган, илдизлари нуқсонли ва юқорига тортилиши,

дифрагма соясининг нуқсонли ва тортилиши фиброз-кавакли ўпка силининг диагнозини тўла тасдиқлайди (13.23-расм).

13.23-расм. Ўнг ўпканинг фиброз-кавакли сили

Жараён спонтан пневмоторакс билан асорталанганда, кўкрак қафасининг, кўпинча, пастки ён бўлимларида ёриқланиш пайдо бўлади, плевра эмпиемасида бўлса, суюқлик сатҳи аниқланади. Кавак атрофида кенг перифокал яллиғланиш вужудга келади, ўрта ногомоген соя кўринади, кавакларнинг четлари ноаниқ, қуюқ, бироқ сурункали белгилари фиброз-кавакли ўпка силини тасдиқлайди. Балғамда СМБ топилмаса, бронхоскопия специфик эндобронхит белгиларини тасдиқлайди. Бу силнинг турини сурункали абсцесс, бронхоэктатик касаллик, пневмомикозлардан фарқлаш лозим.

Фиброз-кавакли ўпка силининг оқибати, даволаш тадбир-ларига боғлиқ. Кавакнинг 8% беморларда, 9-12 ой дорилар билан даволашдан сўнг чандиқланади, бу энг яхши натижа ҳисобланади. Барқарор ремиссиялар ва мувафақиятли жарроҳлик лоб- ва пулмонэктомиялардан кейинги ҳолат ҳам яхши натижа ҳисобланади. Жараён цирротик силга ўтиши мумкин.

ЎПКАНИНГ ЦИРРОТИК СИЛИ

Цирротик сил узоқ вақт давом этувчи сил жараёнининг интиҳоси сифатида шаклланади. Цирротик сил – иккиламчи силнинг клиник тури бўлиб, ўпкада яққол фиброз ўзгаришлар ривожланиши, тирқишсимон қолдиқ каваклар ва қобиқланган ўчоқлар сақланиб туриши ҳамда сурункали тўлқинсимон кечиш билан таърифланади. Кўкрак ичи лимфа тугунларида, кўпинча, калцинатлар бўлади. Цирротик сил, силнинг фиброз-кавакли, парчаланиши ҳажми катта яллиғланган ва сурункали тарқоқ турларининг салбий оқибатидир. Баъзан у сил билан боғлиқ ателектазлар натижасида вужудга келади. Чўзилиб кетган, яхши даволанмаган экссудатив плевритлар,

спонтан пневмотораксларга, пневмоплевритлар ва плевроген цирротик силга сабаб бўлади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Касалликнинг бу турида сил яллиғланишининг ўзига хос намоён бўлишидан кўра, ўпка ва плеврадаги фиброз ўзгаришлар устун бўлади. Специфик ўзгаришларга оид қобиқланган сил ўчоқлари, баъзан қолдиқ тирқишсимон каваклар бўлади. Кўкрак қафаси лимфа тугунлари таркибида, кўпинча, калцинатлар бўлади. Цирротик силга фиброз ўзгаришларнинг аста-секин зўрайиб, тарқалиб бориши ва ўпка-юрак етишмовчилиги авж олиши хос. Баъзи ҳолларда специфик жараён ўқтин-ўқтин қайталаши мумкин, кўпинча сил жараёнига носпецифик яллиғланиш ҳам қўшилиб кетади. Нафас аъзолари сили биринчи марта аниқланган бемор-ларда цирротик сил кам аниқланади. Ёш улғайгани сари специфик грануляция ва эластик толаларнинг фиброзга транс-формацияланиши ортиб боради. Шунинг учун цирротик сил катта ёшли беморларда касаллик бошлангандан кейин, кўп йиллар ўтгач пайдо бўлади. Болаларда цирротик сил, ателектаз билан асоратланган бирламчи силнинг вақтида аниқланмаслигидан ривожланади. Силдан ўлимнинг 3% цирротик силга тегишли. Ўлимга асосан: ўпка-юрак етишмовчилиги, ўпкадан қон кетиши, ички аъзолар амилоидози сабаб бўлади.

Ўпкада фиброз тўқиманинг ўта ривожланиб кетиши сабаби тўлиқ аниқланмаган. Бу қуйидагиларга боғлиқ бўлиши мумкин:

1. Стрептомицин, канамицин препаратларини тўғри қўлламаслик
2. Фибробластлар фаоллиги ошишига боғлиқ коллаген ишлаб чиқишининг кучайиши.
3. Алвеолалардаги экссудат.
4. Алвеолаларнинг бужмайиши.
5. Бронхлар дренаж фаолиятининг, қон ва лимфа айланишининг бузилиши, ўпка тўқимасининг гипоксияси ва трофикасининг бузилиши.
6. Коллагеногенезнинг иммунбиологик бошқарилувининг бузилиши.

Сил яллиғланиши замирида фиброз ўзгаришлар механизми турлича, бу кўпинча қуйидагича бўлиши мумкин:

1. Сил грануляцион тўқимасининг фиброзга айланиши.
2. Майда казеоз ўчоқлар.
3. Яллиғланиш соҳасида ўткир карнификация.
4. Перибронхиал склероз ривожланиши.
5. Лимфа ва қон томирлар бўйлаб интерстициал тўқима тузилишининг бузилиши.
6. Ўпкадаги ателектаз соҳаларининг склерози.
7. Антиателектатик омил, сурфактант тизимидаги бузи-лишлар.

Цирротик сил бир ёки икки томонлама, ёйилган, чегараланган ёки диффуз бўлиши мумкин. Цирротик силда ўпка ҳажми кичраяди ва қалин, баъзан 1-1,5 см, атрофини ушлаб турувчи зич плевра билан қопланади.

Цирротик силнинг *патоморфологик* манзараси учун, ўпка тўқимасида ёйилган, зич фиброз тўқима ривожланиши, турли ҳажмдаги брохоэктатик бўшлиқлар, фаол сил ва носпецифик яллиғланиш туфайли шакли бузилган ва қисман склерозга учраган бронхлар, артериовеноз анастомозлар, қон томирлар облите-рацияси хос. Фиброз соҳалар оралиғида, ривожланишдан тўхтаган каваклар, буллёз эмфизема соҳалари, турли фаолликдаги қобиқланган сил ўчоқлари учрайди. Ўпка томир ўзанининг редукцияси ўпка-юрак етишмовчилигига олиб келади. Бу ўпкадаги аслига келмайдиган ўзгаришлар билан ўпка-юрак етишмов-чилигининг асоси бўлиб хизмат қилади.

Клиникаси. Ўпкадаги ўзгаришлар катта-кичиклиги ва табиати цирротик силнинг клиник кечиши турини белгилайди. Беш хил клиник кечиш тафовут қилинади:

1. Аломатлари кам чегараланган цирротик сил.
2. Тез-тез зўрайиб турадиган тарқоқ ёки чегараланган цирротик сил.
3. Такрор қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши билан кечадиган бронхоэктатик цирротик сил
4. Ўпка ва ўпка-юрак етишмовчилиги билан кечадиган цирротик сил.
5. “Парчаланган ўпка” сил ривожланиши билан кечадиган цирротик сил.

Сегментлар ва бўлакли жараёнлар аломатлари кам чегарланган цирротик силга, узоқ ремиссиялар ва камдан-кам учрайдиган зўрайиш хос. Ремиссия даврида касаллик аломатлари бўлмайди. Авж олган даврда бемор йўталиши, озгина балғам ташлаши, ҳарорат сал кўтарилиши, қон туфлаши мумкин. Цирротик силда зарарланган соҳа устида ўпка товуши қисқа, аускултацияда дағал ёки бронхиал нафас, майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Балғамда СМБ топилиши мумкин. Туберкулинга сезгирлик мусбат. Гемограммада ўзгаришлар кам.

Тез-тез зўрайиб турадиган цирротик сил учун, қисқа вақтли ремиссиялар, даволаш қийин бўлган зўрайишлар хос. Сил ёки носпецифик инфекциянинг фаоллашишига боғлиқ, зўрайишнинг ўзига хос клиник томонлари мавжуд.

Кўпинча, ҳам специфик, ҳам носпецифик флоранинг фаол-лашувига боғлиқ қўшимча зўрайиш кузатилади. Бунда клиник кучайиб борувчи нафас етишмовчилиги, ҳароратнинг 38 ^{o}C гача ва ундан баланд бўлиши, кўп терлаш, ҳолсизлик, йўталиб, балғам ташлаш кузатилади. Ўпканинг зарарланган томони нафасда орқада қолади, жараён устида перкутор товуш қисқа, аускултацияда суст ёки бронхиал нафас замирида кўплаб қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Ҳароратнинг баланд-пастлиги, балғам миқдори ва табиати, хириллашлар табиати ва миқдори специфик ёки носпецифик яллиғланишларга боғлиқ. Бронх-ўпка дренажи бузилгани учун балғамда доим СМБ топилмайди. Диагнозни аниқлаш ва таққослаш мақсадида, кўпинча, бронхоскопия зарур бўлади, у бронхлар санацияси учун ҳам

аҳамиятли. Бронхлардаги ўзгаришлар табиати, шиллиқ қават биопсияси, бронхлар ювиндиси ва суртмаларни СМБга текшириш касаллик диагностикасида, яъни дардни аниқлашда ёрдам беради. Туберкулинга сезгирлик ва қондаги ўзгаришлар унча диагностик аҳамиятга эга эмас.

Вақти-вақтида қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши билан кечадиган бронхоэктатик цирротик сил, юқоридаги сил босқичига хос бир қатор хусусиятларга эга:

1. Носпецифик инфекцияга боғлиқ зотилжамни эслатувчи такрорий зўрайишлар.

2. Такрор қон туфлаш ҳамда қон кетиши ва аспирацион асоратлар.

3. Ривожланиб бораётган сил яллиғланиши клиникасининг манифестацияси.

Ўпкадан қон кетиши ҳам, жараённинг зўрайишига олиб бориб, бемор ҳаётига хавф туғдиради. Ўпка-юрак ва нафас етишмовчилиги билан кечадиган цирротик сил, бир томонлама ёйилган циррозлар оқибати ҳисобланади. Тобора қаттиқ хансираш касалликнинг асосий аломати. Объектив цианоз, тахикардия, юрак тонлари бўғиқлиги, шунингдек ханжарсимон ўсимта ёнида систолик шовқин аниқланади (кўпинча бемор ётганда). Баъзан шишлар аниқланади, жигар катталашади, кейинчалик қоринда асцит пайдо бўлади, бироқ кўпинча ўпка етишмовчилиги устун бўлади.

Сил ривожланиб бораётган “парчаланган ўпка” бир ўпканинг бутунлай зарарланиши ва иккинчи ўпкада диссеминация билан таърифланади. Клиник жиҳатдан касалликнинг узлуксиз жадал-лашиши, интоксикация симптомларининг кучайиб бориши, ханси-рашнинг зўрайиб бориши кузатилади. Йўтал, балғам ташлаш доимо сақланади, вақти-вақти билан зўраяди, қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши мумкин. Объектив текширилганда кўкрак қафасининг яққол ассиметрияси, кўкс оралиғи аъзоларининг касал томонга силжиши, бронхиал ёки суст нафас, вақти-вақти билан зўрайиб борадиган кўплаб қуруқ ва нам хириллашлар аниқланади. Беморлар, одатда, ўпка-юрак етишмовчилиги ёки ички аъзолар амилоидозидан нобуд бўладилар.

Ренгенологик текширувда ҳар хил ўзгаришлар топилади. Ўзгаришлар, кўпинча, ўпканинг юқори ва ўрта қисмида бўлади. Ўпкада силга хос ўзгаришлар кечаётганини билдирадиган белгиларга аҳамият бериш керак. Бунга жадал кечиш, ўпка илдизидаги ҳосилалар (калцинат), ўпкадаги фиброз ўзгаришлар билан бирга ўчоқли соялар ва тешиксимон, узуксимон соялар кириб, ренгенологик манзара силнинг бошланғич турига боғлиқ бўлади.

Яллиғланган ёки чегараланган фиброз-кавакли сил инво-люцияси натижасида ривожланган бир томонлама цирротик силда, ренгонограммада аниқ чегараланмаган ўрта, айрим жойларда қуюқ соялар кўринади. +уюқ соялар қаттиқ, қисман оҳакланган сил ўчоқлари ёки майда фокуслардан дарак беради. Бундай соялар зарарланган ва кичрайган ўпка соҳасига, сегментига, бўлакка мос келади.

Ўпканинг ҳамма қисми шикастланса, сояланиш ҳам, ҳамма ўпка майдонига тарқалади, ўпка ҳажми ҳам кичраяди. Сояланган соҳаларда юмалоқ, овал шаклдаги ёруғланиш майдонлари бронхо-эктазлар топилади. Айрим ҳолларда ёруғланишлар нотўғри шаклда қолдиқ кавакларга мос бўлади. Айниқса томограммада аниқ кўринади. Ўпка илдизи, трахея, йирик томирлар ва юрак соялари зарарланган томонга сурилади, плевра қалинлашади. Сояланишда эркин ўпканинг ҳаволи қисми эмфизематоз шишади. Эмфизе-манинг рентгенологик белгиларини иккинчи ўпкада ҳам аниқлаш мумкин. Бирламчи силнинг асоратланиши натижасида ривожланган ўрта бўлакнинг цирротик сили рентгенда «ўрта бўлак синдроми» манзарасини беради. Ўнг ўпкада бужмайган ўрта бўлак ҳажмига мос ўзида ўчоқ (қаттиқлашган ва оҳакланган ўчоқлар) тутувчи соя аниқланади. Чап ўпкада шунга ўхшаш манзара 5-6 сегментнинг цирротик зарарланиши натижасида пайдо бўлади.

Кўкрак қафаси лимфа тугунларида йирик калцинатлар аниқ кўринади. Диссеминациялашган сил натижасида ривожланган ЦС учун патологик жараённинг иккала ўпканинг юқори ва ўрта бўлакларида жойлашиши хос. Рентгенограммада бу бўлаклар ҳажмлари кичрайган, хира кўринишда бўлади. Интерстициал фибрознинг узун ва юмалоқ соялари замирида чегараси аниқ, юқори қуюқ ўчоқли соялар кўринади. Висцерал плевра, айниқса унинг юқори қисмлари қалинлашган. Ўпканинг пастда жойлашган қисмлари эмфизематозланган. Фиброз қаттиқлашган илдизи юқорига симметрик кўтарилган, юрак шакли томчига ўхшаш бўлади. Плевропневмоциррозда зарарланган ўпканинг кичрайиши билан бирга дағал, кўзга аниқ ташланадиган плеврал ҳосилалар, кўкс оралиғи аъзоларининг зарарланган томонга силжиши, сақ-ланган ўпка тўқимаси ўтказувчанлигининг ошиши ҳам кузатилади (13.24, 13.25-расм).

13.24-расм. Ўнг ўпканинг цирротик сили

13.25-расм. КТ. Чап томонлама цирротик сил

Цирротик силнинг бу тури туберкулинга сезгирлик сустлиги, доимий ва кўп миқдорда бактерия ажратиш, рўйи рост лейкоцитоз, лейкоформуланинг кескин чапга силжиши, ЭЧТ барқарор ошиши билан ифодаланади.

Цирротик сил бошқа турларининг оқибатини даволашда бутунлай сўнган ҳолатга ўтиши мумкин, аммо ўз вақтида жарроҳлик усули қўлланилмаса, кўпинча бемор нобуд бўлади.

Шундай қилиб, ўпкадаги тарқоқ, аслига келмайдиган ўзгаришлар билан кечадиган деструктив сил турлари кўпинча бемор ҳаёти учун хавфли бўлади ва консерватив терапия унча кор қилмайди. Шу сабабли, унинг олдини олиш учун ҳаракат қилиш зарур, бу ўпка силини ўз вақтида аниқлаш ва зарурий даволаш демакдир.

КАЗЕОЗЛИ ЗОТИЛЖАМ

Казеозли зотилжам ўпка силининг клиник турлари орасида шиддат билан оғир кечиши, диагностикаси ҳамда даволашнинг мураккаблиги жиҳатидан ажралиб туради.

Казеозли зотилжам - ўпка силининг мустақил клиник тури бўлиб, ўпкада тез ривожланадиган казеоз некротик ўзгариш-ларнинг тез тарқалиши, ўпканинг катта қисмини эгаллаши, микобактерияларнинг зўр бериб кўпайиши, асосан антибактериал препаратлар (АБП) га турғун турларининг учраши, қўшимча микрофлоранинг кўпайиши, макроорганизмнинг иммун танқис-лигида кечадиган, қаттиқ интоксикация белгилари ҳамда даволашнинг қийин кечиши билан таърифланади.

Казеозли зотилжам мустақил тур сифатида бирламчи ёки сил турларининг ўткир авж олиши оқибатида ривожланиши мумкин. Силнинг чегараланган турлари; ўчоқли, яллиғланган, туберкулома, кавакли, кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, бирламчи сил комплексининг жуда зўрайиб боришидан ривожланган казеозли зотилжамга силнинг мустақил тури сифатида қаралади. Казеозли зотилжам асорат сифатида тарқалган ўпка силининг терминал босқичида ривожланиши мумкин.

Патогенези ва патоморфологияси. Ўпкадаги катта казеоз некротик ўзгаришлар замирида кучли иммунтанқислик, яъни иммункомпетент ҳужайралар, асосан, мононуклеар ва фагоцитар тизим ҳужайраларида чуқур структурали ва метаболик ўзгаришлар учрайди, бундай ҳужайралар микобактериянинг токсинлари таъсирида тез емирилади. Патогенезидаги морфологик реакциялар ҳозирги кунгача тўлиқ ўрганилмаган.

В.В. Ерохин ва бошқа муаллифлар патологанатомик текширишларда казеозли зотилжам 3 хил кечиши аниқлашган:

1. Казеозли зотилжам (мустақил тури) - асосан 25-30 ёшгача бўлган даврда экзоген суперинфекция оқибатида пайдо бўлиши мумкин.

2. Казеозли зотилжам (мустақил тури) **-** эндоген реактивация, яъни зимдан кечадиган сил ўчоқларининг реакти-вацияси оқибатида, асосан 30 ёшдан кейин келиб чиқиши мумкин.

3. Казеозли зотилжам - ўпка сили бошқа турларининг зўрайиб боришидан келиб чиқиши мумкин.

Яқинда пайдо бўлган казеозли зотилжам ўчоқлари текширилганда, томир ичида қоннинг ивиб қолиши, капиллярларда эритроцитларнинг бир-бирига ёпишиб қолиши, майда томирларда микротромблар, ўткир ишемик ўчоқлар аниқланади. Казеозли зотилжам майдони аста-секин катталашиб боради, бу томир шохчаларининг зарарланаётганидан далолат беради. Томирлар зарарланган соҳада бирин-кетин ўчоқлар пайдо бўлиб, бир-бирига қўшилиб, катталашиб кетади (13.26-расм).

13.26-расм. Казеозли зотилжамда ўпканинг гистотопографик кесими (бир-бирига қўшилиб кетаётган пневмоник ўчоқлар ва ўпка тўқимасининг емирилган соҳалари)

Казеозли зотилжам морфологик жиҳатдан бошқа ўпка силининг деструктив турларидан ўзига хос фарқ қилади.

Биринчи фарқи шундаки, казеозли зотилжамда зарарланиш соҳаси казефикация, яъни тўқима жуда тез - 1-2 ҳафта ичида емирилиши мумкин. Бу ҳолат, баъзан, жуда тез ривожланиб 3-4 ҳафта ичида беморнинг ўлимига олиб келади. Томирларда қон ивишининг кучайиши нафақат силнинг гиперкоагуляцион синдроми билан оғир кечишига, балки организмда аутоаллергик, аутоиммун бузилишларга, томирлар базал мембранасига анти-телолар ёпишишига, томир девори структураси, қон реологияси, томир девори ўтказувчанлигининг бузилишига олиб келади, эритроцитлар диапедези ва периваскуляр шиш пайдо бўлади, бу ўз навбатида янги инфаркт ўчоқлари ва казефикацияга сабаб бўлади. Инфарктга учраган соҳа 1-3 соатдан кейин нейтрофиллар билан яллиғлана бошлайди, нейтрофил реакция

аста-секин кенгайиб, зарарланган тўқима юмшай бошлайди, унга ҳар хил носпецифик микрофлора қўшилиши мумкин.

Иккинчи хусусияти - казеозли зотилжам бор беморда иммунтанқислик юзага келади, макроорганизм адекват ҳимоя ҳужайра реакцияси бермайди. Ўпканинг соғ томонидаги макро-фаглар ҳам дистрофик ўзгаришга учрайди, ёш ҳужайралар лизосомал потенциали пасаяди, етилган турга етиб бора олмайди. Лимфоцитлар соғ тўқимадан ажратиб турадиган грануляцион қаватни ҳосил қила олмайди.

Учинчи хусусияти - ҳужайралар дистрофияси ва алвеоло-цитларда ўзгаришлар кузатилади, сурфактант функцияси бузилади, сурфактант етишмовчилиги юзага келади, алвеоляр структура бузилиши нафақат яллиғланиш соҳасида, балки ўпканинг бошқа соҳаларида ҳам газлар алмашинуви ҳамда қон айланиши бузилади.

Тўртинчи хусусияти - казеозли зотилжамда жигар фаолия-тининг бузилиши, гепатоцитларда диффуз оқсилли дистрофия ва дисциркулятор бузилишлар, жигардаги бошқа ўзгаришлар туфайли, оқсил синтези ва дезинтоксикацион фаолиятининг бузилади, беморларда кучли интоксикация белгилари кузатилади.

Кейинги иммунологик текширишлар шуни кўрсатдики, иммунтанқисликнинг асосий сабаби, казеозли зотилжамда лимфо-цитлар апоптози, қонда Т-лимфоцитлар ва регулятор субпопуля-цияларининг функционал ва синтетик фаоллигининг пасайишидир. Бу ҳолат, эндокрин тизимнинг иммун тизим билан алоқадорлигини кўрсатади ва бунда буйрак усти бези фаолияти бузилади. Минерало-кортикоид таъсир қилувчи кортикостерон (КС) глюкокортикоид таъсир қилувчи гидрокортизон (ГК) га нисбатан кўпроқ секрет ишлаб чиқара бошлайди, периферик қонда КС миқдорининг кўп бўлиши яллиғланишга қарши ГК нинг таъсирини нейтраллайди.

Бундай гормонал статусда КС лимфоцитлар мембранасини зарарлайди ва ферментлар фаоллиги пасаяди, лимфоцитлардаги дисгорманал ва метаболик бузилишлар лимфоцитлар апоптозига олиб келади. СМБ бундай шароитда тез кўпая бошлайди, токсинлари эса лимфоцитлар мембранасини зарарлайди.

Клиникаси. Казеозли зотилжамда касалликнинг дастлабки белгилари бошқа касалликлар, масалан, крупоз зотил-жам, сепсис, ўпканинг бошқа носпецифик касалликлари, ўткир респиратор касалликлар белгиларига ўхшаб кечади, дастлаб беморларнинг умумий шифохонага тушиши, диагностиканинг кечикиши туфайли, сил шифохонасига келгунча аҳволи оғирлашиб қолади. Шунинг учун казеозли зотилжамни ўз вақтида аниқлаш, тўла-тўкис даволаш ва даволаш самарасини ошириш ҳозирги замон фтизиатриясининг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Казеозли зотилжам, асосан, ёмон ижтимоий-иқтисодий шароитда яшаш, иммун тизими заиф бўлиши, яна бошқа сурункали касалликлар

мавжудлиги ҳамда сил касаллигидан даволаниш жа-раёнида даволаниш тартибларини бузиш оқибатида ҳам ривожланиши мумкин.

Казеозли зотилжам ўткир бошланганда интоксикация белгилари зўрайиб бориши, ҳарорат кўтарилиб-тушиб туриши, кўпинча гектик табиатдаги сепсис белгиларига ўхшаш, кучли ҳансираш, кўп терлаш, дастлаб қуруқ йўталиб, кейинчалик балғам ташлаш, ҳаракат қилганда ҳам, тинч турганда ҳам нафас етишмаслиги, кўкрак қафаси оғриши, баъзан қон туфлаш билан ифодаланади.

Казеозли зотилжам ўпка силининг бошқа турларидан кейин ривожланганда беморда заҳарланиш белгилари кучаяди, ҳарорат 1-2 ойлаб тушмаслиги, адинамия, анорексия белгилари кузатилади

Перкуссияда перкутор товуш бўғиқ, аускултацияда сусайган, нафас замирида ишқаланувчи хириллашлар ва бронхиал нафас эшитилади. Аускултатив маълумотлар ҳар 8-10 кунда ўзгариб туриши, ҳар хил калибрли хириллашлар, бронхиал, амфорик нафаслар эшитилиши мумкин.

Беморларда кичик қон айланиш доирасида ўзгаришлар рўй беради, ўпка-юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Периферик қонда нейтрофил лейкоцитоз, лимфопения, ЭЧТ нинг 40 мм/с дан баланд бўлиши, анемия белгилари кузатилади.

Рентгенологик ўзгаришлар беморларда асосан икки томонлама бўлади, бир томонлама зарарланиш 20-25% ҳолларда учрайди.

Казеозли зотилжамнинг рентгенологик кўриниши:

1 — лобар казеозли зотилжам;

2 — лобуляр казеозли зотилжам;

Балғамни текширганда, бирламчи ривожланган турларида, дастлабки пайтларда СМБ аниқланмаслиги мумкин, лекин кўпчи-лик ҳолларда сил таёқчалари, асосан АБП ларга турғун штаммлари аниқланади.

3- фиброз-кавернали ўпка силининг казеозли зотилжам билан асоратланиши.

Казеозли зотилжамда умумий диагностик мезонлар қуйида-гилардан иборат:

1. Казеозли зотилжам манзараси 90% ҳолларда асосий белгиларнинг яққол намоён бўлиши билан тавсифланади.

2. Рентгенологик манзараси 3 сегмент ва бундан кўпроқ ўпка майдонининг зарарланиши қисқа муддатда тез кучайиб боради, соя қуюқ бўлади ва ҳар хил структурали, ногомоген, ноаниқ контурли бир-бирига қўшилиб кетадиган ўчоқлар, жараённинг контакт йўл билан яқин жойлашган ўпка сегментларига тарқалиши, зарарланган соҳа гиповентиляцияси кузатилади.

13.27-расм. Лобар казеозли зотилжам

3. Иммун статусдаги ўзгаришлар рўй бериб, иммунокомпетент ҳужайраларнинг сон ва сифат жиҳатидан етишмовчилиги кузатилади.

4. Чуқур эндотоксикоз ва кучли метаболик бузилишлар ЭЧТ ошиши, нейтрофилларнинг токсик донадорлиги, гипохром анемия, С-реактив оқсил бўлиши гипопротеинемия, дағал дисперсли оқсиллар кўпайиши, ТТИ (ДВС) синдром белгилари.

5. Дориларга турғун штаммли беморларда жуда кўплаб бактерия ажратиш кузатилади.

13.28-расм. Лобуляр казеозли зотилжам

13.29-расм. Фиброз-кавернали ўпка силининг казеозли зотилжам билан асоратланиши

Даволаш. Казеозли зотилжамни даволашда кимёдориларни адекват танлаб, СМБ ларнинг дориларга сезгирлигини аниқлаб, даво муолажаларини ўз вақтида бекаму кўст олиб бориш керак, зарур бўлганда жарроҳлик муолажаларини ҳам қўллаш муҳим. 4-5 хил кимёдорилар ва заҳирадаги дорилар билан бирга носпецифик микро-флорага қарши таъсир доираси кенг антибиотикларни ҳам қўллаш керак бўлади.

Бошқа аъзоларда дистрофик ўзгаришлар, циркулятор бузилишлар бўлганлиги сабабли патогенетик даволаш ҳам зарур.

Казеозли зотилжамни даволашнинг асосий йўналишлари:

1.Аъзолар ва тизимлар фаолиятини тиклаш.

2. Дезинтоксикацион терапия.

3. Иммункоррекция.

4. Метаболик бузилишларни коррекция қилиш, ТТИ (ДВС) синдромига қарши муолажалар.

5. Тўқима гипоксиясининг олдини олиш.
6. Иккиламчи микрофлоранинг фаоллигини йуқотиш.
7. Бронхо- ва муколитик терапия.
8. Антиоксидант терапия.
9. Яллиғланишга қарши даволаш.
10. Силга қарши дорилар самарасини ошириш ҳамда дориларни қабул қила олиш қобилиятини ошириш.
11. Асоратларни ва қўшимча касалликларни даволаш.

Консерватив даволаш кор қилмаганда, жарроҳлик муола-жаларини қўллаш зарур бўлади, бир томонлама жараёнларда лобэктомия, кўрсатмаларга қараб, пулмонэктомия операцияларини ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Казеозли зотилжамнинг оқибатлари анча оғир бўлиб, 60-80% гача беморлар умрини бевақт хазон қилади. Шунинг учун казеозли зотилжамни ўз вақтида аниқлаб, даволаш самара-дорлигини ошириш тиббиётнинг долзарб муаммолардан ҳисоб-ланади.

ПЛЕВРИТЛАР

Эпидемиологияси

Плеврит – плевра пардаларининг яллиғланиши бўлиб, 55 дан ортиқ нозологик касалликларда учраши мумкин. Лекин плев-ритнинг асосий сабабларидан бири сил бўлиб, у 70% касалларда учрайди, ўпка носпецифик касалликларининг 15-20% ида учрайди, ўсма касалликларида эса 8-10% ни ташкил этади ва қолган фоизи 30 дан ортиқ нозологик касалликларда учрайди (/аффоров Ш.Р., 2000).

Плевранинг шикастланиши ва плевра бўшлиғида ҳар хил сабаблар туфайли суюқлик тўпланиши, плевритдаги диагностик муаммолар ҳозирги вақтда ўпка касалликларининг кўпаётганлиги сабабли, ўз долбзарлигини сақламоқда (Фомина А.С., 1977; Wells F.C., 1990).

Плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиши турли юқумли инфекциялар, ўсма касалликлари, юрак, жигар, буйрак касал-ликлари асорати сифатида ривожланиши мумкин. Америка олими Р.У. Лайтнинг (1986) хабар қилишига кўра ҳар йили дунёда экссудатив плеврит синдроми 1 миллиондан ортиқ беморларда аниқланади.

Сил плеврити алоҳида касаллик ҳолида ёки ўпка сили ва бошқа аъзолар сили билан бирга учраши мумкин. Сил плеврити ривожланишида сил микобактериясининг гематоген, лимфоген ва контакт йўллари билан плевра пардаларига ўтиши ҳамда плевра пардасининг гиперсенсибилизацияси муҳим омил ҳисобланади.

Сил экссудатив плевритлари бошқа этиологияли плевритлар ичида 13-25% ни ташкил этади. Сил касалликлари 26,5% дан (Семененков Л.Ю., Горбулин А.П., 1993) 48,8% гача (Тюхтин Н.С., 1998) экссудатив сил плевритлари билан асоратланади.

Плевритларнинг этиологик структураси беморларнинг ёшига кўра ўзгаради: сил этиологияли плевритлар болалар орасида 66,6% учрайди, 39 ёшгача бўлган беморлар ичида 74,9% (Hein E., Engel J., 1994), 60 ёшдан ошган беморлар орасида 25,4% учрайди (Тюхтин Н.С., 1998). Россияда қайд қилинган экссудатив плевритларнинг ярмиси сил этиологияли плевритларга тааллуқли. Биринчи марта ўпка сили аниқланган беморларнинг 3-6% ида сил плеврити топилади. Бу ҳолат болалар, ўсмирлар ва ёшлар орасида қўпроқ учрайди. Сил касаллиги бўйича ўлим кўрсаткичлари орасида сил плевритидан, асосан сурункали йирингли плевритдан ўлганлар 1-2% ни ташкил этади.

Охирги ўн йилликда Ўзбекистонда биринчи марта топилган нафас аъзолари сили таркибида сил плевритининг салмоғи 2 маротаба ошди ва 11-13% ни ташкил этди (/аффоров Ш.Р., 2000).

Плевра ва плеврал бўшлиғи тўғрисида қисқа анатомик ва физиологик тушунча

Плевра – бу сероз қатлам, иккита варақдан ташкил топган. Булардан бири, ***висцерал***, ҳар бир ўпканинг бўлакларини алоҳида қамрайди, иккинчиси - ***париетал плевра***, кўкрак қафасининг деворларини, кўкс оралиғи ва диафрагманинг юқори қисмини қоплайди. Ўпка илдизлари олдида висцерал плевра париетал плеврага айланади. Шундай қилиб, ҳар бир томонда, кўкс оралиғи аъзолари билан бир-биридан ажралган, иккита ёпиқ плеврал бўшлиқ ҳосил бўлади. Жойлашишга кўра, плевранинг костал ёки қовурғали, диафрагмал, медиастинал ва апикал (ёки чўққи) қисмлари тафовут қилинади. Костал плевранинг диафрагмал плеврага ўтиш жойида синуслар ҳосил бўлади: ташқи, олди ва орқа костодиафрагмал ҳамда медиастинал-диафрагмал синуслар (13.30-расм).

Бўлакларараро оралиқлар. Висцерал плевра ўпканинг ташқи қавати билан боғлиқ бўлиб, унинг бўлакларининг кўринишини қайтаради. Шунинг ҳисобига бўлаклар орасида плеврал бўшлиқ билан боғлиқ бўлакларараро оралиқлар ҳосил бўлади. Ўнг томонда иккита бўлакларараро оралиқлар бор: асосий (ёки қия) ва кичик (ёки горизонтал), чап томонда – битта асосий (ёки қия) бўлакларараро оралиқ бор (13.31-расм).

Одатда, ўзгармаган бўлакларараро оралиқлар компютер томограммаларда ва оддий рентгенограммаларда кўринмайди. Гоҳида, улар кўндаланг жойлашган ингичка чизиқлар қиёфасида кўринади (13.32-расм).

13.30-расм. Рентгенограммаларда синусларнинг схематик кўриниши:
1 – ташқи косто-диафрагмал;
2 – медиастенал-диафрагмал;
3 – орқа косто-диафрагмал;
4 – олди косто-диафрагмал.

13.31-расм. Асосий бўлакларарo оралиқларнинг жойлашиши (Л.С.Розенштраух ва М.Г.Виннер бўйича):
а – олд томондан кўрилганда;
б, в – ўнг ва чап ёнбош томондан кўрилганда;
OL – тепа бўлаги; ML – ўрта бўлаги; UL – пастки бўлаги

Бўлакларарo оралиқларнинг жойлашиши ўзгариши мумкин. Гоҳида қўшимча оралиқлар ҳам кўринади (13.33-расм). Асосий ва қўшимча бўлакларарo оралиқларнинг топографик жойлашиши бўлакларарo плеврал суюқлик тўпланиши ва айрим ҳолларда унинг халталанишини аниқлашда ёрдам беради.

13.32-расм. Кўкрак қафасининг компютер томограммаларда асосий бўлакларо оралиқларнинг кўриниши:
а) олд томондан кўрилгандаги рентгенограмма (1, 2, 3 – кесим қатламлари); б), в), г) – асосий Бўлакларо оралиқларнинг компютер томограммасида чизиқли соялари (стрелкалар билан кўрсатилган)

13.33-расм. +ўшимча бўлакларо оралиқларнинг схематик кўриниши (Л.С.Розенштраух ва М.Г.Виннер бўйича):
а), б) ўнг ва чап ёнбош томондан кўрилганда;
в) олд томондан кўрилганда;
1 – юқори бўлаги; 2 – орқа бўлаги;

3 – юрак олди бўлаги; 4 – олди бўлаги

Плевранинг гистологияси. Висцерал ва париетал плевра ҳар хил гистологик тузилишга эга. Иккала плевранинг плевра бўшлиғига қараган юзаси бир қаватли ясси мезотелий ҳужайралари билан қопланган. Висцерал плевранинг ташқи қавати ўпка тўқимаси билан бирлашган, париетал плевра ташқи қавати кўкрак қафаси ва диафрагма билан бирлашган ва бириктирувчи тўқимадан иборат. Субплеврал жойлашган ўпка тўқимасида капиллярлар ва лимфатик томирларнинг тўри жойлашган. Париетал плевра мураккаб тузилишга эга. Унинг ташқи мезотелий билан қопланган юзасида плеврал суюқликни сўриб оладиган *лакуналар* жойлашган.

Плевранинг қон билан таъминланиши. Париетал плевранинг қон билан таъминланиши қовурғаларарo ҳамда перикард-диафрагмал ва мушак-диафрагмал артериялар тармоқлари орқали амалга оширилади. Висцерал плевра ўпка ва бронхиал артериялар орқали қон билан таъминланади. Капиллярлар тўрининг охирги қисми катта диаметрга эга бўлганлиги сабабли, бу томирлардаги босим ўпка артериясидаги босимга муносиб. Бундай паст босим плевра суюқлигининг резорбциясига керак. Плевранинг лимфа томирлари, лимфани кўкс оралиғи ва кўкрак қафасининг олди деворида жойлашган лимфа тугунларига олиб боради.

Плевранинг иннервацияси. Сезувчан нерв охирлари фақат париетал плевранинг костал ва диафрагмал соҳаларида жойлашган. Шунинг учун костал плевра яллиғланганда, кўкрак қафаси соҳасида оғриқ сезилади, агар оғриқ елкада бўлса, бу жараёнда диафрагмал плевра иштирок этади. Соғ одам плеврал бўшлиғида суюқлик миқдори ҳар бир кило вазнига 0,3 мл.дан тўғри келади. Бу суюқлик ўпка ва кўкрак қафаси орасида мой вазифасини ўтайди ва плевра варақларининг ишқаланишига йўл қўймайди.

Плевра бўшлиғидаги босим. Плевра бўшлиғидаги босим нафас олиш функцияси ва юрак фаолиятида ўз аҳамиятга эга. Бу ўпканинг эластик хусусияти ва кўкрак қафаси деворининг тортиш қобилиятига асосланган. Плевра бўшлиғидаги босим ҳар доим атмосфера босимига нисбатан пастроқ, *манфий* бўлади. Плевра бўшлиғидаги босим кўкрак қафасининг юқори қисмидан пастга қараб камаяди. Босимнинг энг паст кўрсаткичлари диафрагма гумбази устида аниқланади.

Соғлом плевра бўшлиғига суюқлик париетал плевранинг апикал бўлимида (кўкрак қафасининг юқори қисмида) ишлаб чиқарилади, сўнгра париетал плевранинг медиастинал ва диафрагмал қисмларида жойлашган лимфатик лакуналар – стаматалар орқали сўрилади.

Яллиғланиш жараёнида лимфа капиллярлари кенгаяди, плевра тўқимасининг шиши ва плевра остидаги қатламининг яллиғланиши кузатилади, бунинг натижасида плевра бўшлиғида суюқлик тўплана бошлайди.

Плевра бўшлиғида йиғилган суюқлик таркибига кўра, экссудат ёки транссудат табиатида бўлиши мумкин. Ўпканинг капилляр босими ёки плазманинг онкотик босими ўзгариши натижасида транссудатли плевритлар

ривожланади. Бу ҳолатлар юрак етишмовчилиги ёки жигар циррозида кузатилади. Экссудатли суюқлик плевранинг ўзида кечадиган ўзгаришлар ва унинг яллиғланиши натижасида тўпланади. Плевра бўшлиғида экссудат йиғилганда, суюқликда оқсил модда миқдори кўпаяди ва плевра бўшлиғидаги босим камаяди.

Сил плеврити

Плевра варақларида кечаётган ўткир, ўткир ости, сурункали ёки қайталанувчи сил жараёни *сил плеврити* деб аталади. Сил плеврити касалликнинг ҳар хил турлари асорати сифатида кечиши ва силнинг биринчи аломати бўлиб кечиши ҳам мумкин(13.34-расм).

Патогенез ва патологик анатомияси

Кўкрак қафаси ичи лимфа безлари сили, бирламчи сил комплекси, диссеминацияли ўпка сили турлари, кўпинча, плеврит билан асоратланади. Плевритнинг патогенезида микобактериялар таъсирида плевра варақларида ривожланадиган бирламчи специфик сенсибилизация катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, сил плевритининг патогенезида ўпка ва плевра лимфа тизимининг яқин анатомик ва функционал боғлиқлиги аҳамиятга эга.

Сил плеврити ривожланишидаги патогенетик ўзгаришларга кўра, 3 хил клиник шаклда бўлиши мумкин.

1. Аллергик (параспецифик) плеврит.

2. Перифокал плеврит.

3. Плевра сили.

Аллергик плеврит пайдо бўлиши асосида, сил инфекцияси таъсирида плевра варақларида ривожланадиган гиперергик экссудатив реакция ётади.

Бу ҳолат, кўпинча, бирламчи силда кузатилади, чунки бунда ҳамма тўқималар, шу қаторда сероз пардалар ҳам юқори сенсибилизацияга эга бўлади. Плевра бўшлиғида кўп миқдорда сероз ёки сероз-фибриноз экссудат ҳамда плевра устида фибрин йиғиндилари пайдо бўлади. Экссудатнинг таркибида лимфоцитлар ёки эозинофиллар бўлади. Силга хос специфик ўзгаришлар топилмайди ёки плевра варақларида бир-иккита сил бўртмачалари пайдо бўлиши мумкин.

Перифокал плеврит. Ўпкада, субплеврал жойлашган сил ўчоқларидан, плевра варақларига, сил контакт йўли билан тарқалганда, перифокал плеврит ривожланади. Бу хилдаги плеврит бирламчи сил комплекси, диссеминацияли, ўчоқли, инфилтратив (яллиғанган), кавернали силда учрайди.

13.34-расм. Беморнинг олд томондан проекциясидаги кўкрак қафасининг рентгенограммаси, плеврал бўшлиғининг ултратовуш расми ва кўкрак қафасининг компютер томограммаси.

Диагноз: Ўнг ўпка юқори бўлаги инфилтратив (яллиғланган) сили, ўнг томонлама экссудатив плеврит билан асоратланган

Касаллик бошида плеврадаги жараён локал кечади, фибрин чўкмаси ҳосил бўлади, сўнг сероз ёки сероз-фибриноз экссудат пайдо бўлади.

Плевра сили лимфоген, гематоген ёки контакт йўллар билан ривожланади. Плевра силининг якка шаклда ёки бошқа сил турлари билан бирга кечиши мумкин.

Лимфоген ёки гематоген йўли билан инфекция тарқалганда плевра қаватлари устида кўп миқдорда бўртмачалар ҳосил бўлади. Плевра бўшлиғида сероз-фибриноз экссудат тўпланади. Агар жараён ривожланиши кучайса, сил гранулёмалари ёрилади ва суюқлик геморрагик характерли экссудатга айланади.

Жараён орқага қайтган вақтда, суюқлик сўрилади, плевра варақлари қалинлашади, плевра бўшлиғи қисман ёки бутунлай облитерацияга учрайди.

Контакт йўли билан ривожланган плевра сили субплеврал жойлашган сил жараёнига боғлиқ бўлиб, плевра варақларига тарқалади. Кўп беморларда плевра шикастланиши маҳаллий яллиғли реакция билан чегараланади. Висцерал плевра устида бўртмачалар тарқалиши кузатилади, фибрин тўпламлари ва грануляцион тўқима пайдо бўлади, сўнг плеврал бўшлиқда суюқлик тўпланиши мумкин. Фибрин ва грануляцион тўқима йиғилиши натижасида висцерал ва париетал плевра ўртасида бирикиш ҳосил бўлади.

Айрим ҳолларда, плевра сили таркибида лимфоцитлари кўп бўлган сероз ва сероз-фибриноз экссудатнинг кўп миқдорда йиғилиши билан кечади. Экссудатни сўрилиш жараёни плеврада фибрин тўпламлари ҳосил бўлиши билан якунланади, бунда кўпроқ синуслар облитерацияланади.

Контакт йўли орқали плевра силининг ривожланиш бошқа варианти - плеврал бўшлиғига шикастланган ўпкадан инфек-циянинг тўғридан туғри ўтиши. Бу ҳолатда субплеврал жойлашган казеозни ёки ўпка кавернасини плевра бўшлиғига ёрилиши (перфорацияси) кузатилади. Ҳосил бўлган тешик орқали плевра бўшлиғига, каверна ичидаги казеоз моддалар ва кўп ҳолларда ҳаво ўтади. Бунинг натижасида плеврал бўшлиғи микобактериялар билан зарарланади, ўпка қисман ёки бутунлай нафас олмай қолади ва *ўткир сил эмпиемаси ривожланади*.

Плеврал бўшлиғида йиринг ва ҳаво аниқланса, бу ҳолат пиопневмоторакс деб аталади. Агар каверна билан плеврал бўш-лиғи орасидаги боғлиқлик сақланса, бунда бронхопулмонал оқма билан бирга сурункали сил эмпиемаси ривожланади. Сурункали сил эмпиемасида париетал ва висцерал плевра варақлари кескин қалинлашади, гиалинлашган ва оҳаклашган бўлади. Уларнинг усти казеоз-некротик ва фибриноз-йирингли моддалар билан қоп-ланган бўлади. Одатда, сил инфекциясига қўшимча носпецифик йирингли флора қўшилади. Сурункали сил эмпиемаси билан оғриган беморларда ички аъзолар амилоидози аниқланади.

Сил эмпиемаси кенг тарқалган плеврал битишмалар (шварталар), плевра бўшлиғи облитерацияси, ўпка ва кўкрак қафасида фиброз ўзгаришлар билан якун топади.

Клиник кечиши ва диагностикаси

Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институтининг клиникасида даволанган 642 та беморнинг 373 (58,1%) да плеврит ўткир ривожланган, 246 (38,3%) – ўткир ости ва 23 (3,6%) тасида сурункали ривожланган.

Сил плевритининг клиник кечиши турлича бўлиб, плеврал бўшлиғи ҳамда ўпкада кечаётган сил жараёнига боғлиқдир. Баъзи беморларда плеврит билан бир қаторда силнинг бошқа кўри-нишлари, айниқса бирламчи силда параспецифик реакциялар, бронхларни специфик ўзгаришлари кузатилади.

Бемор организмининг иммунологик ҳолати, гиперсен-сибилизацияси ва экссудатив жараён ривожланишига қараб, плеврит икки хил турда ривожланади: биринчиси - *қуруқ – адгезив (фибринозли) плеврит*, иккинчиси - экссудатив плеврит. Йирингли экссудатив плеврит – *плевранинг сил эмпиемаси* деб аталади.

+уруқ (адгезив ёки фибриноз) плевритда экссудат фибринга жуда бой бўлиб, сероз суюқлик кам ажралади. Натижада ҳосил бўлган фибринли экссудат париетал плеврага, кейинроқ висцерал плеврага ҳам ёпишиб қолади ва плевра пардаси нотекис бўлиб қолади, нафас жараёнида ўпканинг ишқаланиши натижасида кўкрак қафасида кучли оғриқ-санчиқ пайдо бўлади, лекин плевра бўшлиғида экссудат тўпланмайди.

+уруқ (адгезив ёки фибриноз) плеврит бошланиши ўткир бўлиб, бунда беморнинг тана ҳарорати 38° гача кўтарилиб, томоғини қичитиб ва кўкрак қафасида оғриқ пайдо қиладиган қуруқ йўтал пайдо бўлади. Нафас олганда оғриқлар кучаяди. Бундай беморлар, кўпинча, шифокорга мурожаат қилганларида қовурға ораси невралгияси диагнози билан даволанадилар. Лекин барибир натижа яхши бўлмайди. Шикастланган томонда ўпканинг экскурсияси чегараланган бўлади. Кўп холларда юза нафас кузатилади. Пайпаслаганда елка ва қовурғалараро мушакларнинг таранглашиши ҳамда оғриқларнинг тарқалиши аниқланади. Перкуссия қилинганда кўкрак қафасининг оғриган томонида ўпка товуши пасайгани эшитилади. Аускултацияда сусайган везикуляр нафас билан плевранинг ишқаланиши шовқини эшитилади, бу касалликнинг кечиши жараёнида ўзгаради. Шовқин қорнинг ғирчиллашига ўхшайди. Крепитациядан фарқли бу шовқин нафас олиш жараёнининг иккала фазасида ҳам эшитилади.

Баъзи беморларда, касаллик айниқса адгезив плеврит билан бошланганда, экссудат плевра бўшлиғининг турли қисмларида йиғилиши мумкин. Экссудат йиғилган жойига қараб, плеврит апикал, костал, юқори ва пастки медиастинал, перициссурит (ўпка бўлаклари орасида), диафрагмал, костодиафрагмал ва халталанган бўлиши мумкин.

Диафрагмал ва медиастинал плевритларда неврологик симптомлар кузатилади: ошқозон соҳасида оғриқ, кўкрак қафасидаги оғриқ, елкадаги оғриқлар, бир хил ҳолларда ютиш қийинлашиши кузатилади, бу эса диагнозни тўғри қўйишни мураккаблаштиради.

Апикал плеврит. Бу турдаги плеврит оғир неврологик симптомлар (плексит, анизокария) билан кечади ва рентгено-граммаларда тасодифий ҳолларда топилади. Баъзи беморларда экссудатив жараён кўпайиб кетса, плевра бўшлиғига экссудат кўп миқдорда (500-1000 мл) йиғилса, париетал ва висцерал плевра пардалари бир-биридан ажралади ва оғриқ йўқолади. Бемор анча енгил тортади, лекин плевра бўшлиғида экссудат кўпайиши натижасида

2-3 кундан кейин нафас етишмовчилиги пайдо бўлади ва аҳволи оғирлашади. Бу эса қуруқ плевритнинг экссудатли плевритга айланганини кўрсатади.

Аллергик плеврит ўткир бошланади. Касалликнинг бу турида сил микобактериялари парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган туберкулинпротеинлар бемор қонига сўрилиб, гиперсенсиби-лизация жараёни ривожланишига сабаб бўлади. Бунинг натижа-сида плевра капиллярларининг ўтказувчанлиги ошади, экссудат ажралади, экссудатда оқсил моддалари кўп бўлади. Беморларни кўкрак қафасидаги оғриқ, ҳансираш, тана ҳарорати кутарилиши безовта қилади. +он умумий таҳлилида эозинофилия ва ЭЧТ кўтарилиши кузатилади. Экссудат сероз табиатда бўлиб, кўп миқдорда лимфоцитлар аниқланади, микобактериялар топилмайди. Видеоторакоскопия (кўринадиган торакоскопия) да плевра варақ-лари гиперемияси кузатилади.

Беморларнинг аксариятида Манту 2 ТБ синамаси мусбат ёки ўта мусбат (гиперергик) тарзда намоён бўлади. Лекин айрим беморларда Манту 2 ТБ синамаси манфий бўлиши мумкин. Бу эса, ўткир плеврит жараёнида специфик сенсибилизацияланган Т-лимфоцитлар фаолияти қондаги ҳаракатланаётган бошқа ҳужай-ралар таъсири билан босилганидан далолат беради. Даволаш нати-жасида 8-10 ҳафтадан сўнг, туберкулин синамаси бу беморларда, агар улар жуда ҳолсизланмаган бўлсалар, мусбатга айланади.

Перифокал плеврит аста секин ёки ўткир ости бошланади: кўкрак қафасида оғриқ, қуруқ йўтал, тана ҳароратининг субфебрил рақамларигача кўтарилиши, ҳолсизлик пайдо бўлади. Касалликнинг бошланишига сабаб қилиб омиллар сифатида беморлар совуқда қолганлигини, грипп билан оғриганликларини кўрсатадилар. Кўкрак қафасидаги оғриқ йўталганда, қарама-қарши томонга эгилганда кучаяди. Шикастланган томонда нафас олганда кўкрак қафаси ҳаракатининг чекланганлиги ва плевранинг шикастланиш шовқини ўзига хос белги бўлади. Шовқин бир неча кун сақланиб туради, кейинчалик даволангандан сўнг, баъзида даволанмаса ҳам йўқолиб кетади. +уруқ сил плевритида, айниқса болаларда туберкулинга бўлган сезгирлик жуда юқори бўлади. Агар ўпка унчалик шикастланмаган бўлса, перкуссияда ўзгаришлар топил-майди, рентгенограммаларда ўпканинг сил билан локал шикаст-ланишларини, кам ифодаланган хиралашган жойларни, плеврани қалинлашганлигини ва плевраларарo битишмаларни топиш мумкин. Фақат компютер томограммадагина плевра варақларининг яллиғ-ланиш ва фибрин тўпланиши сабабли қалинлашгани яққол аниқланади.

Иккиламчи ўпка силининг ўчоқли, инфилтратив, кавернали, фиброз-кавернали турларида яллиғланишнинг плеврага яқин жойда ривожланиши натижасида, сил жараёни контакт йўли билан плевра пардасига ўтиб, плеврит ривожланади. Агар контакт таъсирида плевра бўшлиғига сил микобактериялари, казеоз мод-далар ва йиринг тушса, плеврада йирингли жараён ривожланади ва пиопневмоторакс асорати вужудга келади. Касаллик яхши даволанмаса, сурункали плевра эмпиемаси ривожланади.

Экссудатли плевритда сил микобактериялари ёки токсинларининг аллергик таъсирида париетал плевра яллиғланиб, меъёрдаги суюқликка нисбатан бир неча баробар кўп экссудат ажралади ва плевра бўшлиғида тўпланади. Чунки висцерал плевра ҳамма экссудатнинг шимилиб кетишини таъминлай олмайди. Одатда эркин экссудат плевра бўшлиғининг диафрагмал қисмида йиғила бошлайди, кўпайгани сари костодиафрагмал ва медиастинал қисмларига йиғилиши ва кўкс оралиғи аъзолари қарама-қарши томонга силжиши мумкин. Бундай ҳолларда беморларнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Чап плевра бўшлиғида кўп экссудат йиғилганда – тотал плевритда – юрак ўнг томонга силжийди (13.35-расм).

Пункция қилиб олинган экссудат ташқи кўринишига кўра, фибринозли, сероз-фибринозли, серозли, сероз-геморрагик, геморрагик, хилёз ва йирингли бўлиши мумкин.

Касаллик белгилари ва беморнинг аҳволи юқорида айтилганидек, плеврит турларига ва экссудат хилига боғлиқ бўлиб, бир-биридан фарқланади.

Экссудатли плевритнинг кечиши 3 босқичга бўлинади:

I босқич – экссудатнинг тўпланиши ва клиник белгиларининг кучайиш даври. Бу бир неча кундан, бир неча ҳафтагача чўзилиши мумкин.

II босқич – яллиғланишнинг турғунлик даври, 2-5 ҳафта давом этади.

III босқич – экссудатнинг қайта сўрилиши ва касаллик белгиларининг йўқолиш даври. Бу босқичларнинг давомлилиги касалликнинг клиник турига ва даволаниш самарадорлигига боғлиқ.

Плеврит, бирламчи сил асорати сифатида, тарқалган сил ёки иккиламчи силнинг ҳамма турлари асорати сифатида ривожланиши мумкин. Кўпинча плеврит силнинг алоҳида тури бўлиб, бошқа аъзолар силига қўшилмаган ҳолда, бемор танасида сил жараёнининг биринчи кўриниши сифатида ривожланади.

13.35-расм. Тотал плеврит. Беморнинг олд томон проекциясидаги кўкрак қафасининг рентгенограммаси ва плеврал бўшлиғининг ултратовуш расми

Плевра бўшлиғида экссудат тўплангандан сўнг, оғриқ аста-секин камая боради, плевранинг ишқаланиш шовқини йўқолади ва экссудатли плевритга хос типик физикал, эхографик ва рентге-нологик белгилар пайдо бўлади. Экссудат, лимфоцитлари ва лизо-цим миқдори кўп бўлган серозли бўлади. Экссудатда микобак-териялар бўлмайди. Видеоторакоскопияда ўпканинг шикастланган соҳасидаги висцерал плеврада гиперемия, қалинлашиш, фибрин пардаси ўзгаришлари қайд қилинади. Перифокал плеврит одатда узоқ кечади (чўзилган), кўпинча қайталайди.

Экссудатли плеврит билан кечувчи **плевра сили** ҳар хил оғирликда ифодаланган клиник манзаралар билан кечади. Кўпчилик беморларда 2-3 хафта давомида интоксикация белги-лари кузатилади. Кейинчалик, тана ҳарорати фебрил кўрсаткич-ларгача кўтарилади, ҳансираш пайдо бўлади ва кучайиб боради, биқинда доимий босувчи оғриқ пайдо бўлади. Яллиғланишнинг эрта, экссудат плевра варақларини бир-биридан ажратгунича бўлган даврида плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади.

Касалликнинг диссеминацияли тарқалган тури, микобак-терияларининг плевра тўқимасида кўпайиб, сил бўртмачалари ҳосил бўлиши натижасида вужудга келади. Плевра сили касалликнинг алоҳида кўриниши сифатида намоён бўлиши ёки ўпка ва бошқа аъзоларнинг диссеминацияли сили билан бирга ривожланиши мумкин. Плеврадаги сил ўчоқлари ривожланиши жараёнида плевра бўшлиғида экссудат тўпланиши мумкин. Бунда, экссудатда кўплаб микобактериялар топилади. Касалликнинг бу тури зўр бериб шиддатли даволашни талаб қилади.

Беморларнинг энг оғир ҳолати **плевра эмпиемасида** бўлади. Бунда тана ҳароратининг юқори бўлиши, ҳансираш, кечаси терлаш, ўта ҳолсизлик, озиш хос бўлади. Агар плевра бўшлиғидаги экссудат олиб ташланмаса, у бутун гемитораксни тўлдириши, кўкс оралиғи аъзоларини соғ томонга силжитиши ва уларнинг сиқилишига, ўпка-юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолат плевра бўшлиғидаги суюқликни тез (жадал) олиб ташлаш кераклигига кўрсатмадир.

Экссудатли плеврит ва плевра эмпиемасида экссудат йиғилгандан сўнг ўзига хос клиник манзара ривожланади. Плеврит ривожланган томонда, кўкрак қафаси нафас олганда, орқада қолади (кечикади). Плеврал суюқлик кўп бўлганда қовурғалараро соҳа силлиқлашган бўлади. Шикастланган соҳада калталашган (қисқарган) ёки бўғиқ (тўмтоқ) перкутор товушнинг аниқланиши, овоз титрашишининг кучсизлашиши ёки йўқолиши ўзига хос физикал белгилар ҳисобланади. Экссудат сўрила бориб – плевра варақлари бир-бирига тега бошлаган даврда яна (қайтадан) плевранинг ишқаланиши шовқини эшитила бошлайди.

Йирингли экссудатни бронхга ёки қовурғалар аро соҳага тешилиши, плевра сил эмпиемасининг типик асорати деб ҳисобланади. Плеврадаги йиринг бронхга ёрилганда, бемор йўтал билан бирга, баъзида кўп миқдорда, йиринг ажратади. Ҳамма вақт аспирацион зотилжам ривожланиши хавфи бўлади. Кейинчалик плевробронхиал оқма шаклланиши мумкин.

Плевритда гемограмма кўрсаткичлари ўзгариши плевра яллиғланишининг характерига мос бўлади. Сил плевритли беморларда экссудат сўрилишигача бўлган даврда ЭЧТ ини доимо кўтарилганини (ўткир даврда 50-60 мм/соатгача) кузатиш мумкин. Сероз ёки сероз-фибриноз плевритнинг эрта босқичларида ўртача ифодаланган лейкоцитоз, таёқча ядроли нейтрофиллар сони кўпайганлиги, эозинопения ва лимфопения, геморрагик плеврит ва плевра эмпиемасида – ифодаланган лейкоцитоз кузатилади.

Беморларда экссудат тез йиғилганда ва экссудатни кўп марта олиб ташланганда гипопротеинемия ривожланади, модда алма-шинуви бузилишининг бошқа хиллари бўлиши мумкин.

Экссудатли плевритда рентген ва ултратовуш текширувлари жуда информативдир. Экссудат йиғилган сари қовурға-диафрагмал синуси соҳасида тиниқлик йўқолади ва суюқлик сояси диафрагма устида топилади. Суюқлик ҳажми кўпайганда бемор-нинг вертикал ҳолатида эркин суюқликни юқори чегараси ўзига хос тепадан пастга, ташқаридан ичкарига йўналган параболик (қия) бўйлаб жойлашади ўпка соҳаси пастки қисмлари хиралашуви топилади. Экссудат сояси қуюқ ва бир хил бўлади.

Плевритнинг ўткир кечадиган турида беморда касаллик белгилари тез ривожланади, кўкрак оғрийди, тана ҳарорати 38-39°С гача кўтарилади, бемор ҳолсизланиб, иштаҳаси йўқолади. Бир неча кун ичида оғриқ пасайиб қуруқ йўталади, йўтал кундан-кунга кўпаяди. Плевра бўшлиғида йиғилаётган экссудат кўпайгани сари беморнинг аҳволи ёмонлашиб, касалланган томонда кўкракда оғирлик ҳисси сезилади, бемор чалқанча ва соғлом томонида ёта олмайди, чунки бунда экссудат кўкс оралиғи аъзоларини эзади, шу туфайли нафас олиши қийинлашади. Фақат касал томонда ёнбошлаб ётганида, бемор ўзини енгилроқ сезади. Экссудат икки плевра бўшлиғида йиғилса, бемор фақат орқасига ёстиқ қўйиб ўтиргандагина (ортопноэ) ўзини бироз яхши сезади.

Физикал текширувда кўкрак қафасининг экссудат тўпланган қисмини соғ томонга қараганда бўртиб чиққани, қовурға оралиқлари кенгайгани кузатилади. Пайпаслаганда экссудат устида товуш титраши сезилмайди, шу ерда перкуссияда бўғиқ товуш аниқланади, аускултацияда нафас эшитилмайди.

Рентгенологик текширувда, кўкрак қафасининг умумий рентгенограммасида касал томонда эгри чизиқли экссудат сояси кўринади. Ултратовуш текширувида ҳам плеврал бўшлиқда суюқлик борлиги аниқланади (13.36-расм). Ўпкада силга хос ўзгаришлар бўлса, улар ҳам кўринади.

Беморнинг гемограммасида: лимфопения, лейкоформуланинг чапга силжиши, ЭЧТ нинг кескин ошиши (30-50 мм/с.) куза-тилади. Беморга плевра пункцияси қилиниб, экссудат текширилади, унда оқсил, қанд, хлоридлар, АДА, рН, шуниндек, ҳужайралар таркиби ва ЛДГ, Ривалт синамаси аниқланиши асосида диагноз қўйилади. Олинган суюқликда оқсил миқдори 3% дан ортиқ, Ривалт синамаси мусбат, суюқликдаги ЛДГ миқдори қондаги ЛДГ миқдорига нисбати 0,6 ммол/л дан ортиқ бўлса, суюқлик экссудат, деб ҳисобланади. Аксинча бўлса, транссудат бўлади.

Текширилган экссудатда оқсил миқдорининг 3-15 фоиз, қанд миқдорининг 2,2-4,4 ммол/л, лимфоцитларнинг 95%, АДА миқдори 30 ЕД/л дан ортиқ бўлиши силга хос ўзгаришлардир. Ўпка паренхимасида силга хос ўзгаришлар ҳам плевритнинг сил этиологиясини тасдиқлайди. Экссудатни экканда 2,3-10% гача беморда сил таёқчалари топилади ва бу диагнозни тасдиқлайди.

13.36-расм. Сил плевритининг ўткир кечиши тури.
Беморнинг олд томон проекциясидаги кўкрак қафасининг рентгенограммаси
(Эллис-Дамуазо чизиғи - эгри чизиқли экссудат сояси)
ва плевра бўшлиғининг ултратовуш расми

Ўткир ости сил плевритида патологик ривожланиш яққол намоён бўлмасдан, 2-4 ҳафта ичида ривожланади. Беморлар тумов бўлдим деб ўйлаб, шифокорга мурожаат қилмайдилар. Бунда бемордаги касаллик белгилари плевритнинг ўткир турига нисбатан аста-секин кучаяди. Беморнинг мадори бўлмайди, нафас етиш-мовчилиги кучайиб, кўкрак қафасининг экссудат йиғилган томонида оғирлик сезилгандагина, беморлар шифокорга мурожаат қиладилар. Текширувлар натижасида плеврит борлиги аниқланади.

Сил плевритининг сурункали ривожланган турида патологик жараён белгиларсиз бошланади. Беморлар 1-2 ойгача ўзларини соғ ҳисоблашади, тез

чарчаб қолишларини, ҳолсизликни чарчаш ва яхши дам олмаслик билан боғлайди.

Лекин сил плеврити жараёни ривожлангани сари ҳолсизлик кучаяди, иштаҳа йўқолади, нафас етишмовчилиги, сўнгра калта, қуруқ йўтал беморни қийнай бошлайди. Бемор ухлаганида, асосан, экссудат йиғилган томонда ётади. Аҳволи оғирлашгач, шифокорга боришга мажбур бўлади (13.37-расм).

Сил эмпиемаси

Силнинг йирингли плеврити. Плевритнинг перифокал турида ёки диссеминацияли силда плевра пардаларида казеоз-некрозли сил жараёни ривожланганда плевра бўшлиғида йирингли экссудат тўпланади. Бу эса плевритнинг ўзига хос тури - эмпиемадир. Касалликнинг ривожланиши аксарият беморларда ҳароратнинг 38-39°С даражагача кўтарилиши, кечалари кўп тер-лаш, қувватсизлик, рангпарлик, иштаҳасизлик, озиб кетиш билан бошланади. Кейинроқ йиринг кўпайганда нафас етишмовчилиги, қуруқ йўтал ва кўкрак қафасида оғриқ пайдо бўлади.

13.37-расм. Сил плевритининг сурункали кечиши.
Беморнинг тўғри проекциясидаги кўкрак қафасини чап томонининг рентгенограммалари ва кўкрак қафасининг компютер томограммаси

+он таҳлилида лейкоцитоз, лимфопения, нейтрофилларнинг чапга силжиши ва ЭЧТ нинг кескин ошиши (40-60 мм/соат) кузатилади. Айрим беморларда плевра эмпиемаси аста-секин бошланади, касаллик аломатларсиз, иситмасиз ҳам ривожланиб "совуқ эмпиема" тарзида ўтиши мумкин.Бемор текширилиб, йирингли плеврит диагнози қўйилгандан сўнг, сил жарроҳлиги бўлимларида даволанади. Бунда АБ дорилардан ташқари, плевра бўшлиғига дренаж қўйиб, йирингни муттасил тортиб олиб, плевра бўшлиғида манфий босим ҳосил қилиш катта аҳамиятга эга. Эмпиемада плевра бўшлиғига умумий ва силга қарши антибиотиклар юбориш ҳам яхши натижа беради. Эмпиема, силдан ташқари зотилжам, ўпка абсцесси, ўпка ўсма касалликлари емирилиш даври асоратларига ўхшаш ривожланиши мумкин. Бу ҳолларда беморнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, ўпка-юрак етишмовчилиги, кучли интоксикация билан ўтади. Диагнозни аниқлашда беморларнинг анамнези, касалликнинг тез ривож-ланиши, эмпиема суюқлигида носпецифик флора топилиши муҳим аҳамиятга эга.

Сил полисерозити

Сероз пардалар фақат кўкрак қафасини эмас, балки юракни, қорин бўшлиғини ҳам қоплаб туради. Плевра пардалари яллиғланиши билан бир вақтда юқорида қайд этилган пардалар ҳам яллиғланиши мумкин – бу ҳолат полисерозит деб аталади.

Сил микобактериялари бемор организмида гематоген, лимфоген йўллар билан тарқалиб, сероз пардаларга тушади ва уларни жароҳатлайди, натижада полисерозит ривожланади. Бу жараён, кўпинча, ўпканинг диссеминацияли силида, кўкрак қафасининг ички лимфа тугунлари силида учрайди. Касалликнинг ривожланишида сил гиперсенсибилизацияси муҳим омил ҳисоб-ланади. Айрим ҳолларда полисерозит қорин бўшлиғи, жинсий ва сийдик ажратиш аъзоларида ҳам ривожланади.

Сил полисерозитида жараённинг қайси пардаларда кечаёт-ганига қараб, турлича аталади: плеврал (икки томонлама плеврит), плевроперикардиал, плевра-перитонеал, плевроперикардиал-перитонеал, перикард перитонеал-полисерозитлар.

Плеврал полисерозит бошқа турларга нисбатан енгилроқ кечади, плевроперикардиал полисерозит анча оғир ўтади, чунки бунда перикардит туфайли, юрак фаолияти бузилади, сўнгра жигар циррози ривожланиши мумкин.

Рентгенлогик ва ултратовуш текширувларида перикард ичида 300-500 мл экссудат бўлса, албатта перикардни пункция қилиб, суюқликни олиб ташлаш керак. Экссудат камроқ бўлганида кимётерапия ва гормонотерапияда сўрилиб кетади. Полисеро-зитнинг плевроперитонеал тури кўпинча ўткир ости ёки сурункали ўтади, клиник белгилари аста-секин ривожланади, диагноз аниқланганидан кейин кимётерапия яхши натижа беради, қориндаги асцит ҳам сўрилиб кетади.

Дифференциал диагностикаси. Плевритнинг дифференциал диагностикаси 2 босқичдан иборат. I босқич, ўпка касалликлари билан плеврит диагностикаси. Бунда илгари баён этилган плевритнинг клиник кўриниши, физикал текшириш: пайпаслаш, перкуссия, аускултация, рентгеноскопия, рентгенография, флю-орография, ултратовуш текширишлари асосий ўринни эгаллайди. Бу босқич, асосан, тиббиётнинг бирламчи муассасалари (поликлиника, +ВП ва бошқалар)да амалга оширилади ва плеврит диагнози қўйилишини таъминлайди ва бемор ихтисослаштирилган даволаш муассасасига (силга қарши диспансер, шифохона) юбо-рилади. Бу ерда диагностиканинг II босқичи, плеврит этиологияси аниқланади. Бу жараён анча мураккаб бўлиб, клиник-лаборатор ва ўзига хос текширувлар олиб боришни тақазо этади ва икки босқичдан иборат.

I-босқичда плеврит билан ўпканинг турли яллиғланиш касалликлари, юрак, жигар хасталиги асоратлари, ўпканинг ўсма касалликлари дифференциал диагностикаси ўтказилади.

II-босқичда эса, тасдиқланган плевритнинг этиологияси аниқланади. Бунда экссудатни махсус лабораторияларда: клиник, биокимёвий, цитологик, гистологик, иммунологик, микробиологик усулда текширилади.

Сил этиологиясини аниқлашда беморларга туберкулин синамаси қўйилади. Бемор билагининг териси орасига 2 ТБ ППД-Л юбориб, Манту синамаси ўтказилганида, 2/3 қисм беморларда синама мусбат натижа беради, 1/3 қисмида эса манфий натижа олинади. Манфий натижали беморларда сил этиологияси инкор этилмайди, чунки уларда бундай натижа организмга ТБ ППД-Л юборилганида туберкулинга қарши гиперсенсибилизация вужудга келмаганидандир. 6-10 ҳафтадан сўнг, Манту синамаси такрорланса мусбат натижа олинади. Сил этиологиясини аниқлаш учун тери остига туберкулин юбориб – провокация синамалари ҳам ўтказилади.

Туберкулин – протеин синамаси. Беморнинг қонидаги протеинлар нисбати, синамадан олдин ва тери остига 2 ёки 20 ТБ ППД-Л юборилгандан кейин 48 ва 72 соатда текширилади. Сил плевритида, протеинларнинг α_2 ва γ фракцияси миқдори 10% га ошади.

Туберкулинплеврарезорбцион синамаси. Бунда олдин плевра бўшлиғига, сўнг тери остига 2 ёки 20 ТБ ППД-Л юборилади. Сўнг 24 ва 48 соатдан кейин плевранинг резорбцион хусусияти радиоизотоп усул орқали ўлчанади. Бу синамадан кейин сил плевритида плевра резорбцияси 1,5-3 марта секинлашади. Бу усул патологик жараёндаги ўчоқли синама бўлгани учун аниқ маълумот олинади (/аффоров Ш.Р., 1990).

Шуниндек, ***фибробронхоскопия текшируви*** орқали бронхлар шиллиқ қаватидан бронхо-алвеоляр суюқлик (БАЛС) ва улардаги ҳосиллардан биоптатлар ҳам олиниб, гистологик текширилади.

Зарурат бўлганда, трансторакал пункция орқали торакоскопия ўтказилиб патологик бўртмачалардан ҳам биоптат олинади. Бундан ташқари, трансторакал биопсия ўтказиб плеврадан текши-ришга биоптат олинади. Бу усуллар, ўсма касалликлари, гранулематозлар ва сил диагностикасида асосий ўринни эгаллайди.

Бу усулларни қўллаш плеврит этиологиясини 100% аниқлашга имкон беради.

Аллергик плевритнинг дифференциал диагностикаси анча мураккаб, чунки ўпка ва бошқа аъзоларни текширганда силга хос ўзгаришлар топилмайди, плевра экссудатида ҳам микобак-териялар топилмайди.

Даволаш

Плевритни даволаш 3 йўналишда ўтказилади.

Биринчидан – нафас етишмовчилигини йўқотиш. Бунда плевра пункцияси қилинади ва экссудат плевра бўшлиғидан олинади.

Иккинчидан – сил интоксикацияси белгиларини йўқотиш ва келгусида фаол силнинг олдини олиш. Бунинг учун силга қарши 4-5 та антибактериал дорилар 2 ой давомида, сўнг 2-3 та АБД 10 ой давомида қўлланилади. Антибактериал дорилар махаллий лимфотроп усулида ҳам қўлланилиши мумкин. Бунда 10%-5 мл Изониазид эритмаси қўлнинг юқори қисмига тери остига юборилади, бунда гепарин, химотрипсин ва новокаин эритмалари микрокорректор сифатида ишлатилади.

Учинчидан – плевритнинг асоратларини олдини олиш ва камайтириш. Бунинг учун экссудат тўпланганда мунтазам эвакуация қилиш керак, чунки экссудат плевра бўшлиғида узоқ туриб қолса унинг таркибидаги фибриноген моддаси плевра қаватларига «ўтириб», сўнг иккала плевранинг қаватларини бир бирига ёпишиб чандиқлар ҳосил бўлишига олиб келади. Бундан ташқари, плевра варақларидаги фибриноген моддасини сўрил-тириш мақсадида кортикостероид гормонлар ҳам қўлланилади.

Антибактериал дорилар билан бир қаторда патогенетик дорилар 6-10 ой давомида қўлланилади. Патогенетик дорилардан Мумиё-асил, Лидаза, Актовегин беморларга тавсия этилади. Ундан ташқари физиотерапевтик муолажалар ҳам қўлланилади: 4% мумиё-асил эритмаси билан электрофорез, Лидаза билан ултратовуш, кўкрак қафасининг массажи.

Плевритнинг клиник турига қараб стационарда даволаш 2-6 ойни ташкил этади, сўнгра беморлар силга қарши диспансерда 9-12 ойгача

муолажани давом эттирадилар. Бундай муолажа беморларга плевритдан бутунлай соғайиб, келгусида бошқа аъзолар сили билан касалланишнинг олдини олади.

Агар сил плеврити билан оғриган беморлар умумий тиббиёт муассасаларида даволаниб, тузалиб кетсалар (бу асосан сил аллергик плевритига тааллуқли) ва силга қарши антибактериал даво олмасалар 6-12 ойдан сўнг бошқа аъзолар сили билан касалланадилар.

Америкалик олимларнинг таъкидлашича, агар сил плеврити беморлар антибактериал дорилар билан даволанмасалар 5 йил давомида уларнинг 65% ида фаол сил аниқланади.

Бизнинг клиникамизда сил плеврити билан даволанган 642 бемор 3-5 йилдан кейин такрор текширилганида, уларнинг биронтасида ҳам фаол сил белгилари топилмади.

Аммо клиникамизнинг терапия, жарроҳлик, суяк-бўғим сили бўлимларига даволаниш учун оғир аҳволда келган беморларнинг бир қисмида 1-5 йил аввал плеврит касаллиги бўлганлиги ва умумий шифохоналарда даволанганликлари аниқланган. Юқори-дагилардан шундай хулоса қилиш мумкинки, ҳар қандай плеврит касаллари албатта фтизиатр маслаҳатига юборилиши керак, чунки даволанмаган плеврит беморлари келгусида фаол сил касаллиги вужудга келиши хавфи каттадир.

14 БОБ

ЎПКАДАН БОШ+А АЪЗОЛАР СИЛИ

Ўпкадан бошқа аъзолар силининг эпидемиологик ҳолати

Сил касаллиги умумжаҳон муаммога айланган бир вақтда, ўпкадан бошқа аъзолар сили, гўё, нафас аъзолари силининг соясида қолиб кетгандек эди. Чунки, ўпкадан бошқа аъзолар силининг эпидемиологик кўрсаткичлари; касалланиш ва бошқа кўрсаткичларнинг нисбатан пастлиги бунга сабаб бўлган.

Сил микроблари барча аъзоларни (нерв тизими, лимфа тугунлари, сийдик ажратиш-жинсий аъзолари, кўз, тери ва ҳоказо) зарарлашини ҳисобга олсак, ЎБА сили ҳозирги кунда соғлиқни сақлаш тизимида энг долзарб муаммолардан бўлиб қолмоқда.

ХХ асрнинг саксонинчи йилларида сил касаллигининг камайиши, ЎБА силининг ҳам камайишига олиб келди. Масалан, 1970-1980 йилларда нафас аъзолари сили 2 марта камайган бўлса, ЎБА сили 3 марта камайди. 1990 йилдан бошлаб, сил билан касалланиш ўса бошлагач, ЎБА сили нисбатан камайгандек бўлиб – 13% дан 10% га тушди.

Таъкидлаш жоизки, баъзи ривожланган мамлакатларда ЎБА сили кўрсаткичлари анча баланд. Масалан, янги аниқланган беморлар орасида ЎБА сили Австралия, Швейцария, Олмонияда 25%, А+Шда – 33%, Канадада – 50% ни ташкил қилади. Россияда бу кўрсаткичлар Ўзбекистонга яқин бўлиб, 6-12% ни ташкил қилади.

Кейинги йилларда Ўзбекистонда ҳам ЎБА силининг эпиде-миологик кўрсаткичлари тобора ёмонлашмоқда. Бунинг сабаблари кўп, айниқса аҳоли яшаш шароитларининг ёмонлашиши, экологик ҳолатнинг оғирлашиши ва бошқалар шунга киради. Натижада беморлар орасида ЎБА силининг тарқалган, оғир асоратланган турлари кўпайиб, бундай беморларни даволаш қийин бўлмоқда.

ЎБА силининг эпидемиологияси, маълум қонуниятлар асосида ўзгариб туради. Нафас аъзолари силининг ўсиши натижасида,5-10 йиллардан кейин ҳам, ЎБА силининг ўсиши кузатилади, бу орада нафас аъзолари силининг эпидемиологик кўрсаткичлари яхши-ланиб улгуриши мумкин. Бу ҳолат, ЎБА силининг мураккаб патогенези жараёни билан тушунтирилади.

Таҳлилларнинг кўрсатишига, бирламчи аниқланган ЎБА сили орасида тарқалган, оғир асоратланган сил турлари кўпайиб бораяпти.

ЎБА силида муаммолар кўп бўлиб, булар касалликнинг диагностикасидаги қийинчиликларга, умумий тиббиёт ходимла-рининг мазкур касаллик ҳақидаги билимларининг етишмаслигига ва фтизиатрия фани соҳасида эришилган ютуқлардан бехабар-ликларига боғлиқдир.

Таъкидлаш жоизки, Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институтининг махсус бўлимларида, ЎБА силининг диагностикаси ва даволашга бағишланган самарали илмий ишлар-ни амалга оширмоқдалар. ЎБА силини аниқлашда замонавий нур билан текшириш усуллари, жумладан

суяк-бўғимлар силини аниқлашда термография, эхография, эхоостеометрия, молекуляр спектроскопия усуллари, қорин лимфа тугунлари силида лапароскопия, сийдик-жинсий аъзолар силида ултратовуш усулларининг ишлаб чиқилиши, шу билан бирга замонавий бактериологик, ПЗР усулларининг, иммунофермент таҳлилларнинг жорий этилиши фикримизнинг далилидир.

ЎБА силини даволаш кўпгина усуллар мажмуидан иборат бўлиб, унинг асосида антибактериал, патогенетик дорилар, жарроҳлик усули ва жароҳатланган аъзо фаолиятини тиклаш учун реабилитация усуллари ётади.

ЎБА силида ҳох у суяк-бўғимда, ҳох сийдик ажратиш-жинсий аъзоларида бўлсин, жарроҳлик муолажаси муҳим аҳамиятга эга. Радикал ва радикал-тикловчи жарроҳлик усуллари қаторига реконструктив-пластик усуллар қўшилиб, асосий мақсад жароҳатланган аъзони қайта тиклаш ёки қисман тиклаб, аъзонинг йўқотган фаолиятини тиклашдан иборат. Буларга сийдик йўли, қовуқ пластикаси, катта бўғимларда ҳаракатни тиклаш жарроҳлиги, умуртқаларда, орқа мия каналида реконструктив усуллар киради.

Хуллас, ҳозирги кунда жарроҳлик усулининг афзаллиги, айниқса, эрта қўлланилиши катта амалий ва иқтисодий аҳамиятга эга бўлиб, беморларнинг даволаниш муддатини 2-3 марта қисқартиради. ЎБА силининг кеч аниқланган ва оғир асоратланган турларининг кўпайиши, антибактериал дорилар таъсирининг пасайиши, дориларга сезгирлиги пасайган микобактериялар билан касалланишнинг кўпайиши жарроҳлик муолажаси аҳамиятини янада оширади.

Хуллас, ЎБА силини аниқлаш ва даволашни фтизиатриянинг таркибий қисми сифатида ривожлантириш керак, айниқса, тез ва сифатли диагностика усулларини, самарали даволаш чораларини ишлаб чиқиш, беморларни тўлиқ реабилитация қилиш каби муаммолар, бугунги кунда фтизиатриянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ АЪЗОЛАРИ СИЛИ

Таянч-ҳаракат аъзолар силининг клиник кечиши

Таянч-ҳаракат аъзолари сили, шу аъзоларнинг оғир жароҳатларидан бўлиб, бой клиник манзарага эга. Бу эса, ўз навбатида, ўзгарувчан бўлиб, сил жароҳатининг жойлашган ўрнига, касалликнинг босқичига, беморнинг ёшига, ўтказилган даволаш чора-тадбирларига, ташқи ва ички омиллар ҳолатига боғлиқ бўлади.

Беморни ҳар томонлама текшириб, диагноз қўйишда, жароҳатнинг атрофи ва жисмдаги умумий ўзгаришларни батафсил аниқлаш ва тўғри талқин қилиш лозим. Айни пайтда сил жароҳатига ўхшаш ўзгаришлар билан кечадиган касалликларни ҳам ҳисобга олиш лозим. Шу билан бирга

беморларни клиник-лаборатор текшириш ва бошқа касалликлар билан солиштириб кўриш маълум қонуниятларни бузмасдан амалга оширилиши лозим.

Касаллик белгилари

Таянч-ҳаракат аъзолари силида патолого-анатомик ўзгаришлар яллиғланиш жараёнига боғлиқ ҳолда бирга кечади. Силдаги яллиғланиш белгилари ўткир яллиғланишга хос классик кўринишда бўлиб, ундан фарқли ўлароқ, таянч-ҳаракат аъзолар силида бир оз секин, ўзгача тарзда кечади.

Жароҳат белгиларининг ўта оғир, оғир ёки нисбатан енгил кечиши касалликнинг таянч-ҳаракат аъзоларида жойлашган ўрнига боғлиқ. Маълумки, касалликдан 80% дан ортиқ ҳолатда умуртқа, сон-чаноқ ва тизза бўғимлари жароҳатланади. Бу ерда асосан, юқорида кўрсатилган аъзоларда силнинг клиник кечиши хусусида сўз юритилади. Академиклар Т.П.Краснобаев, П.Г.Корнев таълимотларига суянган ҳолда аввал тизза, сон-чаноқ бўғими сили, сўнгра умуртқалар силига тўхталдик. Яна шуни айтиб ўтиш лозимки, касаллик таянч-ҳаракат аъзоларида маълум бир тартибда кечади, бу эса касалликнинг ривожланиш жараёнини кузатишга асос бўла олади ва юқорида келтирилган таснифга мос равишда қуйидаги 3 та босқични босиб ўтади.

1. Бўғим олди босқичи – жароҳат ҳали бўғимга етиб келмаган.

2. Бўғимдаги босқич – жароҳат суяк тўқимасидан бўғимга ёриб кириб, бошланғич, ривожланган, босилган даврлари билан кечади.

3. Бўғимдан кейинги босқичда – жароҳатдаги яллиғланиш белгилари босилади, аммо узоқ давом этувчи қолдиқ ўзгаришлар сақланиб қолади, булар касалликнинг тез-тез қайталанишига сабаб бўлиши мумкин.

Тизза бўғими сили – гонит

Тизза бўғими сили юқорида келтирилган патолого-анатомик ўзгаришлар билан кечиб, асосан учта босқичда ўтади, баъзан икки босқичда ўтиши ҳам мумкин, яъни жароҳат бўғим олди суяк тўқимасидан бошланмасдан, тўғридан-тўғри бўғим ичида, синовиал пардаларда бошланиши мумкин (14.1-расм).

14.1-расм. Тизза бўғимини ҳосил қилувчи суякларда бирламчи сил ўчоқларининг жойлашиши:
а) олдидан; б) ёнидан (Д.К.Хохловдан)

Бўғим олди босқичи. Маълумки бу босқичда сил таёқчалари қон орқали тарқалиб, кўмикда ўрнашиб,ривожланиб, суяк тўқимасига ўтади ва уни жароҳатлайди. Жароҳат сил касал-лигининг бошланиши бўлиб, чегараланган, тезроқ тузалишга мойил бўлади, деярли хавф туғдирмайди. Буни ўз вақтида аниқлаш анча қийин ва муҳим аҳамиятга эга. Жароҳат кўпинча тахминлар асосида аниқланиб, ўзгариб турувчи билвосита умумий ва маҳаллий ноаниқ клиник белгиларга эга.

Умумий белгилар бу босқичда унчалик муҳим аҳамиятга эга бўлмайди. Инфекциянинг суяк кўмигига жойлашганлиги сабабли, специфик ўчоқнинг пайдо бўлишини аниқлашнинг иложи йўқ. Таъкидлаш лозимки, жароҳат кўпинча ёш болаларда кузатилиб, рўй берган ўзгаришлар, яъни инжиқлик, уйқунинг бузилиши, безовталик, боланинг озиб кетиши, тана ҳароратининг бир оз кўтарилиши, болада суяк сили жароҳати бор, деган фикрга олиб келмаслиги мумкин. Баъзан эса туберкулин синамасига мусбат жавоб бўлади, терига тошмалар тошади, лимфа тугунлари катталашади. Шунинг учун бунга чуқурроқ аҳамият бериш керак. Чунки бу ўзгаришлар, бошқа касалликларда ҳам учрасада, беморларда сил жароҳати бор деган тахминга асос бўлиши мумкин. Жароҳат атрофида доимо маҳаллий ўзгаришлар бўлмасада, улар диагностик аҳамиятга эга.

Тизза бўғими силининг бўғим олди босқичида, бўғим соҳасида юз бераётган маҳаллий ўзгаришлар унча ривожланмайди ва ноаниқ бўлади, шунинг учун бўғим соҳасида қандайдир ўзгаришлар бор деган хулосага келиш мумкин. Академик П.Г.Корневнинг таъкидлашича, бирламчи оститлар учта клиник, яъни яширин, тахминий ва хавфли даврларга бўлиниб, суяк тўқимаси юзасида ёки марказида жойлашиши мумкин. Улар узоқ вақт бир хил ҳолатда сақланиб, чуқур клиник белгиларга эга бўлмаслиги мумкин.

Баъзан оёқлар ноаниқ сабабдан толиқади ёки оғирлашиб, оғрийди, оёқларга ҳаддан ташқари оғирлик тушганда оғриқ кучайиши мумкин. Кейинчалик эса, бўғим соҳасида реактив ўзгаришлар пайдо бўлиб, яъни маҳаллий оғриқ, сал оқсаш, бўғимда бироз суюқлик тўпланиши мумкин.

+иска вақт ичида оқсоқланиш ва бўғим соҳасида суюқлик тўпланиши билан хуруж қиладиган оғриқнинг пайдо бўлиши ва бу ўзгаришлар ўткир инфекцион касалликлар ва ревматизмга боғлиқ бўлмаса, бўғим соҳасида сил касаллиги бор, деб тахмин қилишга асос бўла олади.

Бўғим соҳасини пайпаслаб кўрилганда, кўпинча, юмшоқ тўқималар орасида, совуқ абсцессни аниқлаш мумкин бўлади. Бўғим соҳасини тукиллатиб кўрилганда (перкуссия) нуқтали оғриқ, синовиал пардалар соҳасининг эса рўйи рост оғришини аниқлаш мумкин. Бироқ, кўпинча, юқорида келтирилган ўзгаришлар асосида бўғим сили бор деб аниқ диагноз қўйиб бўлмайди. Бу ўринда жароҳатланган бўғимни рентгенда текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Бўғимлар соҳасидаги суяк тўқимасида жойлашган бирламчи остит, рентгенда ҳар хил катталикда, шаклда кўринади, тўқимада емирилиш бир оз қаттиқлашган жияклар билан ўралиб туради. Суяк тўқимасидаги сил ўчоғи ўртасида ҳосилалар ва парчаланган суяклар (секвестр) ҳам ўзига хос белги бўлиши мумкин. Атрофдаги суяк тўқимаси бутунлай соғлом бўлиши мумкин, яъни бирламчи оститда остеопороз, кўпинча, кузатилмайди. Рентген текширувда сил ўчоқлари, аксарият ҳолларда, сон ва катта болдир суякларининг ён томонларида, дўнглигида ва камроқ тизза қопқоғида жойлашади.

Лаборатория текширувларида, кўпинча, касаллик унчалик ривожланмаганлиги туфайли ўзгаришлар топилмайди. Баъзан, қонда ЭЧТ бир оз тезлашиши, лейкоцитоз, моноцитоз кузатилиши мумкин.

Бўғимдаги босқич. Бу босқичда бўғимдаги жароҳатнинг ривожланиши, дастлаб синовиал пардага ўтиш билан бошланади. Бунда олдинги босқичда вақтинчалик бўлиб турган клиник белги-лар муҳим бўлиб қолади ва ривожланади, натижада иккиламчи артрит – сил гонити пайдо бўлади. Сил гонитининг клиник кечиши уч даврдан иборат (бошланғич, ривожланган, босилган).

<u>Бошланғич даврига</u> хос хусусиятлар синовиал парданинг ўзига хос яллиғланишига боғлиқ бўлиб, бошланишида синовиал парданинг носпецифик реактив яллиғланишига ўхшаб кетади. Бу давр, баъзан «Синовиал давр» деб ҳам аталади ва учта асосий белгилар, яъни оғриқ, ҳаракатнинг чегаралангани, мушакларнинг эрта атрофиясидан иборат бўлади. Беморнинг юриши ўзгариб, сал оқсоқланади ва текшириб кўрилганда бўғим тўлиқ очилмасдан, баъзан касал оёқ соғига нисбатан узунлашиб қолгандек бўлиб, жароҳат яқинидаги тери қалинлашади (Александров белгиси). Бўғимни пайпаслаб кўрилганда, унда суюқлик тўпланиб қолгани, терида маҳаллий ҳароратнинг ошгани аниқланади. Натижада бўғим атрофида абсцесс пайдо бўлади, бўғим шакли ўзгаради, катталашади.

Бошланғич артритни рентгенда текширилганда, ўзига хос муҳим белги, яъни тарқоқ остеопороз аниқланади. Болаларда эса, кўпинча, суяк ядроси эпиметафизар қисмининг катталашгани кузатилади. Бўғим ораси бир оз катталашиши мумкин, кейинчалик жароҳат ривожлангани сари бўғим ораси торая бошлайди ва суяк тўқимасида эса сил ўчоқлари аниқ кўринмайди.

Беморнинг умумий аҳволи бир оз ўзгаради – иштаҳаси йўқолади, озиб кетади, баъзи-баъзида субфебрил иситма пайдо бўлади. Айрим ҳолларда бу белгилар кучайиб, касаллик кейинги ривожланган даврига ўтади.

Ривожланган даври. Бошланғич белгиларнинг ривожланиши, чуқурлашиши натижасида сил гонитининг клиник манзараси аниқ бўлиб қолади, яъни, суяк тўқимаси ва бўғимда ўзгаришлар пайдо бўлади. Оғриқ ва бўғим ҳаракатининг чегараланганлиги кучайиб, бўғим анатомик ўзгаришларга учрайди. Бўғим букилиб қолиб, катталашади ва мушаклар атрофияси кучайиб, бўғим шарсимон бўлиб қолади. Унинг катта ёки кичиклиги, бўғимда йиғилган суюқликнинг ҳажмига ва бўғим пардаларининг қалинлашганлигига боғлиқ бўлади (14.2-расм).

Айни шу даврда, кўпинча, абсцесс пайдо бўлиб, бўғим атрофига тарқалиб, бўғим ости чуқуригача тушади ва теридан ёриб чиқиб оқма яралар ҳосил қилади. Бўғим пардаларининг ўзгариб, чўзилиб қолиши, уларга биркитилган бойламларнинг ажралиши, айниқса, хочсимон бойламнинг ва бўғим ҳосил қилувчи суяклар юзасининг ўзгариши, мослигини йўқотишидан тизза орқага сал чиқади, валгус - ташқарига силжийди. Суяк тўқималарининг емирилиши ва тоғай қопламаларининг бузилиши натижасида шикастланган оёқ калталаниб қолади.

14.2-расм. Ўнг тизза бўғими силининг ташқи кўриниши. Бўғим соҳаси шишган, тери таранглашган, оқарган, веноз қон томирлар қалинлашган

Рентгенологик текширувда суяк тўқимасидаги остеопорознинг кучайгани, суякларнинг бўғим соҳасида емирилгани аниқланади. Рентгенда бўғим ёриғи торайган, бўғим юзалари ноаниқ ва ҳар хил катталикдаги жароҳатлар кўринади. Бундан ташқари, жароҳат атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг ўзгариши, бўғимнинг букланиб қолиши, суяклар мутаносиблигининг бузилгани аниқланади.

Лаборатория текширувларида, қонда ЭЧТ ошгани, лейкоцитоз, оқсил миқдори ўзгаргани, яъни глобулин фракциясининг ошгани, калций миқдори камайгани кузатилади. Туберкулин синамаси қўйилганда мусбат натижа чиқиши мумкин.

Маҳаллий яллиғланишнинг кучайиши натижасида, беморда чуқур ўзгаришлар, яъни субфебрил, ёки баланд ҳарорат бўлиши, озиб кетиши, ички заҳарланиш, жигар, буйраклар фаолияти бузилиши, ички аъзоларда амилоидоз белгиларининг пайдо бўлиши кузатилади. Касалликни вақтида аниқлаш ва тегишли даволаш чораларини ўтказиш, жароҳатнинг чегараланишига, босилишига, яъни учинчи даврга ўтиб, яллиғланган артрит белгиларининг камайишига олиб келади.

Босилган даври. Бу давр маълум бир суяк тўқимасидаги сил жароҳатининг тугалланиб бориши ва соғайиши билан якунланади. Ўткир сил жараёни ривожланишдан тўхтаб, жароҳатни давомли ёки давомсиз босилиши билан алмашинади. Бунда маҳаллий ҳарорат, бўғим соҳасидаги шиш, оғриқ босилади, оқма яра, абсцесслар йўқолади. П.Г.Корневнинг таъкидлашича, бўғим «оғриқсиз», «совуқ ва қуруқ» бўлиб қолади.

Рентгенологик текширувда эса, суяк тўқимасининг остео-порози, емирилишнинг тўхташи, қайта тикланиш белгилари, яъни емирилган жойларнинг тўлиши, суяк тўқимасининг қалинлашиши кузатилади. Бироқ, мавжуд трофик ва анатомик-функционал ўзгаришлар, чунончи мушаклар атрофияси, бўғим ҳаракатининг чегаралангани, шаклининг ўзгаргани, суяклар юзаси мутаано-сиблигининг бузилиши, оёқнинг калталиги сақланиб қолади. Баъзан сил гонитининг оқибати сифатида бўғим суяклари анкилози билан тугалланиб, кўпинча, нотўлиқ фиброз чандиқ билан ўралади ва ҳаракат чегараланиб, бемор меҳнат қобилиятини йўқотади.

Тизза бўғими силида бўғим босқичининг давомийлиги ҳар хил бўлади. Сил жараёни ривожланишининг босилиши ўртача 2-3 йил давом этади, ўз вақтида зарур даво чоралари кўрилганда, бу муддат қисқариши мумкин.

Бўғимдан кейинги босқич

Сил гонитига хос яллиғланиш белгиларининг клиник босилиши жароҳатнинг бутунлай соғайиб кетганини кўрсатмайди, чунки специфик ўзгаришлар зимдан узоқ вақт сақланиб қолиши мумкин. Шу билан бирга, бўғимда чуқур анатомик-функционал ўзгаришлар сақланиб қолади. Бемор оғир шароитда қолса, бир неча йиллардан кейин ҳам жароҳатланган бўғимда касаллик қайталаши мумкин. Касалликнинг бундай қайталаши, аввалдан оғир жаро-ҳатланган суяк тўқималарида юзага келганидан, касаллик ҳар хил

тарзда кечиб, маълум бир давомийлик, босқичларни ўтмасдан, оғир ўтади ва абсцесс, оқма яралар пайдо бўлиши билан давом этади.

Сон-чаноқ бўғими сили (коксит)

Сил гонити ва кокситнинг клиник кечишида ўхшашлик билан бир қаторда, маълум фарқ этадиган томонлар мавжуд (14.3-расм).

Аввало, кокситнинг бўғим олди босқичини аниқлаш қийин-лигини айтиб ўтиш керак. Бўғим босқичида оғир асоратлар пайдо бўлиши, яъни бўғимнинг аслига келмас, жиддий бузилишларга олиб келиши, ниҳоят, сўнги босқичда яширин қолдиқ сақланиб, касалликнинг тез-тез қайталаниб туришига сабаб бўлиши мумкин.

Касалликнинг бўғим олди босқичида сон-чаноқ бўғими яқинида ноаниқ ўзгарувчан бирламчи ўчоқ пайдо бўлади. Беморларда силдан заҳарланишга хос умумий ўзгаришлар, яъни уйқунинг бузилиши, иштаҳа йўқолиши, ҳолсизлик, озиб кетиш, баъзан тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Бўғим яқинида жойлашган лимфа тугунлари бир оз катталашади, яъни лимфаденитлар кузатилиши мумкин. Касалланган оёқнинг бир оз қуввати бўлмайди, оғрийди, бўғим ҳаракати сусаяди, баъзан бемор оқсоқланиб қолади, бу аломатлар айниқса кечқурун кўпроқ билинади.

14.3-расм. Бирламчи сил ўчоқларининг сон-чаноқ бўғимини ҳосил қилувчи суякларда жойлашиш ўрни (Ришар бўйича): а) интраартикуляр; б) юкстаартикуляр; в) параартикуляр

Касалликнинг бу даврида бемор клиник текширилганда, функционал чегараланган ўзгаришлар, яъни бўғим ҳаракатининг енгил, бир томонлама чегараланганини, бўғимнинг очилиши ёки букилиши чекланиб қолганини кузатиш мумкин. Бемор секин-аста ҳаракат қилади, ҳаракат бир текис бўлмайди, узилиб-узилиб, гўёки зинопоясимон бўлади ва бу белги

«мушаклар хушёрлиги» дейилади. Жароҳатланган жой пайпаслаганда сал оғрийди, юмшоқ тўқималарнинг шишиши ва абсцесс бўлиши мумкин.

Беморни рентгенда текширилганда, бўғим ҳосил қилувчи суякларда, айрим ҳолларда, бирламчи ўчоқни кўриш мумкин. Кўпинча, бирламчи ўчоқлар эски бўлса, суяк парчалари (сек-вестрлар) кўриниши мумкин. Суяк тўқимасида силга хос тарқоқ остеопороз бўлмайди. Сон-чаноқ бўғимида бирламчи ўчоқларнинг жойлашган ўрни муҳим аҳамиятга эга бўлиб, қуймич косасини ҳосил қилувчи суякларда, кўпи билан, у 60% сон суягининг бўйнида ва камдан-кам сон суягининг бош қисмида жойлашади (14.3-расм). Кейинчалик бирламчи ўчоқларнинг ривожланиб бориши, сил жароҳатининг суякдан бўғим ичига киришига олиб келади, буни эса, иккиламчи артрит ёки сил кокситининг бўғимдаги босқичи, дейилади.

Сил кокситининг бўғимдаги босқичи

Бу босқичда, жароҳат бутунлай бўғимни эгаллаб олиб, олдинги босқичдаги яллиғланишнинг тез-тез ўзгарувчан белгилари муқим бўлиб қолади. Бу босқичнинг кечиши маълум қонуниятда учта, бошланғич, ривожланган, босилган даврлардан иборат бўлади.

Бошланғич даврида суякдаги сил ўчоғи ривожланиб, бўғимнинг синовиал пардасига ўтади. Унда экссудатив ва продуктив яллиғланиш белгилари ҳосил бўлади, кўп ҳаракат қилганда оғриқ кучаяди, мушаклар бўшашиб қолади ва шу туфайли, бемор ўз-ўзидан қоқиладиган бўлиб қолади.

Кўпинча, бўғим атрофида лимфа тугунларининг катталашиши, бу босқичнинг муҳим белгиларидан бири ҳисобланади. Бўғимда оғриқ кучайиб, бемор ҳаракати чегараланиб қолади. Касалликнинг бошида функционал бузилишлар рўй беради, яъни беморнинг юриши, қадам ташлаши ўзгаради, оғриган оёғини авайлаб босади (Баришников белгиси). Кейинроқ доим оқсоқланадиган бўлиб қолади, бу эса бўғим пардасининг яллиғланиши, мушакларнинг рефлектор тортишиб қолиши, бошқа гуруҳ мушаклар ҳаракатининг чегараланишига олиб келади.

Бошланғич кокситнинг ўзига хос учинчи белгиси трофик ўзгаришлардир. Бу мушаклар таранглигининг пасайиши (гипо-тония) ва озиб кетишидир (гипотрофия, атрофия). Ана шу ҳолат, айниқса, яққол намоён бўлади. Трофик ўзгаришлар, жароҳатланган оёқнинг тери ости тўқимаси ва тери қатламининг қалинлашишига олиб келади (Л.П.Александров белгиси).

Баъзан, бошланғич кокситда бўғим атрофида йиринг тўпланиши, (абсцесс) мумкин. Ўсиш соҳаси таъсирланишидан жароҳатланган оёқ, соғ оёққа нисбатан узайиб қолиши мумкин.

Беморни рентгенологик текширилганда жароҳат соҳасида, кўпинча, сон суяги бўйни ва бош қисмида суяк тўқимасининг остеопорози кузатилади. Кейинчалик қопловчи тоғай шишгани туфайли, бўғим оралиғи бир оз кенгаяди, кейин торайиб қолади. Бўғим ёриғининг торайиши юқори-ташқи соҳада кузатилиб, бу қопловчи тоғайнинг босилиши нотекис бузилиш билан кечади. Бу даврда суяк тўқимасида ҳам дастлабки емирилиш, бузилишлар кузатилиши мумкин.

Ривожланган давр. Бу давр зарарланган соҳада, ҳам бутун танада силнинг умумий белгиларининг зўрайиб кетиши билан кечади. Юқорида кўрсатилган учлик белгига (оғриқ, ҳаракатнинг чегараланганлиги, мушаклар атрофияси) янги белгилар, яъни оёқ ҳолатининг ўзгариб қолгани, бўғим соҳаси шишгани (абсцесс, оқма яра), бўғим суяклари четининг бузилишидан, оёқнинг калта бўлиб қолиши ва бўғимдан чиқиб кетиши киради. Бўғим фаолиятининг бузилиши, мавжуд ҳаракатларнинг ҳар томонлама чегараланишига, бўғимда ҳаракатнинг бутунлай йўқолишига, оёқни мажбурий ҳолатда тутиб туришига олиб келади. Сил кокситида оёқ букланиб, қотиб туради (контрактураси), бу ўз навбатида бел умуртқаси, чаноқнинг қийшайиб қолишига олиб келади (14.4-расм).

Бўғим атрофида йиринг тўпланиши (абсцесслар) гонитга нисбатан 2-3 марта кўп учрайди. Бу кўпинча суякнинг катта кўсти олдида, суякнинг олд ташқарисида камроқ катта кўст орқасида ва думба соҳасида бўлади.

14.4-расм. Сил ривожланган даврда сон чаноғи бўғими соҳасидаги ўзгаришлар (П.Г.Корневдан):
а) бўғим шишган, оёқ ташқарига очилган;
б) оёқ нисбатан узунлашиб қолганга ўхшайди;
в) оёқ ичкарига бурилган, гўёки калталанган;
г) чаноқ, умуртқа соҳасида лордоз ва сколиоз

Катта ёшдаги кишиларда суяк тўқимасининг емирилиши юзароқ бўлиб, суяк бошчасининг тўлиқ емирилиб кетиши кам учрайди. Шунинг учун ҳам катталарда оёқнинг калталаниб қолиши кам учрайди.

Рентген тасвирида кўрганимиздек, ривожланган даврида остеопороз ва суяк тўқимаси емирилиши зўрайиб кетади. Остеопороз, бўғим суякларининг бошқа соҳаларига ҳам тарқалиб кетиб, ацетабуляр бўлим–ёнбош суяк танаси, сон суяги бошчаси, бўйни, диафиз юқорисини эгаллайди. Суяк тўқимасининг емири-лиши зўрайиб, яқин жойлашган бошқа суякларга ҳам таъсир қилиб, емирилиш жараёни кузатилади. Бўғим ёриғи торайиб, аввало юқори-ташқи

бўлимда кузатилади. Суяклар емирилиши бошида юзаки бўлиб, кейинчалик кучайиб, чуқурлашиб, аксарият ҳолларда қуймич косачаси ташқари томонида анчагина емирилади.

Касаллик ривожланган босқичдан секин-аста **учинчи - босилган босқичига** ўтади. Бу даврда жароҳат тинчланиб, баъзан клиник белгилар бутунлай йўқолади. Бўғим соҳасида оғриқ босилади, маҳаллий шиш, ҳарорат, оқма яралар йўқолади, бўғим П.Г.Корнев таъбирича «оғриқсиз», «совуқ», «қуруқ» бўлиб қолади.

Беморнинг умумий аҳволи яхшиланиб, заҳарланиш белгилари йўқолади. Аммо, юзага келган жаъмики анатомик ва функционал бузилишлар сақланиб қолади, яъни оёқ нотўғри ҳолатда туради, ҳаракати чегараланади, ҳатто оёқлар қимирламай қолади, бўғим суяклари мутааносиблиги бузилади, оёқ калта тортади ва ҳоказо.

Рентген тасвирда суяк тўқимаси емирилишининг тўхтагани, репаратив жараёнларнинг бошлангани кўринади. Дастлаб емирилган тўқималар қирғоқларида чегаралар пайдо бўлади, суяклардаги остеопороз камая бошлайди. Секин-аста қирғоқлар бўйлаб склероз кучая бошлайди. Баъзан бўғимдаги суяклар бирлашиб кетади (анкилоз).

Бўғимдан сўнгги босқич

Юқорида келтирилганлардан кўриниб турибдики, касал-ликнинг бўғимдаги босқичида жароҳат бутунлай тузалмайди, балки сил жароҳати ҳали сақланган, чегараланган бўлиб, атрофдан ўраб олиниши мумкин, бу ҳолат муқим бўлмасдан, баъзан бир неча йилдан кейин ҳам қўзғаши мумкин. Силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлар, бўғим ичида жароҳатнинг бутунлай тузалиб кетишига йўл қўймайди ва суяк тўқимасидаги дистрофик ўзгаришларнинг кучайишига, бўғимда қолган ҳаракатнинг бузилишига олиб келади.

Силнинг бўғимдан сўнгги босқичи нисбатан босилиб, анча узоққа чўзилади, бу бўғим пардаси, тоғай суяк тўқималарининг жароҳатдан кейин бирор тартибда тикланиши даврига боғлиқ. Бу даврдаги морфологик ўзгаришлар яллиғланишга эмас, балки артроз, остеоартроз ҳолатида кечадиган сурункали дегенератив ўзгариш-ларга хос бўлади. Бўғимда сақланиб қолган силдан кейинги ўзгаришлар ҳатто бир неча йиллардан кейин ҳам касалликнинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин. Юзага келган сил артрозлари босқичма-босқич кечмасдан, ўзгариб туради, оғир кечади, қайта тикланишга мойил бўлади ва даволаш чоралари унча таъсир қилмайди. Баъзан жароҳат бир неча ойдан кейин тузалиб кетиши, кўпинча тўлқинсимон тинчланиб, қўзғалиб кечиши мумкин.

Умуртқа поғонаси сили (спондилит)

Таянч-ҳаракат аъзолари силида умуртқа поғонасининг силдан жароҳатланиши биринчи ўринда туради. Бу хасталик ўз навбатида оғир ва мураккаб жароҳат ҳисобланади. Касалликнинг оғирлиги жароҳатнинг

кечиши, аслига қайтмас ўзгаришлар – букрилик пайдо бўлиши билан ифодаланади. Суяк тўқимасининг бузилишлари, кўпинча, орқа мия атрофида, ҳаётий зарур ички аъзолар атрофида юзага келади ва ривожланади.

Касаллик ҳақида дастлабки тарихий маълумотлар Гиппократ номи билан боғлансада, клиник кечиши – букриликнинг пайдо бўлишини инглиз хирурги Потт 1789 йилда илмий асослаб берган, шунинг учун умуртқалар жароҳати Потт касаллиги деб ҳам аталади.

Умуртқа поғонаси сили, бошқа бўғимлардаги сил жароҳати каби маълум патологик-анатомик ривожланиш билан кечиб, муайян босқич ва даврларда ўтади. Умуртқа поғонаси сили 3 та босқичда кечиб, 1 босқич - умуртқа танасида бирламчи ўчоқнинг пайдо бўлиши, «тинч давр»-умуртқа олди босқичи (преспондилитик), 2 босқич - жароҳатнинг ўткир ривожланиши, клиник белгиларининг рўйи рост пайдо бўлиши - умуртқа босқичи ва 3 босқич - кейинчалик қайталашлар умуртқадан кейинги босқичдаги (постспондилитик) асоратлардир.

Умуртқа олди босқичи

Умуртқа танасида бирламчи ўчоқнинг пайдо бўлишини аниқлаш қийин бўлиб, бу босқичда бирорта клиник белгилар бўлмаслиги, рентгенологик текширганда ўзига хос ўзгаришлар топилмаслиги мумкин (14.5А-расм). Жароҳат атрофида кўзга кўринарли ўзгаришлар бўлмагани каби, беморнинг аҳволида ҳам аниқ, ҳатто касалликка тахмин қилиш мумкин бўлган ўзгаришлар пайдо бўлади. Чунки бирламчи ўчоқ умуртқа танасида жойлашар экан, атрофида катта ўзгаришларни юзага келтирмайди, оғриқ бўлмайди, функционал бузилишлар рўй бермайди. Шу билан бирга, беморларда, айниқса болаларда умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлиши мумкин. Беморнинг кайфияти бузилади, иштаҳаси бўлмайди, озиб кетади, толиқади, меҳнат қилиш қобилияти пасаяди.

Клиник текширилганда умуртқа силига хос ўзгаришлар кузатилмайди. Камдан-кам рентген текширувида умуртқа тана-сида баъзи ўзгаришлар: суяк тўсинчаларининг ўзгариб қолгани, чегараланган ўчоқ сифатида кўриниши мумкин. Лаборатория текширувларида ўзгаришлар топилмайди. Лекин туберкулин синамаси мусбат чиқиши мумкин. Бирламчи ўчоқлар умуртқа орқасидаги ўсимталарда, қиррали ўсиқларда жойлашса босиб кўрилганда оғрийди.

Умуртқадаги босқич

Бу босқичда жароҳат атрофида ва ундан узоқда маълум клиник белгилар юзага келиб, тинмай ривожланиш хусусиятига эга бўлади. Босқич 3 та даврда, яъни бошланғич, ривожланган ва босилган билан кечади.

Бошланғич даври. Бу даврда маҳаллий клиник белгилар, яъни бирламчи ўчоқ ривожланиб, кенгайиб, тарқалиб, ғовак ва қисман суякнинг қаттиқ (кортикал) қаватига ўтади, уни емириб, атрофига тарқалади, умуртқалар орасидаги фиброз тўқимага (диск) ўтади (14.5Б-расм). Оғриқ, умуртқа ҳаракатининг чегараланганлиги, жароҳатнинг бошланғич даврига

хос ўзгариши, яъни мушаклар атрофияси бошланғич даврга хос белгилар ҳисобланади.

14.5-расм. Сил жароҳатининг ривожланиш босқичларига кўра, умуртқалар танасидаги рентгенологик тасвир: А – умуртқа олди босқичида; Б – умуртқадаги босқичида; В – умуртқада ривожланган даври (П.Г.Корневдан)

Бу даврда умумий ўзгаришлар яққол билинади. Силдан заҳарланиш зўрайиб, аввалги босқичдаги белгилар чуқурлашади, тана ҳарорати кўтарилиб, қонда ЭЧТ тезлашади ва лейкоцитоз кузатилади. Шу даврда тегишли муолажалар қилинмаса, жароҳат чуқурлашиб, тарқалиб, ривожланган даврига ўтади.

Ривожланган даври. Умуртқалар емирилишининг кучайиши, яллиғланишнинг ривожланиши ва атрофдаги юмшоқ тўқималарга тарқалиши, жароҳатнинг ривожланган даврини кўрсатади (14.5В-расм). Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, юқорида айтиб ўтилган силга хос белгилар, яъни букрилик, оқма яралар, орқа мия фаолиятининг бузилиши, ривожланганини, чуқурлашганини кўриш мумкин. Беморнинг қуввати бўлмайди, силга хос жаъмики умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлиб, беморнинг кайфияти ёмон, уйқуси нотинч бўлади, иштаҳаси йўқолиб, озиб кетади. Тана ҳарорати бир оз кўтарилади (субфебрил), ҳатто иситма баланд (фебрил) бўлади, ЭЧТ тезлашган, қон таҳлили кўпинча меъёрида ёки бир оз лейкоцитоз, чапга ядроли силжиш кузатилади, лейко-цитоз камдан-кам кузатилади.

Жароҳатланган умуртқалар соҳаси тинмай оғрийди, кучаяди, кўпинча атрофга тарқалади, жароҳатлардан анча узоқ жой оғриши ҳам мумкин, бу жароҳатнинг жойлашган ўрнига ҳам боғлиқ бўлади. Оғриқнинг зўрлигидан бемор ҳаракат қила олмай қолади, тик туролмайди, қўлларига таяниб туради.

Иложи борича, ўтиришга ёки ётишга ҳаракат қилади, чунки қимирламасдан турганида оғриқ босилади. +иёсий диагностикада П.Г.Корневнинг «Жилов» белгиси муҳим аҳамиятга эга, бунда жароҳатланган умуртқалардан икки томонлама куракнинг ички-юқори бурчагига кетувчи мушаклар қалинлашиб, қаттиқлашади, пайпаслаб кўрилганда бўртиб чиққани билинади.

Жароҳатнинг ривожланган даврида энг кўп учрайдиган клиник белгилардан бири - умуртқа поғонасининг қийшайиб қолишидир. Беморнинг емирилган умуртқалари сони, жойлашиши ва ёшига қараб жараён ҳар хил кўринишда бўлиши мумкин. Букрилик катта ёшдаги беморларда баъзан кузатилмаслиги, унча катта бўлмаслиги мумкин. Чунки, бу ёшдаги беморларда жароҳат-ланган умуртқалар сони кўп бўлмайди (аксариат 2 та), унча кўп қисми емирилмайди. Болаларда эса умуртқалар шакли тез ўзгариб, кўпинча катта ва аслига келмайдиган ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Касалликнинг бошланғич даврида умуртқалар қиррали ўсиқлари тугмасимон кўтарилади. Бир умуртқа емирилганда – бурчаксимон букрилик, бир жойда бир нечта умуртқалар соҳасида (кўп ўринли) жароҳат бўлганда – тўлқинсимон букрилик кузатилиши мумкин (14.6-расм).

14.6-Расм. Умуртқа поғонаси силида юзага келган букрилик турлари (П.Г.Корневдан)

Умуртқалар силининг ривожланган босқичида абсцесс пайдо бўлади. Т.П.Краснобаев маълумотларига кўра, сил спондилитида абсцесслар 83% гача учраши мумкин. Клиник текширилганда абсцесслар ёнбошда, кейин белда, сонда, энсада аниқланади. Рентгенологик текширувда абсцесслар, кўпинча, кўкрак умуртқаси соҳасида учрайди (14.7А-расм). Абсцесслар баъзан зимдан секин-аста бошланади, умумий ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкин. Аксарият ҳолларда абсцесслар шаклланиши, ўша жой оғриши, атрофга тарқалиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, ЭЧТ тезлашиши ва лейкоцитоз каби ўзгаришлар билан келади. Уларнинг жойлашган ўрнига қараб, маҳаллий ўзгаришлар ҳам кузатилади. Томоқ

орқасида жойлашган абсцесслар ютиш, нафас олишга таъсир қилиши мумкин (14.8-расм). Кўкрак умуртқасида абсцесслар, кўпинча, асоратсиз ўтади, фақат рентгенологик текширилганда аниқланиши мумкин. Баъзан улар қизилўнгачга ёки ўпкага ёриб киради. Бунда бемор йўталиб, кўп миқдорда балғам ташлаши мумкин. Биқинда абсцесслар псоит сифатида кечади, шу томондаги оёқни букиб қўйиши мумкин (14.7Б-расм).

А

Б

14.7-расм. А) Th 9-10 умуртқалар сили: умуртқалар деструкцияси оралиғи, торайиши, паравертебрал абсцесс;
Б) L_5-S_1 умуртқалар сили чапда катта ҳажмдаги psoas абсцесс

Маълумки, абцесслар аксарият ҳолларда узоқ вақтлар ўзгар-масдан, катта ўзгаришларга олиб келмасдан сақланиб, учта муҳим хавфни мужассам қилиб туради: аъзолар токсик заҳарланиши, механик – ички аъзолар (қизилўнгач, трахея, орқа мия) сиқилиши ва септик – иккиламчи инфекция. Абсцесслар жараён охиригача оғир кечади, узоққа чўзиладиган йирингли асорат, сурункали сепсис, ички аъзоларнинг амилоидозига олиб келади.

Сил спондилитида абсцесслар, кўпинча, оқма яраларга сабаб бўлади. Оқма яралар пайдо бўлиши жароҳатнинг оғир даврга ўтганини кўрсатади. Иккиламчи инфекция қўшилиши туфайли, ички аъзоларда аслига келмас асоратлар пайдо бўлади. Оқма яралар, кўпинча, бел, кўкрак – бел умуртқаси силида вужудга келади. Оқма яралар шифохонада даволанаётганда пайдо бўлса, тезроқ битиши мумкин, эски, инфекцияланган оқма яраларнинг тузалиши қийин бўлади ва ички аъзолар амилоидозига олиб келади.

14.8-расм. Бўйин С 3-4-5 умуртқалар сили, катта деструктив ўзгариш, умуртқа олди абсцесси, орқа миянинг сиқилиши

Орқа миядаги ўзгаришлар. Сил спондилитида ўзига хос ўзгаришлардан бири-орқа миядаги асоратлардир. Бу асорат-ларнинг ривожланиш даражаси ҳар хил бўлиб, нерв толаларининг сиқилиши белгилари, пай рефлексларининг тортишиши, то фалажлик, чаноқ фаолиятининг бузилишигача олиб келиши мумкин. Бу эса асоратнинг чуқурлиги, кўлами, жароҳатнинг жойлашган ўрни ва катталигига боғлиқ.

Орқа миядага ўзгаришлар аста-секин ривожланади. Дастлабки ўзгаришлар пай рефлексларининг кучайиши, хусусан тиззада, кейин оёқ кафти, тизза қопқоғидаги пайларнинг тез-тез тортишиб туриши (клонуслар), патологик рефлекслар тарзида пайдо бўлади, сўнгра ҳаракат бузилишлари – парез, фалажлик юзага келиб, икки томонлама таранглашиб (спастик), фалажлик-нинг ривожланиши кўпинча оғриқ, титроқ билан кечади. Ҳаракат фалажлигида, кўпинч,а сезгирлик пасаяди, ҳатто йўқолади. Бу трофик ўзгаришларга олиб келади, думғаза ва товонларда ётоқ яралар пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Оёқларнинг фалажланиши, кўпинча, чаноқ аъзолари фао-лиятининг бузилиши, сийдик ажралишининг қийинлашиши билан кечади, бу доим сийдик томчилаб туришига сабаб бўлади.

Даволаш туфайли яллиғланиш даражаси пасая бориб, кейинги босилган даврига ўтади.

Босилган даври. Бу даврда беморнинг умумий аҳволи нисбатан яхши бўлади. Босилган даври суяк тўқимасининг емирилишини тўхташи, юмшоқ тўқималардаги иккиламчи ўзгаришларнинг йўқолиши, жараённинг чегараланиши билан кечади. Оғриқ, мушаклар тортишиб қолганлиги, юмшоқ тўқималарлардаги шишлар, ўзгаришлар, абсцесс, оқма яралар кичрайиб

қолади, баъзан орқа миядаги ўзгаришлар тикланади. Тана ҳарорати меъёрлашиб, қон ва биокимёвий таҳлиллардаги ўзгаришлар ҳам меъёрига келади. Клиник ўзгаришлар қанчалик яхшиланмасин, барибир жароҳат бутунлай тузалиб кетди, деб бўлмайди, чунки қандайдир қолдиқ ўзгаришлар узоқ вақтгача сақланиб туриши, жароҳатнинг қайталашига сабаб бўлиши мумкин.

Умуртқадан сўнги босқич

Бу босқичда жароҳат тузалади, бемор нисбатан соғаяди. Лекин жароҳат бутунлай йўқолмайди, ҳар хил асоратлар қолади. Бу асоратлар ўз навбатида кучайиши мумкин. Айниқса бола ўсаётганда букрилик ривожланиб боради. Жароҳатланган умурт-қалар ўсиши тўхтаб, жароҳатнинг тепасида ва пастида жойлаш-ган умуртқалар ўсишда давом этаверади, бу нафақат умуртқа-ларнинг ўзгариши, балки унга бириккан бошқа суяклар, айниқса кўкрак қафаси шаклининг бузилишига олиб келади.

Бундан кейинги босқичда қайталашлар бир томондан, умуртқа танасида чегараланган ўчоқлардан пайдо бўлса, иккинчидан, тугатилмаган абцесслардан юзага келиши мумкин. Бу босқичда ҳам қайталаш туфайли, орқа миядаги ўзгаришлар – кечиккан фалажликнинг ёки ўтган фалажликнинг қайталаниши кузатилиши мумкин. Хулоса қилиб айтганда, сил жароҳатининг умуртқа поғонасида кечиши оғир касаллик бўлиб, ҳар бир даврда жойлашган ўрнига қараб, ўзига хос асоратлар пайдо қилиши, тез-тез қайталаб туриши мумкин. Касаллик эрта аниқланганда, тегишли даво чоралари қўлланиб, бемор бутунлай соғайиб кетиши мумкин.

Таянч-ҳаракат аъзолари сили диагностикаси

Беморни текшириш ва ундаги жароҳатни аниқлаш учун клиник, рентгенологик ва лаборатория текширишлари зарур. Бу уччала усул ҳам бир-бирига бевосита боғлиқ, шу билан бирга беморни клиник текшириш айниқса муҳим аҳамиятга эга. Беморни клиник текшириш учта муҳим усул: кўриш, пайпаслаш ва ҳар хил ўлчашлар билан амалга оширилади. Сил жароҳатини аниқлашда анамнез муҳим. Беморнинг уйида жароҳатланганини, юқумли касалликлар, сил бемор билан алоқада бўлган-бўлмагани муҳим. Шу билан бир қаторда беморнинг яшаш шароити, касби, зарар одатлари ҳам катта аҳамиятга эга.

Кўриш - беморни ечинтириб кўриб, текшириш умумий ва маҳаллий ўзгаришларни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Бунда тери қопламаларининг ҳолати, ҳар хил чандиқлар бор-йўқлиги, оқма яралар, тошмалар, экссудатив диатезлар, лимфа тугунларининг катталашганини аниқлаш мумкин бўлади. Яна қулоқ, кўз, оғиз, бурун бўшлиғи шилиқ қаватлари ва тишларнинг ҳолатини ҳам кўздан кечириш керак.

Умумий кўрикда тананинг тузилишини ҳисобга олиш:

а) беморнинг ташқи кўриниши, мушаклар ҳолати: қувват-сизлиги;

б) тана қисмларининг бир-бирига мутааносиблиги;

в) қоматнинг тик туриши (бир оз олдинга) ёки ёнга қийшайгани (сколиоз), кўкрак қафасининг тузилиши, қорин шакли ва ривожланишдаги нуқсонлар (астения, гипоплазия);

г) беморнинг юриши, оқсаши, мажбурий вазиятда ётиши, хассага таяниб юриши ва бошқалар аниқланади.

Маҳаллий кузатувда тананинг жароҳатланган қисми ҳолати - табиий ёки мажбурий:

- қийшиқлик, нотўғри ҳолат, кўринадиган силжишликлар, бирор оёқнинг калталаниши;

- жароҳат соҳасидаги шишнинг ҳолати, тўқималардаги ўзгаришлар, юпқалашиши, рангнинг ўзгариши, яраларни, жумладан оқма яраларни аниқлаш;

- фаолиятнинг бузилиши: жароҳатланган тана қисмини ҳаракатлантира олиш имконияти, бўғим ёки умуртқа поғонаси ҳаракатининг бузилгани, оқсоқлик ва бошқалар муҳим аҳамиятга молик.

Пайпаслаб кўриш - иккала ёки бир қўл билан амалга оширилади, бунда кафтнинг ҳамма ери билан ёки бармоқ учида босиб текшириш мумкин. Пайпаслаш йўли билан бемордаги ҳам умумий, ҳам маҳаллий ўзгаришлар аниқланади.

Умумий ҳолатни ўрганишда қуйидагилар аниқланади:

а) мушаклар тизимида уларнинг қалинлиги, фаолияти бў-шашгани, ва, айни бир вақтда, тери ва тери ости тўқималарининг қалинлиги;

б) жағ ости, бўйин, қўлтиқ, чов соҳаси лимфа безларининг катталашуви, қаттиқлашгани, юмшагани;

в) ошқозон-ичак аъзоларида, қорин пардаси ва қорин парда орқасидаги ўзгаришлар, жигар, буйрак, талоқ, жинсий аъзолар ҳолати, оғриши, катталашгани, қаттиқлашгани.

Жароҳатнинг ўзини пайпаслаб кўришда қуйидагиларга эъти-бор берилади:

а) шишнинг ёки ўсманинг катталиги, ҳолати, чегараси, қаттиқлиги, синовиал парданинг ҳолати, унда суюқликнинг тўп-ланиши, ташқарига оқиши, оқма яралар;

б) жароҳат соҳасидаги ҳолат;

в) тўқималардаги маҳаллий оғриқнинг тарқалган ёки чега-ралганган бўлиши; пайпаслаб, босиб, уриб кўрилганда оғриқнинг кучайиши, оғриқ нуқтасини аниқлаб, суякдаги жароҳат ўрнини топиш мумкин. Товонга уриб, бошни босиб кўриб, бўғим ёки умуртқадаги жароҳатни аниқлаш;

г) жароҳат соҳасида теридаги ҳароратни кафт билан босиб туриб аниқлаш;

д) жароҳат атрофидаги юмшоқ тўқималар ҳолати: мушаклар ҳолати-гипотония ва атрофия даражалари, терининг қалин-лашгани (Александров белгиси), суюқлик тўплангани, ўсмалар;

е) жароҳатланган суякнинг ҳолати: озиш (атрофия) ёки қалинлашиш (гиперостоз), ўсмалар ҳосил бўлгани (экзостозлар) ва емирилиш, суяк

бутунлигининг бузилиши, жароҳатланиб синиши (инфракция), чиқиши ва бошқалар пайпаслаб аниқланади.

Жароҳатни аниқлашда ўлчаш муҳим усул ҳисобланади, бу рақамли кўрсаткичлар билан изоҳланади. Сантиметрли лента билан оёқнинг узунлиги, муҳим соҳаларининг қалинлиги ўлчанади (бўғимдаги шиш, мушаклар атрофияси), бурчакли ўлчагич ёрдамида бўғимнинг ҳаракатланиши даражаси ва бўғимнинг нотўғри ҳолати ўлчанади. Ўлчашнинг энг муҳим шартларидан бири жароҳатланган ва соғлом томонларни бир-бирига ёнма-ён қўйиб ўлчашдир, у маълум нуқталар орқали ўтади, буларга тўпиқ, тизза қопқоғи, сон суягининг катта кўсти, ёнбош суягининг олдинги-юқори қирраси киради.

Кейинги ўлчашда жароҳатланган соҳа ва унинг атрофи қалинлиги ўлчанади. Бунда жароҳатланган ва соғлом оёқнинг ўхшаш жойларини солиштириб ўлчанади.

Силдан жароҳатланган аъзоларнинг ҳаракатланиши даража-сини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Бу бурчак ўлчагич ёрдамида амалга оширилади. Масалан, тизза ва тирсак бўғимларининг меъёрдаги бурчаклари 180°, елка, болдир – панжа бўғимлари - 90°, сон-чаноқ бўғими букилганда – 180°, четга узатилганда - 90° (чаноққа нисбатан) бўлиб, сил жараёнида ўлчанаётган суяк-бўғимда ҳаракат анча чегараланган, ҳатто йўқолган бўлиши ҳам мумкин.

Рентгенологик текшириш муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бунда жароҳат ва унинг атрофидаги патологик ўзгаришлар, ҳатто сил жараёнининг эволюцияси ўрганилади.

Рентген суратини олишда маълум техник шартларга риоя қилиш керак.

1. Жароҳатланган суяк ёки бўғим рентген суратининг марказда бўлиши, жароҳат атрофида соғлом суяк, юмшоқ тўқималар етарлича миқдорда бўлиши керак.

2. Жароҳатланган соҳа бир-бирига перпендикуляр ҳолатда олд томондан (фас) ва ёндан (профил), баъзан эса, қўшимча равишда қийшиқ ҳолатда суратга олинади.

3. +иёсий баҳолаш учун айни бир вақтнинг ўзида соғлом томонни ҳам рентген тасвири олинади;

4. Дастлабки рентген тасвирлари, худди шу ҳолатда 2-3 ойдан кейин, албатта, такрорланиши лозим.

5. Рентген тасвирнинг сифати яхши бўлиши шарт.

Рентген тасвирида жароҳатни аниқлаш ва ўрганишда маълум бир тартибга, изчилликка риоя қилинади ва 5 та асосий белгиларга эътибор берилади:

1) суяк тўқимасининг бир томондан қаттиқлигига, иккинчидан, тузилишига (суяк тўқималарининг тасвири);

2) ташқи чегара қаватининг (кортикал) ўзгаришига, қалинлигига, суяк олди ўзгаришларига, суяк ости бузилишларига (нақш);

3) бўғим ҳосил қилувчи суякларда жароҳатнинг биридан иккинчисига ўтиши (ёки умуртқада), бўғим ёки умуртқалар орасидаги ёриқнинг торайиши

ёки кенгайишига, бўғим юзаси шаклининг ўзгаришига, тоғай қопламаларнинг ўзгаришига (юпқа-лашиши, изчиллиги бузилган, емирилган) ва битиб кетишига;

4) ўчоқли ўзгаришларга: суяк орасида, суяк девори олдида ва бўғим ичида ўчоқлар, суяк ва суякларарo кавaклар, суяк парчалари (секвестрлар);

5) бўғим ҳосил қилувчи суякларнинг бир-бирига мослиги (ёки умуртқанинг), силжиганлигига (умуртқа танаси эзилиб қолган), бирикиб қолганлиги (анкилоз) ва бўғим шаклининг қўпол бузилишига (нуқсон), бўғим охири суякларининг қалинлиги ва қаттиқлигига.

Биринчи 4 та белги муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бу жароҳат бошланишининг енгил даврига тўғри келади, суякларнинг асосий шакли эса ўзгармайди. Жароҳат ривожланиб, оғирлашганда 5-белги қўшилади.

Таянч-ҳаракат аъзоларининг сил жароҳатида бўғимларда юзага келадиган (суяк тўқимаси остеопорози, емирилиши, йириқ-ларнинг торайиб қолиши, ўчоқлар пайдо бўлиши) ўзгаришлардан ташқари, жароҳат атроф ва узоқроқда абсцесслар пайдо бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Масалан, абсцесслар кўкрак умуртқалари атрофида ноксимон, урчиқсимон, шарсимон, бел умуртқалари атрофи ва мушаклар орасида ҳар хил катталикда бўлади. Бўғимлар атрофида эса, ҳар хил ҳажмда бўлиб, юмшоқ тўқималарни сиқиб қўйиши мумкин.

Таянч-ҳаракат аъзолари силини асбоблар ёрдамида аниқлашда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти ходимлари такомиллаштирган ва ишлаб чиққан усуллардан, яъни термография, эхография, эхоостеометрия, молекуляр спектро-скопия қўшимча усул сифатида фойдаланилади.

Сил диагностикасида компютер ва магнит-резонансли томография ниҳоятда зарур.

Лаборатория текширишлари икки йўналишда олиб борилади. Биринчиси – жароҳат ва атрофидан ажралаётган патологик материалларни лабораторияда таҳлил қилиш, иккинчиси - жароҳат жараёнида организмнинг биологик ёки патологик реакцияси.

Лаборатория таҳлили бактериологик, цитологик, гистологик ва кимёвий усуллар ёрдамида ўтказилади.

Бактериологик таҳлилда, дастлаб, жароҳатдан олинган йирингни микроскопда кўриб, сил таёқчалари аниқланади (бактериоскопия). Карбол фуксин билан Цил-Нилсен усулида бўялади. Текширишда, дастлаб, цитологик – йирингдаги ҳужайра таркиби ўрганилади, сўнгра бактериоскопик - сил таёқчаларини бор-йўқлиги аниқланади.

Сил таёқчаларини аниқлашнинг мукаммалроқ усули патологик материални махсус озиқ муҳитларда экиб ўстиришдир. Озиқ-муҳитларидан кўпроқ Левенштейн-Йенсен, Финн усули қўлла-нилади.

Сил жароҳатининг умумий диагнозида бемор организмининг ҳолати ва ички иммунитет ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Бу ҳолатларни ўрганиш ва мавжуд сил жараёни қай тарзда кечаётганлигини, яъни сил жараёни бор-

йўқлигини аниқлаш учун, Манту синамаси қўйилади. Манту синамаси билак юзасининг ички ўрта қисмига тери орасига 2ТБ туберкулин юбориш билан бажа-рилади. Натижа 48-72 соатдан кейин маълум бўлади. Сил жараёни бўлса, 10-15 мм ва бундан катта папула – мусбат натижа пайдо бўлади.

Таянч-ҳаракат аъзолари силида қон таҳлилида силга хос ва сурункали яллиғли лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, эозинофилларнинг кўпайиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши каби ўзгаришлар кузатилади.

Сийдик таҳлилида жароҳатнинг оғир, йиринглаган вақтида сийдикда оқсил, лейкоцитлар, баъзан 2-3 та ва бундан кўп эритроцитлар пайдо бўлиши мумкин.

Хулоса қилиб айтганда, таянч-ҳаракат аъзолари силини аниқлаш қийин жараён бўлиб, жаъмики клиник-лаборатория, рентген, иммунологик усуллар ёрдамида аниқланади.

КЎРИШ АЪЗОЛАРИНИНГ СИЛИ

1884 йилда кўзни сил билан зарарланишининг биринчи бор клиник кўриниши намоён қилинган.

Кўз сили организмнинг умумий инфекцион касаллиги бўлиб, бактериал табиатга эга. Бу узоқ давом этиб, тез-тез қайталаниб, кўриш ўткирлигининг пасайиши ва айрим ҳолатларда кўрмасликка олиб келувчи касалликдир. Шунинг учун касалликни эрта аниқлаш муҳим вазифалардан биридир.

Ҳозирги пайтда қатор муаллифларнинг маълумотларига кўра, кўз сили ўпкадан ташқари сил касалликлари ичида олтинчи ўринда бўлиб, 5-16% ни ташкил қилади.

Кўз сили патогенези

Кўз сили ривожланишида, биринчи йўл – гемато-лимфоген бўлиб, шу йўл энг кўп учрайди. Гематоген диссеминацияда сил микобактериялари кўз тўқималарига организмнинг бошқа сил ўчоқларидан ўтади.

Иккинчи йўл – экзоген (кўзнинг бирламчи сили) кўзнинг шиллиқ қавати бўшлиғи орқали ривожланади. Сил микобакте-риялари кўз олмаси шиллиқ қаватига ташқаридан тушиб, специфик жараённи келтириб чиқаради. Кўз зарарланишининг бундай йўли билан ривожланиши кам бўлиб, асосан болалар ва ўсмирларда учрайди.

Кўп муаллифлар солитар эпибулбар туберкулёмани кўзнинг бирламчи сили эмас, балки ўпка, суяк ёки бошқа ердаги сил жараёнлари билан ҳамроҳ метастатик сил ўчоғи деб ҳисоблашади.

Учинчи йўл - контакт йўл. Сил жараёнининг кўзга тарқа-лиши, юз териси, кўз косаси остеомиелити, бурун бўшлиғи орқали ривожланади.

Клиницист ва морфологлар фикрига кўра, сил микобак-терияларининг томирли пардада бирламчи жойлашиши, кўз олмаси томирли пардасининг анатомик тузилиши билан тушунтирилади. Бунда ҳар хил гематоген

инфекцияларни томир деворига фикса-цияланиниши ва қўзғатувчига қарши кўз иммун реакцияси кузатилади. Томирли пардадаги қон томирининг кесишган қисм-ларида, қон оқиши секинлашади, натижада сил микобактериялари қон томир деворлари орқали ўтиб, периваскуляр тўқимада ушланиб қолади.

+он томири бўшлиғининг кенглиги, қон оқишининг секинлиги ва офталмотонус таъсирида сил микобактериялари томирларда фиксацияланиб, морфологик ўзгаришлар келтириб чиқаради.

Умумий нохуш шароитларда (инфекцион касалликлар, жаро-ҳатлар, совқотиш, стресс, ҳомиладорлик ва бошқалар) организм қаршилиги пасайиши ва маҳаллий тўқима иммунитети сусайиши оқибатида сил метастази клиник намоён бўлади.

Кўз сили таснифи

Касалликнинг патогенези, морфологик, иммун ўзгаришларига кўра, жуда кўп таснифлар таклиф қилинган. 1956 йил A.C.Woods касалликнинг клиник - морфологик тартибига асосланиб, қуйи-даги таснифни таклиф қилган. Бу таснифга кўра, сил увеитлари патогенетик фарқланувчи икки гуруҳга ажратилган:

1) гранулёматоз, касаллик пайдо қилувчи (патоген) микро-организмлар, гематогенли метастаз натижасида томирли парда қаватида перифокал яллиғланишга эга гранулёма ҳосил қилади;

2) ногранулематоз, яллиғланиш жараёни носпецифик кечиб, кўз тўқималарининг ҳар хил аллергенларга қарши сенсибили-зацияланган реакцияси билан намоён бўлади.

Россия Федерациясининг 22.11.1995 йилдаги 324 – буйруғига биноан кўз силининг 3 та клиник тури тафовут қилинади:

1. Гематогенли увеитлар. Улар олдинги (ирит, циклит, иридоциклит) ва орқа увеитларга (хориоидит, хориоритинит) бўлинади.

2. Кўз олди тўқималари сили.

3. Кўз сил – аллергик касалликлари. Улар ўткир бошланиши, қисқа давом этиши ва тез-тез қайталаниб туриши билан тарифланади.

Кўздаги сил жараёнининг хусусиятларига, касалликни жой-лашган ўрни ва тарқалганлиги, ривожланиш босқичи, фаоллик даврлари, кўз сили тузалгандан кейинги асоратлари ва ўзгариш-лари киради.

Мисол тариқасида қуйидаги диагнозни келтириш мумкин:

- ўнг кўздаги суст кечадиган олдинги ўчоқли серроз-пластик сил увеити (фаол даври), II – босқич, ностабил глаукома;

- сил этиологияли чап кўз парацентрал ўчоқли хорио-ретинити (экссудатив тури, фаол даври).

Кўз сили клиникаси

Кўз атрофи тўқималарининг сили

Кўз қовоқлари терисининг сили. Бу касаллик экзоген ва гематоген йўл орқали ривожланади ва кам учрайди. Касаллик терида майда пушти – сарғиш рангдаги тери юзасидан кўтарилиб, турувчи инфилтратнинг некрозга айланиб чандиқланиши билан ифодаланади. +овоқ терисидаги сил ўчоғининг чандиқланиши, унинг деформациясига, эктропионига, кейинчалик қовоқларнинг юмилмаслигига, шох парданинг ксерози (қуриб қолиши) ва яраланишига олиб келиши мумкин.

Сил дакриоцистити. Бу касаллик кўпинча болалар ва ўсмирларда кузатилади. Кам ҳолларда бирламчи зарарланиш ўчоғи бўлиб келади. Инфекция гематоген ёки конъюнктив орқали, қовоқ терисидан ўтиб, кўз ёши халтачасида ривожланади. Бунда кўз ёши халтачаси соҳасида терининг қизариши ва хамирсимон консис-тенцияга эга инфилтрат ҳосил бўлади.

Кўз косасининг сил остеомиелити. Касаллик болалар ва ўсмирларнинг бирламчи силида учрайди. Айрим ҳолларда специ-фик остеомиелит жароҳат сабабли ривожланади. Кўпинча яллиғ-ланган инфилтрат кўз косасининг ташқи қиррасида ҳосил бўлади. Суякдаги сил ўчоғи некрозланиши ва субпериостал абсцесснинг ривожланиши оқма яра ҳосил бўлишига олиб келади ва у орқали сил микобактериялари ва суяк секвестрларини сақловчи йиринг оқиб туради.

Сил дакриоаденити. Касаллик бошқа этиологияли дакрео-аденитлардан фарқли ўлароқ, оғриқ синдроми ва яллиғланиш белгиларининг деярли йўқлиги билан кечади. Кўз ёш бези қаттиқ консистенцияли, катта ҳажмга эга бўлади.

Конъюнктива (шиллиқ қават) сили. Касаллик конъюнк-тиванинг бирламчи зараланишида (экзоген), инфекциянинг қовоқ териси ва кўз ёш халтачаси шиллиқ қаватидан ўтиши, бошқа аъзолардан гематолимфоген йўли билан ривожланади. Кўпинча юқори қовоқ шиллиқ қавати зарарланиб, у ерда казеоз ва яра ривожланишига мойил кулранг тугунчалар ҳосил бўлади.

Эпибулбар сил. Бу касалликда лимб ёки лимб атрофи соҳасидаги конъюнктива қаватларида ва склеранинг юза қаватларида пушти – сарғиш рангдаги тугунчалар ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда тугунча юзаси яраланади. Бундай инфилтратлар сил гранулёмаларини билдиради.

Скрофулодерма – қаттиқ тугунлар ҳосил бўлиши, уларнинг кейинчалик юмшаб, яра ва оқма яра ҳосил қилиши билан кечадиган дерма ва гипродерманинг ўзига хос касаллигидир. Скрофулодерма чуқур чандиқланишга ва кўз қовоқларининг ҳаракатсизланиб юмилмай қолишига олиб келади.

Кўзнинг олд қисми сили

Сил иридоциклити (олдинги увеитлар). Сил иридоциклит-ларининг кечиши, перикорнеал инъекция ва субъектив белги-ларнинг (кўз ёши оқиши, ёруғликдан қўрқиш) сустлиги билан ифодаланади. У икки хил шаклда учрайди: ўчоқли шаклида дўм-боқчанинг рангдор парда кичик қон айланиш доираси ва ўзаги соҳасида борлиги, у ерда қизариб шишган рангдор парда тўқимаси тусида майда кулранг-сарғиш тугунчалар ҳосил бўлади. Яллиғ-

ланиш шишасимон тана ва кўзнинг олдинги камерасида катта-катта ёғли преципитатлар, экссудат пайдо бўлиши, қўпол орқа синехиялар ва гониосинехиялар шаклланиши, дўмбоқча соҳасида неоваскуляризациялар ва қорачиқда экссудатив плёнка пайдо бўлиши билан кечади.

Сил иридоциклитининг диффуз турини силга хос специфик белгилари бўлмагани учун, диагноз қўйиш қийинчилик келтириб чиқаради. Кўзнинг олдинги камерасига катта-катта преципитатлар тушиши, орқа синехиялар, гавҳар капсуласида экссудатив плён-калар ҳосил бўлиши, шишасимон тананинг хиралашиши, қорачиқ-нинг битиши ва торайиши кузатилади.

Сил кератитлари. Метастатик сил кератитлари суст ривожланган перекорнеал инъекция, инфилтратлар строманинг орқа қисмидаги, орқа чегарадош пластинка ва эндотелий соҳала-рида жойлашиши, жараённинг ўчоқли табиати, чуқур васку-ляризация, катта-катта ёғли преципитатлар, иридоциклит белги-лари, шох парда сезувчанлигининг сақланиши, узоқ рецидивланиб кечиши билан ифодаланади.

Сил склеритлари. Кўз силида склеритлар, худди кератит-лардек, сил жараёнининг томирли трактидан склерага киприк-симон тана ёки хориоидеанинг чет қисмлари орқали тарқалиб, иккиламчи ҳосил бўлади. Склерада суст инъекция тусида қўнғир-сиёҳ ранг инфилтрат ҳосил бўлиб, иридоциклит ёки хореоретинит, камдан-кам ҳолларда панувеит белгилари билан ривожланади.

Склеритлар тез-тез қайталаш ва янги-янги тугунларнинг ҳосил бўлишига мойил, улардан кейин склеранинг юпқаланиши ва стафилома ривожланиши кузатилади.

Кўзнинг сил – аллергик зарарланишлари. Бунда касаллик ўткир бошланиши, ёруғликдан қўрқиш, кўз ёш оқиши, блефаро-спазм, даъво таъсирида жараённинг тез камайиши ва тез-тез қайталаниши билан характерланади (14.9-расм).

14.9-расм. Сил-аллергик конъюнктивити.
Солитар фликтена

Кўз орқа қисмининг сили

Тарқалган хориоретинит. Жараён томирли парда хусусий қисмида бир нечта ўчоқлар ҳосил бўлиши билан ривожланади. Улар касалликнинг бошланғич даврларида субъектив ўзгаришлар келтириб чиқармайди, шунинг учун беморлар шифокорларга, жараён тўр парда ва марказий бўлимларга тарқалганда шикоят қилиб келадилар (14.10-расм).

14.10-расм. Хориоидея сили склера жароҳатланиши билан

Конглобирланган туберкула. Бир нечта гранулёмаларнинг бирлашиши кулранг-сарғиш рангдаги, тўр пардани кўчирувчи ва шишасимон танага ботиб кирувчи катта силли ўчоқни ҳосил қилади. Айрим ҳолларда бу туберкула атрофида якка-якка хориоидал ўчоқлар ва геморрагиялар кузатилади. Бу касаллик кўпинча марказий қисм зараланиши билан кечади.

Диффуз сил хориоретинити. Томирли қаватнинг хусусий қисмида жараён тўр парданинг шишиши ва инфилтрацияси билан кечади. Бундан ташқари, шишасимон тананинг преретинал қисмида кўп миқдордаги экссудация кузатилади. Сил гранулёмаси атрофидаги тўқимада перифокал гиперергик реакция вужудга келади (14.11-расм).

Хориоидеянинг миллиар сили. Ҳозирги пайтда касаллик жуда кам учрайди. Кўпинча болалар ва ўсмирларда сил менингити ва иммунитетнинг сусайишида сил диссеминацияси жараёнида кузатилади.

Периферик увеит. Касаллик томирли қаватнинг периферик соҳасида диффуз инфилтрация кўринишида, кўп миқдордаги экссудация ёки алоҳида экссудатив ўчоқ шаклида аниқланади. Кўп ҳолатларда бу ўзгаришлар кўз тубининг пастки қисмида жойлашади. Шу билан бирга панваскулитлар

(периваскулитлар, эндоваскулитлар, перифлебитлар) кузатилади. Ҳамма беморларда шишасимон танада яққол ўзгаришлар бўлади. Фаол даврда экссудация, яллиғланган ҳужайралар, преципитатлар аниқланади. Касалликнинг кечки даврларида шишасимон тананинг девор олдидаги кўчиши ипсимон ёки донадор деструкцияси швартлар (чандиқлар) ҳосил бўлиши аниқланади.

14.11-расм. Диффуз сил хориоретинити

Йенсен юкстапапиляр хориоидити. Томирли қаватнинг хусусий қисмидаги сил гранулёмаси кўрув нерви яқинида жойлашиб, ўзига хос клиник манзарада кўринади: яққол кўриниб турувчи перифокал шиш ва тўр парда инфилтрациясининг кўрув нервига тарқалиши, хориоидеядаги ўчоқни беркитиб қўяди ва натижада касалликнинг фаол фазасида бу ўчоқ намоён бўлмайди (14.12-расм).

14.12-расм. Иенсен юкстапапилляр хориоидити

Сил перифлебити. Касаллик рецидивланувчи характерга эга бўлиб, кўпинча ёш эркакларда иккала кўзда кузатилади. Такрор қон қўйилишлар, қоннинг шишасимон танага сингиши ва швартлар ҳосил бўлишига – шишасимон танага қайта қон қуйилиши касаллиги ёки Илс касаллиги, деб номланади.

Геморрагик хориоретинитлар. Бу хориоретинитларда, ўчоқ-лар атрофида кўз тубида гиперемия, томирли қаватга, тўр пардага, тўр парда олдинги қисмларига қон қуйилишлар, пигмент эпите-лийнинг геморрагик кўчиши ва кейинчалик неоваскуляр мембрана ҳосил бўлиши кузатилади. Ўчоқлар пигментацияси қон пигменти ҳисобига яққол кўриниб туради. Тўр парда остида ва шишасимон танада фиброз жараён кузатилади. Шишасимон тана фибрози ва ўчоқнинг марказий жойлашуви кўриш ўткирлигининг пасайиши ва кўрликка олиб келади (14.13-расм).

14.13-расм. Марказий геморрагик хориоретинит.

Сил неврити. Кўзнинг орқа ва олд қисмларининг сил билан зараланишида жараёнга кўрув нерви қўшилиши мумкин.

Клиник белгилар: диск гиперемияси, шишиши, чегарала-рининг ноаниқлиги, физиологик эксковациянинг йўқлиги, перипа-пиляр шиш. Невритда кўрув майдонининг оқ, қизил, яшил рангларга концентрик торайиши, чегара сезувчанлигининг ошиши ва лабиллиги кузатилади. Кўрув нерви неврити, кўпинча, сил менингитларида кузатилади.

Кўз силининг диагностикаси

Кўз сили диагностикаси бирмунча қийинчиликлар туғдиради ва беморни комплекс равишда текширишни талаб қилади.

Москвадаги кўз сили марказида, кўз силига шубҳа бўлганида беморларни текшириш учун қуйидаги схема қабул қилинган:

1. Анамнезни мақсадга мувофиқ ойдинлаштириш (сил касаллиги билан контакт борлиги, илгари кўз силини ўтказганлиги ва бошқалар.)

2. Кўкрак қафаси флюорографияси, кўрсатма бўлганда, кўкрак ички лимфа безларида ва ўпкадаги сил ўзгаришларининг фаоллигини аниқлаш мақсадида рентгенологик текширув ўтка-зилади.

3. Ўпка, томир олди лимфа тугунлар, аниқланган суякли ўзгаришлар фаоллигини рентгенологик аниқлаб бўлмаса, томография текшируви ўтказилади.

4. Томир олди лимфа безларининг катталашуви ва катта петрификатларни аниқлашда бронхоскопия текшируви ўтка-зилади.

5. Периферик лимфа тугунларининг ҳолатини текшириш.

6. Кўрсатма бўлганида, қорин бўшлиғини рентгенологик текшируви, уролог ва гинеколог маслаҳатлари.

7. Сийдик ва бронхлар чайиндиси, сил бактерияларини аниқлаш учун балғамни экиш.

8. Бошқа сурункали инфекцияларни бартараф этиш: захм (сифилис), токсоплазмоз, бруцеллёз, ревматизм, саркоидоз, вирусли касалликлар.

9. Иммундиагностика, **in vitro** ўтказилиб, бемор қонида туберкулинга нисбатан гуморал ва ҳужайравий антитанани аниқ-лашга асосланган.

10. Туберкулин-диагностика. Кератит, склерит, увеитлар этиологиясини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Кўз силини аниқлашда терида туберкулин синовлари ўтказилади: тери ичи Манту синамаси, Градуирланган Манту синамаси, тезлаштирилган Манту реакцияси.

11. Синовчи даволаш (тест-терапия). Бундай даволашни ноаниқ этиологияли увеитларда қўллаш маслаҳат берилади. Туберкулостатик препаратлар бир ой давомида қўлланилади. Даволаш самарали бўлганда увеитнинг сил этиологиялилиги тахмин аниқланади.

Кўз сили белгилари турлича хусусияти, шу сабабли, ҳар хил диагностик аҳамиятга эга.

Диагностик мезонлар тўғрилиги ва ахборотлилигини аниқлаш асосида кўз сили диагностикасининг энг маъқул тизими ишлаб чиқилган. Унинг асосида иккита омил ётади: диагностик меъзонларни уларнинг ишончлилиги ва информативлиги бўйича икки гуруҳга бўлиш (асосий ва қўшимча диагностик меъзонлар) ва информатив диагностик белгилар топилишига қараб, текшириш усулларини мукаммаллаштириш. Кўз силининг асосий диагностик меъзонлари ўзига хос офталмологик манзара, ўчоқли туберкулин реакцияси ва тест терапиясининг ижобий натижаси ҳисобланади.

Силнинг кўздан бошқа аъзоларда топилиши, СМБ билан зарарланганлик организмнинг унга сенсибилизацияси, ёрдамчи меъзонлар ҳисобланади.

Кўз силини даволаш

Кўз сили касалликларини даволаш, нафақат, кўриш функцияларини иложи борича асли ҳолига келтириш ёки сақлаб қолишга, кўз олмасидаги яллиғланиш жараёнларини бартараф этишга, балки сил таёқчаларининг

фаоллигини сусайтиришга, организм ҳимоя кучларини оширишга ҳам қаратилган бўлиши лозим. Фтизиатриянинг умумий тамойилларига кўра, антибак-териал кимётерапия, давонинг асосий қисми касалликнинг шакли ва оғирлигига қараб ўтказилади.

Жараённинг оғир даражасида даволаш икки даврда олиб борилади. Биринчи давр уч хил препаратнинг таъсирига қараб икки - уч ой давомида олиб борилади : изониазид + рифампицин + иккинчи гуруҳдаги препаратлардан бири (этамбутол, пиразинамид). Иккинчи даврда икки хил препарат уч ой давомида берилади: изониазид ва этионамид (протионамид).

+он қўйилишлар билан кечувчи геморрагик хориорети-нитлар ва перифлебитларда бирданига кимётерапия қўлланил-майди, чунки силга қарши препаратлар қон томир деворларини кучсизлантиради. Шунинг учун икки-уч ҳафта давомида ангиопротектив даво ўтказилади. Шундан кейин изониазидни кичик дозадан секин-аста ўрта терапевтик дозагача буюрилади. ПАСК суткасига олти-тўққиз граммдан ошмаслиги керак. Иккинчи гуруҳ препарат-ларидан этоксид, этионамид ва циклосерин буюрилади. Тибон қўллаш мумкин эмас.

Суст кечувчи, сурункали жараёнларда стрептомицин самара бермайди. Бундай шаклдаги кўз силини изониазид, рифампицин ёки ПАСК ва иккинчи гуруҳ препаратлари билан туберкулин, гормон, носпецифик воситалар қўлланилади.

Иммунмодулловчи терапияда : декарис, дибазол, пентоксил, адреналин, рибонуклеаза қўлланилади.

Кўз тубидаги экссудатив жараёнларда кортикостероидлар қўлланилади.

Маҳаллий, кўзнинг парабулбар соҳасига гентамицин + дексаметазон, канамицин 10-15 кун давомида қўлланилади. Конъюнктива остига салюзид 5%- 0.3 мл.дан 15-кун давомида қўлланилади.

Маҳаллий энзимотерапияни қўллаш маҳаллий микроцир-куляцияни яхшилаш, фибропластик жараёнларни камайтириш ва патологик ўчоққа препаратларнинг ўтишини яхшилашга имкон беради.

Сўнги 15 йил ичида лазерли коагуляция мувофаққият билан қўлланилмоқда.

Кўрув функцияларини сақлаб қолишнинг шартларидан бири кўз сили асоратларининг олдини олиш ва ўз вақтида даволашдан иборатдир.

СИЙДИК АЖРАТИШ-ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ СИЛИ

Буйрак сили

Буйрак сили – сил микобактерияси келтириб чиқарадиган сийдик ажратиш тизимининг инфекцион касаллиги бўлиб, жараён ҳажми ва босқичига қараб, турли шаклларда намоён бўлади.

Кейинги йигирма йил ичида дунёда сийдик ажратиш йўллари ва жинсий аъзолар сили тобора кўпайиб бормоқда. Дунёнинг кўпчилик давлатларида ўпкадан ташқари аъзолар сили ичида сийдик ажратиш йўллари

ва жинсий аъзолар сили 50% дан кўпни ташкил қилади. Касаллик 50,8 – 80% беморларда сил жараёнининг кеч ва тарқалган босқичларида аниқланмоқда. Шунинг учун, умумий даволаш муассасаларида турли бошқа диагнозлар асосида олиб ташланган буйракни гистологик текширганда 9-14% ҳолларда сил аниқланаяпти.

Сийдик ажратиш аъзолари орасида силдан асосан буйраклар, камроқ сийдик найлари ва қовуқ зарарланади. Кўпинча катта ёшдагилар ҳамда аёллар хасталанадилар.

Буйрак сили патогенези ва патологик анатомияси

Буйрак сили – иккиламчи сил жараёни бўлиб, кўпинча, касалликнинг бирламчи клиник намойишидан бир неча йилдан кейин ривожланади. Бирламчи зарарланиш даврида сил микобактериялари гематоген йўл билан тарқалиб, буйракларнинг пўстлоқ қисмида жойлашади. Касалликнинг кейинги босқич-ларининг ривожланиши, маҳаллий омилларга боғлиқ. Специфик жараён бирор сабабга кўра, қайси буйракнинг уродинамикаси бузилса, шу буйракда ривожланади. Нефроптоз, пиелонефрит, туғма анатомик аномалиялар (нуқсон), гинекологик касалликлар ва ҳомиладорлик шундай сабаблардан ҳисобланади ва ҳоказо. Иккинчи буйракда инфекция латент, яъни яширин кечиши ёки ҳосил бўлган ўчоқлар сўрилиб кетиши мумкин.

Буйракдаги биринчи ўзига хос ўзгариш, буйрак пўстлоқ қисмида сил гранулемаларининг пайдо бўлишидир (буйрак инфилтратив сили). Касаллик авж олганда жараён буйракнинг мағиз ва сўрғич қисмига тарқалиб, сил папиллити ривожланади. Бунда сўрғичларда яралар пайдо бўлиб, кейинчалик буйрак тўқимаси емирилади ва буйрак жомчасига очилган бўшлиқ пайдо бўлади (буйрак кавернали сили). Буйрак тўқимасида шаклланган кавернанинг девори учта: ички казеоз – некротик, кейинги- грануляцион ва фиброз қаватлардан иборат: Каверна атрофида кўплаб сил ўчоқлари ва янги емирилиш ўчоқлари пайдо бўлади. Уларнинг катталашиши ва бир-бирига қўшилиб кетиши нати-жасида касаллик кейинги босқичга – буйрак силининг полика-вернали шаклига ўтади. Каверналарнинг емирилган деворларида казеоз массалар бир-бирига қўшилиб, сил – пионефрозини келтириб чиқаради. Бу буйрак силининг барча деструктив турларида кузатилиши мумкин. Деструктив буйрак силининг бошқа асоратларига иккиламчи бужмайган буйрак ёки калцийланган буйрак киради. Кейинги ривожланиш босқичларида сил жараёни сийдик йўли найи ва қовуқ соҳаларига тарқалиши мумкин.

Буйрак паренхимасининг емирилиши ва қўшимча тўқима билан алмашиниши қисман ёки бутунлай буйрак фаолиятининг сўнишига олиб келади (“сўнган” буйрак).

Буйрак сили таснифи

Буйрак сили клиник ва патоморфологик кўринишларининг турли-туманлиги, кўплаб патоморфолог ва клиницистларни бу касалликнинг таснифини ишлаб чиқишга ундади. Кўп йиллик тажрибамиз асосида

В.Д.Грунд, Т.П.Мочалова 1965 йилда таклиф қилишган таснифни мукаммаллаштирдик ва қуйидаги шаклга келтириб, амалий фаолиятимизда қўллаб келмоқдамиз.

1. Буйрак силининг клиник-рентгенсонографик турлари.

1.1. Буйрак силининг инфилтратли тури.
1.2. Буйрак силининг папиллит тури.
1.3. Буйрак силининг кавернали тури.
1.3.1. Буйрак силининг монокавернали тури.
1.3.2. Буйрак силининг поликавернали тури.
1.4. Буйрак силининг фиброз-кавернали тури.
1.5. Сил пионефрози.
1.6. Сил нефроциррози.

2. Жараённинг жойлашиши.

2.1. Буйракнинг аъзоли зарарланиши.
2.1.1. Битта буйракнинг зарарланиши.
2.1.2. Иккала буйракнинг зарарланиши.
2.1.3. Ягона буйракнинг зарарланиши.
2.1.4. Туғма нуқсон билан буйракнинг зарарланиши.
2.2. Буйракнинг ички аъзоли зарарланиши.
2.2.1. Юқори, ўрта ва пастки буйрак сегментининг зарарланиши.
2.2.2. Буйракнинг ялпи зарарланиши.

3. Жараённинг эпидемиологик тавсифи.

3.1. Сийдикда сил микобактерияларини ажратувчи (СМБ+)
3.2. Сийдикда сил микобактериялари йўқлиги (СМБ-)

4. Буйрак фаолиятнинг тавсифи.

4.1. Фаолияти сақланган.
4.2. Фаолияти сусайган.
4.3. Фаолияти тўхтаган («сўнган» буйрак).
4.4. Сегмент зарарланишда буйрак «қутбининг сўниши»

5. Жараённинг кечиши тавсифи.

5.1. Инфилтрат, деструкция.
5.2. Сўрилиш, қаттиқлашиш, чандиқланиш, оҳакланиш.

6. Асоратлари.

6.1. Пиелонефрит.
6.2. Паранефрит, оқма яралар.
6.3. Гидронефроз.
6.4. Буйрак етишмовчилиги (сурункали, ўткир).
6.5. Иккиламчи тошлар.
6.6. Нефроген артериал гипертензия.
6.7. Амилоидоз.

7. Оқибатлари (ўзгаришлар қолдиғи):

7.1. Силдан кейинги киста.
7.2. Жом ва/ёки косачалар фибрози.

Бу таснифдан амалий шифокор беморнинг диагнозини аниқлашда, даволашда, диспансер кузатувида кенг фойдаланиши мумкин.

Клиник кечиши

Буйрак сили кўпинча ҳеч қандай шикоятларсиз кечади. Сил жараёнининг пўстлоқ қисмида жойлашиши (инфилтратли тури) тинка-мадорнинг қуриши, белнинг симиллаб оғриши, тана ҳароратининг вақти-вақтида кўтарилиши каби шикоятлар билан кечади.

Буйрак силининг папиллит турида интоксикация белгилари билан бирга, сийдик найига қон ёки йиринг лахтаси тиқилиши туфайли, белда тутиб-тутиб оғрийдиган оғриқлар пайдо бўлади. Буйракнинг кавернали сили рўйи рост интоксикация белгилари, яъни ҳароратнинг фебрил даражагача кўтарилиши, совқотиш, доимо симиллаб оғриш, вақти-вақти билан кузатилиб турувчи буйрак хуружлари билан намоён бўлади. Сил яллиғланишнинг сийдик йўли ва қовуққа тарқалиши тез-тез ва оғриқли сийишга (поллакурия ва алгурия) олиб келади. Беморларнинг бир қисмида асосий касалликнинг асорати ёки қўшимча касаллик сифатида аниқланган сийдик трактининг носпецифик инфекцияси – пиелонефрит, сил касаллигининг кечишини ўзгартиради ва маълум даражада диагноз қўйишда қийинчиликлар туғдириши мумкин.

Сийдик ажратиш йўли силининг клиник кечишига буйраклар фаолиятининг ҳолати таъсир қилади. Икки томонлама буйраклар сили ёки ягона буйрак сили бора-бора сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

Сурункали буйрак етишмовчилиги сийдик ажратиш йўлининг силида кўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади ва 60% гача учрайди. Бизнинг текширувларимиз кўрсатишича, беморларда буйраклар сили 54,4% СБЕ билан асоратланган, жумладан СБЕ нинг латент (I) босқичи 17,1% ни, компенсациялашган (II) босқичи 69,0% ни, интермиттик (III) босқичи 13,9% ни ташкил қилди. Бундан ташқари, буйрак сили сийдик йўли инфекцияси, иккиламчи тошлар, нефроген гипертензия, гидронефроз, амилоидоз каби асоратлар учраши мумкин. Улар асосий касаллик кечишини оғирлаштиради, буларнинг клиник аломатларини алоҳида таҳлил қилиш лозим.

Диагностикаси

Буйрак сили диагностикаси атрофлича текширув асосида ўтказилиши лозим. Унга умумклиник, эндоскопик, бактериологик, биокимёвий, рентгенологик, ултратовуш ва иммунологик усуллар киради. Диагностиканинг асосини батафсил йиғилган анамнез ташкил этади. Анамнез йиғилаётганда бемор сил билан касалланган беморлар билан аввал контактда бўлганми-йўқми, беморда аввал ва ҳозир ўпка ёки бошқа аъзолар сили борлигига, қариндошларида буйрак касаллиги борлигига жиддий эътибор бериш керак. Объектив текширилганда баъзи беморларда буйраклар пайпас-ланганда оғрийди ва «тукиллатиш» симптоми мусбат бўлади.

Буйрак силининг субъектив маҳаллий симптомларини 344 беморда ўрганилганда: белнинг симиллаб оғриши 237 (68,9%), ҳолсизлик – 161

(46,8%), дизурия – 145 (42,2%), тана ҳароратининг кўтарилиши – 42 (12,2%), гематурия – 142 (41,3%) беморда қайд қилинди.

Умумий қон таҳлилида, одатда, ўзгаришлар камроқ куза-тилади. Умумий қон таҳлилида биз буйрак силига хос ўзга-ришларни кузатмадик. Беморларда сил жараёнининг хуружига хос гипохром анемия (59,9%) ва ЭЧТ тезлашганини (57,8%) кузатдик. Баъзи беморларда лейкоцитоз (29,6%) аниқланди. +он зардобида қолдиқ азот, мочевина ва креатинин миқдорини аниқлаш, буйракларнинг жамики фаолияти ҳақида фикр юритиш имконини беради.

Буйрак сили диагнозини тасдиқлашда сийдикни текшириш катта аҳамиятга эга. Сийдик реакциясининг нордон бўлиши буйрак силининг классик хусусияти ҳисобланади. Бундай касалларда сийдикнинг иккинчи хусусияти – лейкоцитурия. Бизнинг кузатувларимиз кўрсатишича, лейкоцитурия 50,0% ҳолатда учрайди. Сийдикнинг учинчи хусусияти - эритроцитурия. Буйрак сили билан 344 беморни таҳлил қилиш асосида гематуриянинг диагностик аҳамиятини ўрганиб чиқдик, сийдикда эритроцитлар 41,3% беморда топилди. Сийдикнинг тўртинчи хусусияти – протеинурия. Биз текширган беморларнинг 54,4 фоизида шу ҳолат кузатилди.

Сил микобактериурияси буйрак силининг ишончли ва эрта белгиси ҳисобланади. Сил микобактерияларини сийдикда аниқлаш 3 йўлдан иборат: бактериоскопик, бактериологик ва молекуляр-биологик (ПЗР) усул.

Буйрак сили бор беморларнинг диагностикаси ва диффе-ренциал диагностикасида туберкулин синамалари асосий усул-лардан бири ҳисобланади. 2 ТБ билан Манту синамасини буйрак сили тахмин қилинган беморларда эрта ва ўз вақтида аниқлаш мақсадида ўтказилади. Провокацияли туберкулин тести бўлмиш Кох синамаси буйрак силини ўз вақтида аниқлаш учун алоҳида аҳамиятга эга. Буйрак силига шубҳа бўлганда туберкулин диагностикаси учун тери остига 20 дан 100 ТБ ППД-Л юборилади. Умумий ва маҳаллий белгиларнинг мусбат бўлиши муҳим. Умумий таъсир тана ҳароратининг, гемограмманинг, қон зардобида оқсил фракцияларининг ўзгариши билан намоён бўлса, маҳаллий ўзгаришлар эса, сийдик таркибидаги яллиғланиш маркерлари ва чўкма таркибидаги ҳужайравий элементларга кўра баҳоланади. Туберкулин юборилгандан кейин сийдик таҳлили сил микобактерияларига қайта текширилади.

Касаллик этиологиясини аниқлаш, сил жараёнининг фаоллигини баҳолаш, иммун бузилишлар тавсифи, танланган терапияни асослаш ва натижа бериши устидан назорат қилиш учун иммунологик текширув қўлланилади. Касалликнинг сил этиоло-гиялигини тасдиқлаш учун антиген-антитана реакциясига асосланган иммунофермент усул қўлланилади. Иммун танқислик диагностикаси ва унинг кечишини назорат қилиш учун В- ва Т-лимфоцитлар сони аниқланади.

Диагностик усуллар гуруҳига цистоскопия, хромоцисто-скопия, сийдик йўли катетеризацияси киради. Буйрак силида, бошқа буйрак касалликларига қараганда, қовуқда 40% гача беморларда ўзгаришлар рўй беради.

Цистоскопияда қовуқнинг силга хос яллиғланишини, яралар борлигини, сийдик йўли тешигининг ўзгаришини кўриш мумкин.

Буйрак ва сийдик ажратиш йўллари диагностикасида нур усули асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Замонавий фтизио-урологияда қўлланиладиган диагностик усуллар мажмуаси ичида рентгенологик текшириш муҳим аҳамиятга эга. Сийдик ажратиш йўлининг тўла тасвирида буйракнинг шаклига, катталигига, ҳолатига, контурига, буйрак соясининг қуюқлигига, буйрак атроф тўқимасига ҳамда сийдик ажратиш йўллари оҳакланиш ўчоқларига эътибор бериш керак. Экскретор урографияда айни бир вақтнинг ўзида коса-жом тизими ва сийдик йўлининг анатомик тасвирини, иккала буйракнинг функционал ҳолатини ва уродинамикасини, косачадаги деструкцияни, кавернани кўриш мумкин. Ретроград пиелографияда косачадаги, сўрғичдаги, жомдаги ва сийдик йўлидаги кичик ўзгаришлар ҳам аниқ топилади. Компютер томографияда буйракнинг инфилтратив силида паренхиманинг қаттиқлиги камайиши, папиллитда сўрғичдаги емирилиш, кавернада нотўғри шакл ва ҳар хил зичликдаги гиподенсив сояни, пионефрозда буйрак ичидаги ялпи деструктив жараён аниқланади.

Радиоизотоп текшириш усуллари бошқа усуллардан фарқ қилиб, жараённи текшириш давомида буйракда салбий ўзгариш бермайди ва шу вақтнинг ўзида буйракларни алоҳида-алоҳида фаолиятини кўрсатади. Радиоизотоп ренография каналчалар сек-рецияси тезлигини, буйрак паренхимасидан диагностик препарат-нинг ўтиш вақтини ва буйракдан чиқиш тезлигини аниқлайди. Буйрак силининг чегаралланган турларида деярли ўзгариш бўлмайди. Буйрак силининг тарқалган турларида, уродинамикаси ўзгармаган беморларда, ренографияда васкуляр сегментнинг камайгани, секретор сегментнинг ўзайгани ва радиоактив изотоп чиқишининг секинлашгани кузатилади. Буйрак фаолияти бутунлай тўхтаганда васкуляр сегмент жуда паст бўлади ва секретор сегмент бўлмайди. Радионуклид сканографияда буйракнинг ҳажми, шакли ва жойлашишини аниқлайдиган тасвир кўринади. Буйракнинг чегаралланган силида сканограмма соғлом буйракдан фарқ қил-майди. Буйракнинг тарқалган турларида сканограмма буйрак контурларининг ноаниқлигини ёки паренхиманинг сақланиб қолган жойларини кўрсатади. Буйрак паренхимаси умуман бўлмаса, сканограммада буйрак тасвири кўринмайди.

14.14-расм. Экскретор урография**.** Чап томон Кох нефроциррози

14.15-расм. Обзор тасвир. Ўнг томон Кох нефроциррози

Ҳозирги вақтда диагностик усулларга ултратовуш тек-шируви қўшилди. У буйракларнинг анатомик ўзгаришлари ҳақида тўла маълумот беради, буйраклар топографияси ва зарарланган ўчоқнинг қаердалигини аниқ кўрсатади. Ҳозирги кунда ултратовуш текшируви тўла маълумот бераётганидан буйрак силини аниқлашда асосий усуллардан бири ҳисобланади.

14.16-расм. Экскретор урография. Буйраклар деструктив сил папиллити

14.17-расм. Экскретор урография. Ўнг томон буйрак кавернали сили. Сийдик йўлининг юқори ва ўрта 1/3 қисмидаги сил сабабли торайиши

14.18-расм. Экскретор урография. Чап буйрак кавернали. Сийдик йўлининг чап пастки 1/3 қисмидаги сил сабабли торайиши, Уретерогидронефроз

14.19-расм. Чап томонлама антеград Пиелоуретерография. Чап буйрак фаолиятининг сўниши Микроцистис

14.20-расм. Ултратовуш текшируви:
1) буйракнинг кавакли сили; 2) буйракнинг поликавернали сили;
3) буйракнинг фиброз-кавакли сили; 4) ягона ўнг буйрак апикал қисмининг кавакли сили, иккиламчи тош асорати билан

14.21-расм. Ўнг томон ретроград уретеропиелографияси.
Жом фибрози, каверна

14.22-расм. Экскретор урография.
Ўнг буйрак фаолиятининг сўниши

Буйрак силининг ҳар хил турлари ултрасонограммада патоморфологик ўзгаришларнинг чуқурлигига қараб, ҳар хил ривожланган ўчоқли ва аъзоли белгилар билан таърифланади. Бизнинг кузатувларимизга қараганда, буйрак силининг ҳар хил турларида буйракнинг меъёридан катталашгани 41,8% аниқланди.

Буйрак паренхимасидаги деструктив ўзгаришларга алоқадор буйрак контурининг нотекислиги 75,9% кузатилди.

Ултратовуш текширувларида коса-жом тизимининг дефор-мацияси (79,1%), қаттиқлашгани (67,2%), склерози (63,1%) кўр-сатилди. Буйрак силининг ҳар хил турларида паренхима эхогенлиги Е.Б. Олховская (1999) ишлаб чиққан мезон бўйича ўрганилди. Бизнинг кузатувларимизга қараганда, буйрак силининг ҳар хил турларида буйрак паренхимаси эхогенлигининг I босқич ошиши (41,6%) ва II босқич ошиши (22,1%) кўпроқ учради. Буйрак силининг ҳар хил шаклларида буйрак паренхимасидаги «петри-фикат»лар 50,3% аниқланди. Текширилган беморларнинг ярмидан кўпида (51,3%) паренхимада бўшлиқ (каверна) топилди.

Дифференциал диагностика. Буйрак силининг ўзига хос патогномоник клиник аломатлари бўлмаганлиги сабабли, сурункали пиелонефрит, буйрак ўсмаси, уролитиаз, сурункали цистит, буйрак тўқимаси аномалиялари ва бошқа касалликларга ўхшаб кечиши мумкин.

Ўткир пиелонефрит буйрак паренхимаси ва жом тизимининг ўткир яллиғланган жараёнидир. Ўткир пиелонефрит тана ҳароратининг баланд бўлиши, ғарақ-ғарақ терлаш, титраб-қақшаш, белнинг оғриши, белнинг симиллаб оғриши, қонда ЭЧТ ошиши лейкоцитоз билан кечади. Жарроҳлик муолажалари давомида олинган буйрак тўқимаси ва сийдикда ҳар хил микрофлора топилади.

Сурункали пиелонефрит, асосан, бошдан кечирилган ўткир жараённинг оқибати ва уролитиаз, поликистоз, гидронефроз, қовуқ касалликларининг асорати сабабли келиб чиқади. Сурункали пиелонефрит кўп хусусиятлари билан буйрак силига ўхшаб кетади. Сурункали пиелонефрит тана ҳароратининг кўтарилиши, белнинг оғриши ҳолсизлик билан намоён бўлади. Лейкоцитурия ва бактериурия узоқ сақланади. +онда анемия, лейкоцитоз, лейко-цитар формуласининг чапга силжиши кузатилади, ЭЧТ ошади, қон зардобида қолдиқ азот кўпаяди. Экскретор урографияда буйрак контури ва ҳажмининг ўзгариши, контраст модда чиқишининг бузилиши, жом ҳолатининг вертикал жойлашуви, уростаз белгилари топилади. +айд қилиш жоизки, пиелонефрит буйрак сили билан касалланган беморларда қўшимча касаллик ёки асосий касаллик асорати сифатида учрайди.

Уролитиаз ҳар хил эндоген ва экзоген сабаблар келтириб чиқарган модда алмашинуви бузлиши касаллиги бўлиб, беморларда белнинг қаттиқ оғриши билан кечади. Сийдикда гематурия, кенг кўламдаги рентген тасвирида тошнинг сояси кўриниши мумкин. Буйракнинг ултратовуш текшируви жом тизимидаги тошни ва унинг кенгайганлигини кўрсатади.

Буйрак ўсмасида гематурия, иситма чиқади, пайпасланаётган буйрак ва бел оғрийди. Ултратовуш текшируви ва компютер томографияда буйрак тўқимасида ҳар хил зичликдаги ўсма аниқланади.

Буйрак аномалиялари ангиографияда, ултратовуш текши-рувида, компютер томографияда аниқ кўринади. Буйрак мулти-кистозида аортография қилинганда зарарланган томонда буйрак ангиограммаси ва нефрограммаси тасвири бўлмайди. Ултратовуш текшируви орқали мултикистозга аниқ диагноз қўйилади. Буйраклар поликистозида ултратовуш

текширувида иккала буйракда ҳам ҳар хил ўлчамдаги кисталар кўринади. Мегакалиоз кўпинча буйрак кавернали силига ўхшайди, экскретор урографияда косачалар катталашган бўлиб, сони 20-30 гача етади.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ, +ОВУ+ ВА УРЕТРА СИЛИ

Сийдик йўллари сили

Сийдик йўллари сили турли шаклларда намоён бўлиб, доимо буйрак силига нисбатан иккиламчи хасталик ҳисобланади. Специфик жараён зарарланган буйракдан лимфа йўллари орқали тарқалади. Сийдик йўллари сили уруғ пуфакчалари ва уруғ йўлларидан ҳам тарқалиши мумкин. Бу – эркакларда сийдик йўллари ва жинсий аъзоларнинг ягона лимфа ва қон айланиши тизимига эга бўлгани оқибатидир. Сийдик йўлларида силнинг ривожланиши қуйидаги схемада ифодаланган:

Эпителий ости инфилтрацияси

⇩

Специфик ўчоқларда яралар, шиллиқ қаватнинг шишиши,

специфик грануляцион тўқиманинг ўсиши, яра нуқсонининг пайдо бўлиши

⇩

Яралар тузалиши, шиллиқ ости ва силлиқ мушак

қаватларида реактив-фибропластик жараён ривожланиши (склероз)

⇩

Сийдик йўли стенози ва/ёки облитерацияси

Стриктура ва облитерациялар кўпроқ сийдик йўлининг буй-рак жоми олди (пелвио-уретерал)да, қовуқ олди (юкставезикал) ва интрамурал қисмларда ривожланади. Уродинамика бузилиши оқибатида сийдик йўли инфекцияси, иккиламчи тошлар, (уретеро) гидронефроз каби асоратлар ҳам қўшилади.

Сийдик йўллари силининг клиникаси

Сийдик йўллари силининг клиник намоён бўлиши, стриктура ва облитерацияларнинг тез ривожланишига боғлиқ. Бунда беморлар белларининг оғришидан шикоят қилишади, буйрак тутиб-тутиб оғрийди ва тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Буйрак фаолияти сўнганда, нисбатан,

секин ривожланаётган жараёнда, бундай аломатлар, кўпинча, намоён бўлмаслиги мумкин. Оғриқлар белдан, сийдик йўли бўйича чов соҳасига, оралиққа, қовуққа, моякларга (аёлларда - жинсий лабларга) беради. Оғриқ синдроми, қатор ҳолларда, сийдик йўли стенозининг ягона аломати бўлиши мумкин. Сийдик йўли интрамурал қисми стенози ва инфекция оқибатида цистоуретерал рефлюкс ҳосил бўлиши мум-кин. Бунда бемор сийяётганда белининг оғришидан шикоят қилади.

Стеноз ва облитерация оқибатида ривожланган асоратлар - сийдик йўли инфекцияси – сурункали пиелонефрит, иккиламчи тошлар, (уретеро) гидронефроз симптомлари, сийдик йўлларининг сили клиникасини бирмунча ўзгартиради.

Бундай беморларда сийдик таҳлилида пиурия (лейкоцитурия), аралаш микрофлора, микобактериурия топилади. Облитерация, сийдик йўлининг беркилиб қолиши ва сийдикнинг қовуққа тушмаслиги оқибатида, сийдик таҳлили «меъёрига келиши» ҳам мумкин.

Рентгенгенологик текшириш усуллари – экскретор урогра-фия, ретроград ва антеград, уретеропиелография сийдик йўлларининг сили диагностикасида асосий ўринни эгаллайди. Бу усуллар сийдик йўлларида стриктура ва облитерацияларнинг жойлашиши, сони ва тарқалишини аниқлайди. Текшириш экскретор урографиядан бошланади, буйраклар фаолияти сақлан-ган ҳолатларда, кўпинча, шу текширишнинг ўзи кифоя қилади. Экскретор урографиянинг такомиллаштирилган тури – инфузион урография экскретор урографиянинг имкониятларини бирмунча кенгайтиради. Бунда, сийдик йўлларининг ҳолатидан ташқари, буйраклардаги жараён, асоратлари, буйраклар фаолияти, қовуқ-нинг ҳолати тўғрисида муҳим маълумотлар олиш мумкин. Баъзи сабабларга (кўпинча бу - жароҳатланган буйрак фаолияти сустлашиши) кўра, сийдик йўли сурати ноаниқ бўлса, ретроград уретеропиелография ёки антеград пиелоуретерогафия текши-рувлари ўтказилади. Сийдик йўлининг интрамурал қисми стенози оқибатида рефлюкс бор-йўқлигини аниқлаш учун бундай асоратга таҳмин туғилганда, антеград цистография бажарилади. Бунда, бир ёки икки томонлама цистоуретерал рефлюкс кузатилиши мумкин.

Радиоренография ҳам уродинамика бузилишини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Унда уродинамика ўзгаришларининг энди бошланиб келаётган бошланғич босқичларини аниқлаш имко-нияти бўлади.

+овуқ сили

+овуқ сили буйрак ва сийдик йўллари силига нисбатан иккиламчи хасталик ҳисобланади. Эътироф этиш жоизки, буйраклар ва сийдик йўллари сили жараёни даражаси билан қовуқдаги жараённинг тарқалиши даражаси ўртасида узвий боғланиш йўқ. +овуқ шиллиқ пардасининг сил инфекциясига резистентлиги, қовуқда патологик жараённинг, нисбатан, кечроқ бошланишига асосий сабабдир. Сил микобактериялари зарарланган буйракдан қовуқ шиллиқ ости қаватига лимфа йўллари орқали тарқалади. Шу сабабли, илк босқичларда, жараён сийдик йўлларининг тешиклари

атрофида, зарарланган буйрак томонда пайдо бўлади. Бу жараён, аввало, сил дўмбоқчалари шаклида намоён бўлиб, кейинчалик ярага айланади. Зарарланган шиллиқ қават инфек-цияланган сийдик таъсирида, ҳосил бўлган яра кенгая бошлайди. Натижада қовуқнинг тепа ва ён деворлари ҳам жароҳатланиб, қовуқ ҳажми кичрая бошлайди. +овуқ ҳажми кичрайиши жараёни илк босқичи асосида детрузор гипертонуси ётади (спастик қовуқ). Кейинги босқичларда қовуқ детрузори дағал қўшимча тўқима билан алмашиб, чандиқланиш ва склерозлаш жараёнинг кучайиши оқибатида сил микроцистиси ҳосил бўлади. Натижада икки томонлама цистоуретерал рефлюкс ҳосил бўлиши, пиелонефрит ва буйрак етишмовчилигининг кучайишига олиб келади.

Юқорида кўрсатилган ҳолат даволаш тадбирлари ўтказилмаган вазият учун хосдир. Барвақт ва мукаммал ўтказилган комплекс даволаш тадбирлари жараённи илк босқичларидаёқ, тўхтатиб, касалланган аъзони аслига қайтариши ва тузатиш мумкин.

+овуқ сили таснифи

Кундалик амалий қўллаш учун Киев урология ва нефрология илмий-текшириш институти ходимлари И.С.Камишан, В.М.Погребинскийлар таклиф қилган (1987 й.) таснифи анча қулай.

+овуқ сили таснифи (И.С.Камишан, В.М.Погребинский, 1987 й.)

1. Инфилтратив-дўмбоқчали тури.
2. Инфилтратив- ярали тури.
3. Ярали-чандиқли тури.

3.1. Резервуар фаолият ўзгармаган.
3.2. Резервуар фаолиятнинг бир оз бузилиши.
3.3. Спастик қовуқ.
3.4. Микроцистис.

+овуқ сили клиникаси

+овуқ силида сийдик тизимининг бошқа аъзолари сили каби патогномоник симптомлар бўлмайди. +айд этиш жоизки, қовуқ сили кўпинча, буйрак ва жинсий аъзолар сили билан касалланган беморларда ривожланиб, аломатлари шу касалликларнинг белги-лари билан бирга кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи унча ўзгармайди. Кучли дизурия – поллакиурия ва альгурия аломатлари ёрқин намоён бўлган ҳолларда беморларда астеник синдром ривожланади. Асосий маҳаллий аломатлар қуйидагилардан иборат:

- Дизурия – поллакиурия (тез-тез сийиш), алгурия (сийганда ҳар хил даражада оғриқлар безовта қилиши), сийдик тутолмаслик;
- +овуқ соҳасида турли хил ва даражадаги оғриқлар безовта қилиши;
- Сийдик таҳлилида ўзгаришлар – гематурия, лейкоцитурия, протеинурия, СМБ топилиши;
- Цистоскопияда ўзгаришлар – дўмбоқчалар, гиперемия, эро-зия, яралар, сийдик йўллари тешиклари ўзгаришлари, чандиқлар.

- Рентгенологик аломатлар – қовуқ шаклининг ўзгариши, ҳажмининг кичрайиши, бир ёки икки томонлама цистоуретерал рефлюкс кузатилиши.

Поллакиуриянинг намоён бўлиши, бевосита қовуқ ҳажмига боғлиқ эмас. Сийиш – ихтиёрий ва кўп омиллар таъсир қиладиган жараён. +овуқ ҳажми меъёрида сақланганда қовуқ касалликларида, жумладан, қовуқ силида бемор тез-тез сияди. Шу билан бирга, қовуқ ҳажми жуда кичрайганда, поллакиурия мунтазам кузатилади. Шундай ҳолатга сийдик тутолмаслик қўшилиши мумкин. +овуқ соҳасида оғриқлар, жараённинг қовуқ нерв тизимига бевосита таъсири ва қатор ҳолларда, парацистит ривожланиши оқибатида бўлади.

Сийдик таҳлилида ўзгаришлар – гематурия (эритоцитурия), пиурия (лейкоцитурия), протеинурия, СМБ топилиши, қовуқ силида учрайдиган аломатлардан бўлиб, бемордаги мавжуд буйрак ва сийдик йўллари сили аломатлари қўшилиши оқибати бўлиши мумкин.

Цистоскопияда, кўпинча, қовуқ силига хос ўчоқли гиперемия ва дўмбоқчаларни зарарланган буйрак томонда, сийдик йўллари тешиклари атрофида пайдо бўлиши, сийдик йўлларининг тешик-лари ўзгаришлари– шишиши, яраланиши, грануляциялар ва буллёз шишлар билан ўралиши ёки кратерсимон холда ичига тортилиб, очиқ туриши, эрозия, яралар, чандиқланиш каби ўзгаришлар топилади. Дўмбоқчалар фақат сил учун хос бўлса, қолган аломатлар қовуқнинг бошқа касалликларида ҳам учрайди. Гистологик текширув учун махсус эндоскопик мослама ёрдамида жараён ўчоғидан биопсия олиш мақсадга мувофиқ.

Рентгенологик аломатлар турлича. +овуқ шаклининг ўзгариши - минорасимон, пирамидасимон, «илон боши», қум соат шакллари кузатилиши мумкин. +овуқ ҳажмининг кичрайиши, бир ёки икки томонлама цистоуретерал рефлюкс, уретерогидронефроз каби рентгенологик аломатлар ҳам кузатилади.

Уретра сили

Уретра стриктуралари – сийдик каналининг чандиқли торайишлари ва облитерациялари бўлиб, уларнинг асосий аломати сийишнинг бузилишидир. Сил билан хасталанган беморда уретра стриктураси, жараённинг сил этиологиясидан далолат беради. Уретра сили доимо иккиламчи хасталик бўлиб, кўпроқ эркакларда учрайди.

Уретра сили патогенези

Специфик жараён асосан лимфа йўллари орқали тарқалади. Гематоген йўл билан камдан-кам тарқалиши мумкин. Сийдик йўллари сили уруғ пуфакчалари ва уруғ йўлларидан ҳам тарқалиши эҳтимол. Кўпроқ, уретранинг простатик қисми зарарланади. Сийдик йўлларида силнинг ривожланиши қуйидаги схемада ифодаланган.

Эпителий ости инфилтрацияси

⇩

Специфик ўчоқлар, яралар пайдо бўлиши

⇩

Яраларнинг тузалиши, шилиқ ости ва силлиқ мушак қаватларида реактив фибропластик жараён ривожланиши (склероз)

⇩

Уретра стенози ва/ёки облитерацияси

Уретра сили клиникаси

Уретра сили нисбатан кам учрайдиган хасталик бўлиб, сийдик тизими ва эркаклар жинсий аъзолари сили билан касалланганлар орасида 1% дан (Т.П.Мочалова, 1976, 1998), 1,8 - 5% гача (Torcello, Bian-ko,1963) учрайди. У доимо урогенитал силнинг бошқа локализациялари билан бирга учрайди. Уретра сили асосий касалликни ўтказиб юборганлик аломати ҳисобланади. Диагноз бошқа касалликларни инкор қилиш йўли билан қўйилади.

Касалликнинг клиник аломатлари, асосан, қуйидагилардан иборат:

- Унчалик катта бўлмаган сийдик каналининг торайиши клиник намоён бўлмаслиги ҳам мумкин. Беморлар яллиғланиш жараёни пайдо бўлгандагина, шифокорга мурожаат қиладилар.
- Сийганда, сийдик йўлининг торайиши ва оқимининг сусайиши.
- Поллакиурия.
- Странгурия, сийдик оқимининг ўта суст ёки томчилаб чиқиши.
- Бемор ўзи сия олмаса, сийдикнинг оқма яралар орқали чиқиши.
- +овуқда сийдик қолдиғи бўлиши.
- Сийдикнинг ўз-ўзидан чиқиши, ўтказиб юборилган ҳолатларда – сийдик тутолмаслик.

Касалликда қуйидаги умумий ва маҳаллий асоратлар ривожланиши мумкин: пиелонефрит, уролитиаз, буйрак етишмовчилиги, пионефроз, паранефрит, уросепсис, жинсий фаолият бузилиши, простатит, (орхо) эпидидимит, сийдик оқма яралар, уретроректал оқма яралар, парауретрал ва паравезикал абсцесслар, жинсий олат шаклнинг ўзгариши.

Текширув усулларидан, асосан ретроград уретрография қўл-ланилади. Бунда сийдик йўлларида стриктура ва облитерациялар даражаси, жойлашиши, сони ва тарқалиши аниқланади.

ЭРКАКЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ СИЛИ

Ҳозирги вақтда эркаклар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари ичида сил нисбатан кўп учрайди. Жинсий аъзолар сили организмдаги умумий сил инфекциясининг маҳаллий кўринишидир.

Простата бези сили

Простата бези сили – сил микобактерияси келтириб чиқарадиган простата безининг инфекцион-яллиғланиш касаллиги бўлиб, жараён ҳажми ва босқичига қараб, турли шаклларда намоён бўлади.

Простата бези сили илк босқичларда клиник аломатларсиз кечади, фақат жараён простатада кенг тарқалгандан кейингина, унинг белгилари пайдо бўлиши мумкин. Силнинг простата безида жойлашган ўрнига (сегмент, бўлак, иккала бўлак) қараб, касалликнинг турли хил клиник-симптоматик манзараси фарқланади.

Силнинг яллиғланиш ўчоғи сийдик чиқарув йўлининг орқа қисмида (цистоуретрал) жойлашганда, бемор тез-тез сияди (дизурия), сийишга қийналади. Сил ўчоғи тўғри ичак яқинида (ректал) жойлашган бўлса, хожат вақтида оғриқ пайдо бўлади ва сийдик йўлидан йиринг чиқади. Бундан ташқари, қабзиятга, айрим вақтларда хожатга сохта эҳтиёж бўлади. Бемор бирдан тўғри ичакка тарқаладиган қовуқ оғришига ва сийдик йўлидаги оғриқлардан шикоят қилади.

Бу асосий шикоятлардан ташқари, эякуляция вақтида оғриқ пайдо бўлиши, эякулят таркибида қон бўлиши ва уруғ миқдори камайиши мумкин.

Простата сили (асосан иккала бўлак зарарланганда) эякулят ва простата суюқлиги ранги ўзгариши, ранги сариқ, кўкимтир-сариқ, ва қизил ёки қизғиш бўлиши мумкин. Таркиби кўп миқдордаги лейкоцитлар ёки эритроцитлар, кўчган эпителий (ҳам призматик ва ҳам цилиндрсимон) ва тўқима детритидан (бу простата бези найларида эмас балки, тўқимасида деструктив ва яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатади) ташкил топади. Эркаклар жинсий аъзолари силида беморларнинг эякулятида ёки простата бези суюқлигида “асептик йиринг” топилади.

Простата бези силининг эякулят анализида уруғ суюқ-лигининг сифати анчагина пасайгани, сперматозоидлар ҳаракат-чанлигининг ва ҳаётийлиги давомийлигининг пасайгани, лецитин доналарининг камайгани ёки йўқлиги намоён бўлади. Кўпчилик ҳолларда азооспермия (спермазоонларнинг умуман бўлмаслиги) ва некроспермия (спермазоонларнинг ҳаракатчанлигини умуман бўлмаслиги) кузатилади.

Простата бези инфилтратив сил жараёнининг клиник тури паренхимада сил таёқчаларининг кенг тарқалиши ва амалий клиник симптомларсиз кечиши билан тавсифланади. Касалликнинг айнан шу босқичида фақат микробиологик ва цитологик усуллар ёрдамида диагноз қўйиш мумкин.

Организмда сил жараёнининг сурункали, торпид, аста-секин кечиши сил таёқчасининг кўпайиши жараёни билан боғлиқ бўлиб, кунига бир марта, асосан эрталабга тўғри келади.

Простата безида кавернали ёки фиброз кавернали деструктив жараён чуқур клиник манзаралар билан тавсифланиб, жараённинг жойлашган ерига ва ўлчамига боғлиқ ҳолда, оқма яралар билан асоратланиши мумкин.

Шуни таъкидлаш лозимки, беморларда оқма яраларнинг қаерда бўлишидан қатъий назар, узоқ вақт давомида битмаслиги, тез-тез қайталаб туриши простата безида сил борлигидан дарак беради.

Беморларга диагноз қўйишда ва даволаш схемаларини танлашда кўпгина қийинчиликлар туғилади. Шунинг учун бизлар простата сили патогенезини, специфик кечишининг клиник-анатомик хусусиятларини эътиборга олиб, таснифни такомиллаштирдик ва қуйидаги таснифни таклиф қилдик (Ўзбекистон Республикаси Фтизиатрлар ва пулмонологларининг V съездида тасдиқланган).

Простата сили таснифи:

1. Клиник тури бўйича:

а) инфилтратив простата сили;

б) деструктив простата сили (кавернали, поликавернали).

2. Жойлашишига кўра:

а) асосан цистоуретрал;

б) асосан ректал;

в) битта бўлакнинг зарарланиши;

г) иккала бўлакнинг зарарланиши.

3. Жараённинг оқими бўйича:

а) бирламчи-сурункали торпид даври;

б) хуруж даври;

в) ремиссия даври.

4. Жараённинг эпидемиологик таснифи бўйича:

а) сил микобактерияси ажратувчи (СМБ+);

б) сил микобактерияси ажратмайдиган (СМБ-).

5. Асоратлари бўйича:

а) Жинсий фаолиятнинг бузилиши

б) абсцесслар;

в) оқма яралар;

г) сийишнинг бузилишлари (инфравезикал обструкция);

д) сил аниқланмаган простатит;

е) простата бези тоши.

Таснифда оқма яралар жойлашган жойига аниқлик киритмадик, чунки оқма яралар простата бези силида турли кўринишларда учрайди: простатаректал, простатаперенеал, простатаскротал, простатапараректал ва ҳоказо. Шунинг учун оқма яра тури ҳар бир беморда алоҳида аниқланади.

Ишлаб чиқилган тасниф ҳозирги вақтда простата сили ҳақидаги замонавий қарашларга тўғри келади ва фтизиоуролог мутахасисларини тўлиқ қониқтиради.

Простата сили диагнози, ҳозирги вақтда қуйидагиларга: организмда сил жараёни мавжудлиги, клиникаси, простата безини пайпаслаш, СМБ

борлигини аниқловчи маълумотлар, УТТ, трансректал сонография, рентгенологик текширувлар уретра- ва простатаграмма натижалари, фистулография ва компютер томо-графия, ҳамда атом ядро магнит резонанс, уретро- ва цистоскопия текширув натижалари ва ПЗР усули, иммунологик, гистологик текширув натижаларига асосланиб қўйилади.

Простата силининг дифференциал диагностикаси ўсмалар, простатитлар ҳамда простата тоши билан ўтказилади.

14.23-расм. Простатография. Простатанинг кавернали сили. Чап томонлама қовуқ-сийдик йўли рефлюкси

14.24-расм. Простатография. Сийдик йўлининг простата қисмидаги сил сабабли торайиши

14.25-расм. Простатография. Простатанинг кавернали сили

Сил орхоэпидидимити

Мояк ва унинг ортиғи сили – мояк ва ортиқ парен-хемасининг сил микобактерияси келтириб чиқарадиган инфек-ион-яллиғланиш касаллиги бўлиб, жараён ҳажми ва босқичига қараб, турли шаклларда намоён бўлади.

Сил орхоэпидидимити эркаклар жинсий аъзолари касал-лигининг 20% ни ташкил қилади. Касаллик икки хил кечиши мумкин: кўпроқ сурункали торпид, камроқ ўткир кечади. Сурун-кали кечганда мояк ортиғида қаттиқ инфилтрат пайдо бўлади ва аста-секин катталаша боради. Сил орхоэпидидимитининг ўткир кечиши юқори ҳарорат, оғриқ, ёрғоқ терисининг шишиши ва қизариши билан бошланади. Зарарланган мояк ортиғини пайпас-лаганда қаттиқ оғрийди, уруғ йўллари яллиғланиш ҳисобига қалинлашади. Сил жараёни ривожланганда мояк қаватларида сув йиғилади, деструктив жараён парчаланиб, йиринглайди, ёрғоқдан тешиб чиқади ва оқма ярага айланади. Сил жараёни мояк ортиғидан ҳамиша моякка ўтиб кетавермайди. Аммо сил ўчоғи мояк ортиғида қанча узоқ бўлса, моякда шунча кўп касаллик кузатилади. Сил жараёнининг моякка ўтиб кетиши, касалликнинг клиник кечишини ўзгартирмайди. Сил орхоэпидидимити диагно-зини аниқлаш, касаллик ривожланган ҳолларда қийинчилик туғдирмайди. Мояк ортиғидаги қаттиқ, нотекис шишлар, уруғ йўлининг қаттиқлашиши, мояк ортиғидан чиқаётган ёрғоқ терисида оқма яралар

касалликка сил сабаб эканини кўрсатади. Диагнозни аниқлашда туберкулин синамалари муҳим аҳамиятга эга. Сил орхоэпидидимити диагнозини аниқлашда эякулятни бактерио-логик текшириш, мояк ортиғи тўқимасини гистологик текширув, везикулография ёрдам беради. Дифференциал диагностика, асосан, моякдаги ўсмалар ва яллиғланиш жараёнлари билан олиб борилади ва қийин ҳолларда жарроҳлик муолажалари ўтказилади.

Уруғ пуфакчалари сили

Уруғ пуфакчалари сили кам учрайди ва ёрғоқ аъзолари ёки сийдик йўллари сили билан касалланган беморларда аниқланиши мумкин. Касаллик уруғ пуфакчалари ажратмасини бактериологик текшириш, пайпаслаш ва везикулография орқали аниқланади.

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ СИЛИ

Ўпкадан бошқа аъзолардаги сил касалликлари ичида аёллар жинсий аъзолари сили алоҳида ўрин тутади. Бу касалликнинг ўзига хослиги, туғруқ ёшидаги аёлларнинг нафақат тиббий, балки ижтимоий муаммоларини ечиш кераклигини тақозо этади (61,7% беморлар 30 ёшдан кичик). Ўпкадан бошқа аъзолари сил касалликлари ичида аёллар жинсий аъзолар сили 11,9% ни ташкил қилади. Бу кўрсаткични 1975-1989 йиллардаги кўрсаткич билан таққосланса, касалланишнинг 2 баробар кўпайганини кўриш мумкин.

Касалликнинг патогенези

Аёллар жинсий аъзолари сили ривожланиш даврида бир-ламчи сил инфекцияси гематоген ёки лимфоген йўл билан тарқалиши мумкин. Жинсий йўл билан фақат, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш туфайли ўзгарган шиллиқ қаватга сил таёқчаси тушганда ривожланади.

Сил инфекцияси ички жинсий аъзоларда узоқ вақт давомида ривожланиб, бу жараён балоғатга етиш, яъни жинсий етилиш давригача давом этади. Бироқ жинсий аъзолар силининг илк босқичлари клиник манзарасиз кечади. Агар сил жараёни шу аъзоларда илк босқичида фаоллашса (камдан-кам ҳолларда), специфик жараён жинсий аъзоларга ва қорин бўшлиғига кенг тарқалиб кетади. Бу касаллик оқибатининг ёмонлашишига олиб келади.

Жинсий аъзолар силининг яна бир ўзига хос кўриниши, ўсмирликдан олдин ва ўсмирлик даврида, яъни ҳимоя механизм-ларининг етилиш жараёни (нерв системаси, эндокрин ва иммун системасининг мукаммаллашуви) даврида сил касаллиги бирдан намоён бўлиши мумкин. Специфик жараённинг фаолла-шишига олиб келадиган қўзғатувчи ҳолатлар (экстрагенитал сил ўчоқларидан келиб чиқадиган эндоген реинфекция, экзоген сил суперинфекцияси), бир-бирига ўхшаш бўлиб, жинсий аъзолар патологиясига боғлиқ бўлмайди. Бундан ташқари, жисмоний ва руҳий зўриқиш, совқотиш, сифатсиз овқатланиш, носпецифик касалликлар, буларнинг ҳаммаси иммун тизимининг заифланишига ва касаллик келиб

чиқишига сабаб бўлади.

Сил микобактерияси лимфоген йўлдан кўра, гематоген йўл билан кўпроқ тарқалади. Шунинг учун бу ҳолат жараённинг қорин бўшлиғига ҳамда бачадон найига тарқалишига (70-100%) сабаб бўлади.

Сил жараёни таъсирида жинсий аъзолар фаолиятининг бузилишлари

Сил жараёни таъсирида жинсий аъзоларнинг зарарланиши, морфологик ўзгаришларга ҳамда жиддий функционал бузилиш-ларга олиб келади, бу нафақат консерватив, балки жарроҳлик усули билан даволашни ҳам тақазо этади.

Беморларда асосий бузилишлар, бирламчи бепуштлик билан намоён бўлади (85%). Бачадон найи ўтказувчанлигининг бузилиши ёки тухумдондаги ўзгаришлар бепуштликнинг асосий сабаби ҳисобланади. Яллиғланиш жараёни узоқ вақт давомида бачадон ортиғида жойлашса, тухумдон склерозлашлари, бу эса ўз навбатида ҳайз ва кўпайиш функциясининг бузилишларига олиб келади. Бизнинг маълумотларга кўра, бу ўзгаришлар, бепуштлик туфайли жарроҳлик йўли билан даволашда ўтказилган 49,7% беморларда аниқланди.

Кўпгина беморларда жинсий аъзолар сили ҳайз бузилишлари ановуляр цикл ривожланиш типи кўринишида кечади. Ҳайзнинг кеч бошланиши, кўп келиши, кам келиши, ҳайзнинг гоҳида келиши ёки умуман тўхташи 55% беморларда аниқланди.

Биз фаол сил жараёнида тухумдонлар ва эндометрий функ-циясининг пасайишини кузатганмиз. Нофаол силда тухумдон-ҳайз циклининг функцияси 55% ҳолларда бузилмаган, бироқ носпецифик аднекситларда бу кўрсаткич 76,1% ҳолларда учрайди.

Жинсий аъзолар сили мавжуд беморларнинг 15% да ҳайз олди синдроми кузатилади. Бу асосан умумий аҳволнинг ёмонлашуви, бош оғриғи, уйқусизлик, тез жаҳл чиқиши, умумий баданнинг қичишишлари, кўкрак безининг таранглашуви, шишларнинг пайдо бўлиши каби клиник кўринишлар билан намоён бўлади. Юқоридаги симптомлар ҳайз келишидан 1-2 ҳафта олдин бошланиб, ҳайз келиши билан йўқолади. Бу функционал бузилишлар нафақат жинсий аъзолар функциясининг бузилиши ва интоксикация билан боғлиқ, балки нерв системасининг турли бўлимларидаги ўзгаришларнинг кўринишидир.

Функционал бузилишларнинг учраши нафақат актив сил жараёнига, балки, узоқ вақт қабул қилинган антибактериал препаратларнинг токсик таъсирига ва стероид гормонлар миқ-дорининг пасайишига боғлиқ.

Жинсий безлар функционал ҳолатини ҳайз келишидан 1-2 кун олдин бачадон бўшлиғи шиллиқ қаватидан олинган қириндини гистологик текшириш, ҳайз циклининг 7, 14, 21, 28 суткасида орқа қин гумбазидан олинган, гормонли ойнада тайёрланган суртмани цитологик текшириш ҳамда сил касаллиги мавжуд беморлар қонидаги жинсий гормонлар миқдорини аниқлаш орқали амалга оширилади.

Жинсий аъзоларнинг функцияси, яъни ҳайз ва кўпайиш функциясининг тикланиш эҳтимоллиги, морфологик ўзгаришларга ва уларнинг ривожланиш даражасига боғлиқ. Патологик жараёнга бачадон танаси ва ортиғининг қўшилиши жараённинг қайтмас бўлишига олиб келади. Бундай ҳолларда фақат ҳайз циклини тиклашга ва сақлаб қолишга уриниб кўриш мумкин.

Аёллар жинсий аъзолари сили клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари

Аёллар жинсий аъзолари сили клиник кўриниши ўзининг полиморфози ва яллиғланиш жараёнининг фаоллиги (ўткир, ўткир ости ва сурункали), яллиғланиш жараёни фазаси (инфилтрация, йиринглаш, сўрилиш, чандиқланиш, қотиш) ҳамда унинг жойлашган жойи билан аниқланади. Сил билан айниқса бачадон найлари 100% ҳолларда, бачадон-40-60%, тухумдон-18-23%, бачадон бўйни-3,9%, ҳамда қин - 3,1% ҳолларда зарарланади.

Жинсий аъзолар силининг асосий симптомларига умумий ҳолатнинг ёмонлашуви, қорин бўшлиғида тарқоқ оғриқларнинг пайдо бўлиши, метеоризм, вақт-вақти билан тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳайз циклининг бузилиши, бепуштлик, сил инток-сикацияси (ҳолсизлик, бош оғриши, дармонсизлик, иштаҳа пасайиши, уйқунинг ёмонлашуви ва ҳ.), касалликнинг мавсумий кўзғалиши ва носпецифик терапия самарасининг пастлиги киради.

Ўпка силида антибактериал препаратларнинг кенг ишлатилиши жинсий аъзолар силининг кам белгилар билан учрашига олиб келди.

Бачадон ортиғи сили

Яллиғланиш жараёни ва босқичи, тарқалиши касалликниг клиник симптоматикасини ва жароҳатланган аъзода патоморфозни ўзгаришига олиб келади.

Сил жараёни тарқалишининг 1-босқичида бачадон найи кенгайган қисмда бирламчи ўчоқ шаклланади ва бемор бепуштликдан шикоят қилади. Бимануал текшириш усули билан ички жинсий аъзоларда патологик ўзгаришлар борлигини аниқлаб бўлмайди.

Патологик жараённинг бачадон найлари деворига тарқалишида, яъни инфилтрация фазасида, беморларни ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, қовуқ ва бел соҳасида оғриқ, иштаҳа йўқолиши, озиб кетиш, безовта қилади. Умумий аҳволи ёмонлашади ва интоксикация белгилари пайдо бўлади. Бу ходисалар кўпинча жинсий ҳаётнинг бошланиш даврига тўғри келади. Жараённинг бачадон найидан тухумдонга ўтиши, унинг юзасида сил дўмбоқчаларининг пайдо бўлиши билан кечиб, бачадон найи ва тухумдон ўртасида битишмалар, най-тухумдон тузилмаси шаклланади. Бунинг клиник кечиши сурункали аднекситнинг типик ҳолатига ўхшайди.

Сил жараёнининг узоқ вақт кечиши тухумдон оқсил қаватининг қалинлашувига олиб келади ва клиникада тухумдон склеракистози учун характерли симптомлар билан намоён бўлади (ҳайзнинг кам, гоҳ-гоҳ келиши, бепуштлик, гипертрихоз).

Казеоз ўчоқ шаклланиши ва иккиламчи инфекциянинг қўшилиши, пиосалпинкс шаклланишига олиб келади ва беморларда юқори ҳарорат,

қалтираш, кичик чаноқ перитонити ва тарқалган перитонит симтомлари билан намоён бўлади, вақт-вақти билан қориннинг тутиб-тутиб оғриши кучаяди. Бу жараён кейинчалик яллиғланиш жараёнининг вақт-вақти билан хуружига олиб келадиган йирингли най-тухумдон тузилмаси шаклланиши билан тугалланади.

Сил перитонити ривожланиши қорин парда сероз қаватида сил дўмбоқчаларининг пайдо бўлиши, сув йиғилиши ва фибриноз караш пайдо бўлиши ҳамда қорин бўшлиғида дўмбоқчаларнинг пайдо бўлиши натижасида келиб чиқади. Бунда клиник белгилари кучайиб, беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, иштаҳаси йўқолади, ҳоли қурийди, қорни оғрийди, кўнгли айнайди ва қайт қилади. Беморни кўрикдан ўтказганда, тери қоплами оқарган, тахикардия, қорни таранглашган, асцит борлиги аниқланади. Айрим ҳолларда, қорин парданинг ҳаддан ташқари шишгани, пайпаслаганда қориннинг ўша жойи ва бошқа жойлари оғриши аниқланади, тана ҳарорати 38°С ва бундан ортиқ бўлади. Бундай ҳолларда қорин парданинг таъсирланиш белгилари яққол аниқланади.

Агар сил жараёни чандиқланиш ва дўмбоқчаларнинг пайдо бўлиши билан якунланса, касалликнинг клиник кечиши кучсиз намоён бўлади. Беморлар фақат бепуштлик ва қовуғининг симиллаб оғришидан шикоят қилади, мавсумий хуруж бу симп-томларни кучайтиради.

Бачадон танаси сили

Бачадон танасининг сил билан зарарланиши, бачадон найлари зарарланишига ўхшаб, специфик жараёнини тарқалиши билан аниқланади.

Ўчоқли эндометритда беморлар шикоят қилмасликлари мумкин. Бачадон ўлчами ва шакли ўзгармайди, ҳайз цикли ўзгаришсиз қолади. Сил эндометрити бачадон бўшлиғи шиллиқ қаватидан олинган қириндини гистологик ва бактериологик теширишлар натижаларига асосланиб қўйилади.

Сил жараёнининг бачадон бўшлиғи шиллиқ қаватига тарқалиши бемор аҳволига таъсир қилмаслиги мумкин, ҳарорат кўтарилмайди қонда ўзгаришлар кузатилмайди. Гинеколог бачадоннинг катталашганини, ҳайзнинг номунтазамлигини, ҳатто иккиламчи аменорея ривожланганини аниқлаши мумкин.

Бачадоннинг казеоз зарарланиши ҳажмининг катталашиши билан кечиб, консистенцияси юмшоқ бўлади, ациклик қон кетиши кузатилади, аменорея ривожланиши мумкин. Менопауза даврида, кўпинча, бачадон йиринглаши ва доимо йиринг оқиб туриши мумкин.

Сил жараёнининг чандиқланиш ва дўмбоқчалар пайдо бўлиш босқичига ўтиши, бачадон бўшлиғи шаклининг бузилиши ва қисман ёки тўлиқ облитерацияси билан намоён бўлади. Беморлар, асосан, ҳайзнинг кам ва гоҳо-гоҳо келиши ёки умуман келмаслигидан шикоят қиладилар.

Бачадон бўйни ва ташқи жинсий аъзолар сили

Бачадон бўйни ва қин шиллиқ қавати зарарланиши 2 турда кечиши мумкин. Биринчисида бачадон бўйни шиллиқ қавати юзасида тошмалар ёки

яллиғланиш ва сил дўмбоқчасидан иборат яра, периферияда шиллиқ қават юзасида яра доғлари аниқланади. Тўғри диагноз қўйишда биопсия материалини гистологик ва цитологик текшириш яхши ёрдам беради. Бачадон бўйни зарарланишининг клиник симптомлари қиндан ажралма келишининг кўпайиши билан намоён бўлади.

Абдоминал сил

Абдоминал сил - сил микобактериялари келтириб чиқа-радиган ҳазм қилиш аъзолари, қоринпарда ва қоринпарда орқаси бўшлиғи аъзоларининг специфик шикастланишидир. Кейинги йилларда абдоминал сил билан оғриган беморлар кўпайди ва ўпкадан бошқа аъзолар силнинг тахминан 15 фоизини ташкил қилмоқда. Абдоминал сил бирламчи инфекция ўчоғидан сил микобактериялари лимфоген, гематоген ва контакт йўли билан тарқалганда ривожланади.

Абдоминал силнинг клиник кечиши турли-туман бўлиб, ўзига хос патогномоник симптомлари йўқ. Унинг кўп хусусиятлари бошқа касалликларда ҳам учрайди. Шунинг учун, кўпчилик беморлар ҳар хил диагнозлар билан умумий даволаш муассасаларида текширилади. Асоратланган абдоминал сил умумий жарроҳлик стационарларида 25% жарроқлик муолажалари ўтказилганда аниқланади.

Касалликнинг клиник манзараси: тинка-мадор қуриши, терлаш, субфебрил иситма, уйқусизлик, бош оғриши, озиш каби умумий симптомлардан иборат. Анамнезда, кўпинча аввал аъзоларида сил касаллиги бўлганлиги ҳақида маълумотлар учрайди. +орин бўшлиғидаги сил жараёни кўпроқ ичакларда, лимфа тугунларида ва қоринпардада жойлашади. +изилўнгач, ошқозон, жигар, ўт пуфаги, талоқ ва ошқозон ости бези сили камдан-кам учрайди.

Сил мезаденитининг клиник кечиши патогномоник симп-томларнинг бўлмаслиги билан фарқланади. Сил мезаденити ўткир ва сурункали кечади. Ўткир кечган сил мезаденитида қоринда (киндик атрофида, ўнг ёнбош, чап қовурға ости соҳаси) кучли оғриқ бўлади ва бу «ўткир қорин» кўринишини эслатади. +орин қаппаяди, таранглашмайди, қориннинг олд девори нафасда қатнашади. +оринни пайпаслаганда нотекис қаттиқ лимфа тугунлари қўлга уннайди ва Штернберг симптоми мусбат бўлади: ичактутқич илдизи ингичка ичакка ёпишган жойда қоринни пайпасланганда қаттиқ, асосан чапда 2 бел умуртқаси соҳасида, ўнгда – Мак-Бурней нуқтасида қаттиқ оғрийди. Сурункали сил мезаденити гоҳ сусайиб, гоҳ зўрайиб кечади, яъни ҳуруж даврлари ремиссия даврлари билан алмашиниб туради. Ичактутқич соҳасидаги оғриқ ҳаммадан кўп учрайди. Хусусиятига кўра, симиллаб ёки санчиб оғриши мумкин. Бундан ташқари, куннинг охирига бориб, қорин тобора қаппаяди.

Сил перитонити иккиламчи бўлиб, кўпинча ичак, мезенте-риал лимфа тугунлари, жинсий аъзолар силининг асорати сифатида ривожланади. Сил

перитонитининг дўнгчали, экссудатив, экссудатив-ёпишқоқ ва казеоз ярали турлари фарқланади. Дўнгчали сил перитонити ўткир кечиши билан фарқланади, тана ҳароратининг кўтарилиши, титраб-қақшаш ва қориннинг оғриши билан бошланади. Тил қуруқ бўлиб, оқ караш боғлайди. +орин деворининг олд томони таранглашади, нафасда иштирок этмайди. +оринпарданинг яллиғланиш аломатлари аниқланади (Воскре-сенский, Шёткин-Блюмберг, Ситковский симптомлари). Кўпчилик беморларда зудлик билан жарроҳлик муолажаси ўтказилади. +оринпардада дўмбоқча тошмалар топилади. Экссудатив сил перито-нити дўнгчали перитонитнинг оқибати бўлиши мумкин. Бу перитонит қорин бўшлиғида экссудат ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Касаллик аста-секин ривожлана боради, қоринда ноаниқ оғриқ бўлади, ич кетиши, иситма субфебрил бўлиши мумкин. +орин катталашади. +оринпарданинг яллиғланиши сезилмайди, асцитик суюқлик аниқланади. Перитонитнинг ёпишқоқ тури қорин бўшлиғи сили жараёнининг асорати бўлиб, кўплаб чандиқлар ҳосил қилади. Гоҳ зўрайиб, гоҳ сусайиб кечади. Беморлар умумий ҳолсизлик, қорин оғриши, кўнгил айниши, ич кетишидан шикоят қиладилар. Кўпинча учрайдиган асорати ичак тутилишидир. Экссудатив-ёпишқоқ перитонит, чегаралганган экссудатнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади ва перкуссияда аниқланади. Беморнинг умумий аҳволи узоқ вақтгача қониқарли бўлади. Казеоз-ярали перитонит париетал ва висцерал қоринпардада ҳар хил катталикдаги яралар ҳамда сузмасимон некроз пайдо бўлиши билан ифодаланади. Беморлар қорнининг оғриши, қувватсизлик, кўнгил айниши, ич кетишидан шикоят қиладилар. Бу, сил перитонитининг энг оғир туридир. Кўпинча асорат сифатида ички ва ташқи аъзоларда оқма яра пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи жуда оғир, иситмаси баланд бўлади. Ичак сили хуруж ва ремиссия даврлари билан кечади. Тинмай оғрийди, ўнг биқин оғрийди. Кўпинча ич кетади ва қорин қаппаяди. +оринни пайпасланганда юмшоқ, ўнг биқинда оғриқ бўлади, перкуссияда кепчиш бўлади. Ёнбош ичакнинг терминал қисми қаттиқлашган бўлиб, худди арқондек пайпасланади. Ичак силининг ичак тутилиши, яранинг тешилиши, қон оқиши ва перитонит каби асоратлари бўлиши мумкин.

+изилўнгач сили кам учрайди, унинг ярали, стенозли ва милиар турлари фарқланади. Эзофагоскопияда қизилўнгачда яралар, гиперпластик грануляциялар ёки яранинг чандиқланиши оқибатидаги стеноз аниқланади.

Ошқозон сили ярали, гипертрофияли, фиброз-склерозли ёки аралаш турлари билан фарқланади. Касалликнинг илк босқич-ларида эпигастрал жой ғижимлаб оғрийди, бемор кекиради, кўнгли айниди, иштаҳаси пасаяди. Маълум вақтдан кейин пилоростеноз ривожланиши мумкин. Рентгеноскопия ва биоптатни гистологик текшириш билан ўтказиладиган фиброгастроскопия ёрдамида диагноз тасдиқланади. +иёсий диагностикаси асосан ошқозон ўсмаси билан олиб борилади.

Жигар силида зарарланиш учта (милиар, диффуз, тубер-кулема) турда учрайди. Миллиар турда жигарда силга хос гранулёмалар пайдо бўлади.

Йирик казеоз ўчоқлар капсула билан ўралади ва оҳакланади, жигар абсцесслари шаклланиши мумкин. тери сарғайиши, жигар катталашиши, спленомегалия бўлиши мумкин. Касалликни аниқлаш учун биоптатни гистологик текшириш мақсадида лапароскопия (лапаротомия) ўтказилади. Ўт пуфаги сили жуда кам учрайди.

Талоқ сили кам белги беради. Бу касалликда спленомегалия, субфебрил ҳарорат, асцит, рентгенологик талоқ соҳасида оҳак-ланиш кузатилади.

Ошқозон ости бези сили жуда кам учрайди. Касалликка хос симптомлар бўлмайди, сурункали панкреатит сингари кечади.

Диагностикаси. Абдоминал сил бошланган даврда симптомларнинг озлиги сабабли аниқ диагноз қўйиш қийин бўлади. Касалликнинг кеч даврида ҳам, клиник манзара ҳар хил бўлганидан аниқ диагноз қўйиш қийинчилик туғдиради.

Абдоминал силда лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, гемоглобин миқдорининг камайиши қайд қилинади. Абдоминал сил диагностикасида туберкулин синамалари катта аҳамиятга эга бўлади. Беморларни рентгенологик текширишда қорин бўшлиғида калцийланган лимфа тугунлари кўриниши мумкин. Бундан ташқари, бевосита рентген хусусиятларини, яъни висцероптоз, ошқозон ва ичак мотор фаолиятининг бузилиши, чандиқланиши ёки катталашган лимфа тугунлари сабабли ичактутқичининг силжиши ва мустаҳкам-ланишини аниқлаш мумкин. Кейинги йилларда абдоминал сил диагностикасида эндоскопик, ултратовуш текширувлар ва диагностик лапароскопия кенг қўлланиляпти. Абдоминал силнинг даволаш тамойиллари, сил кимётерапиясининг умумий тамойил-ларидан фарқ қилмайди. Патогенетик ва симптоматик даволаш тадбирлари - иммунтерапия, диетотерапия – енгил хазм бўла-диган таомлар, витаминлар, зарурат туғилганда – спазмолитиклар қўллашдан иборат.

Ташқи лимфа тугунлари сили

Ўпкадан бошқа аъзолар силида ташқи лимфа тугунлари сили етакчи ўринлардан бирини эгаллайди, 30-50% ини ташкил
қилади.

Касаллик тўрт босқичдан иборат: I босқич – бошланғич, инфильтратив; II босқич – казеоз; III – босқич – абсцессланган; IV босқич – оқма ярали (ярали).

Ташқи лимфа тугунлари силида кўпинча бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари зарарланади, қўлтиқ, чов соҳалари ва бошқа жойларда касаллик камроқ учрайди. Касаллик кўпинча сурункали кечади. Асосан бир нечта лимфа тугунлари зарарланади. Бошланишида катталашган лимфа тугунларининг қаттиқ занжири аниқланса, кейинчалик бир-бирига қўшилиб кетиб, тўдага айланади. Лимфа тугунлари марказида казеоз ҳосила юмшаб,

эриб, абсцессга айланади, йиринг ёрилиб, оқма яра пайдо бўлади. Оқма яра лимфа тугунлари силининг ҳар хил босқичларида кузатилиши мумкин.

Ташқи лимфа тугунлари силининг клиник кечиши ўзига хос симптомларнинг йўқлиги билан фарқланади. Кўпчилик ҳолларда беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлади. Беморларда субфебрил ҳарорат, ҳолсизлик, кўп терлаш, иштаҳа пасайиши кузатилади. Ташқи лимфа тугунлари сили диагностикасида анамнез муҳим аҳамиятга эга. Гемограммада анемия, лимфоцитоз, лейко-цитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилиши мумкин. Беморни кўриш, лимфа тугунларини пайпаслаб, силга хос хусусиятларни аниқлаш, интоксикация симптомлари силдан зарарланишни тасдиқлаши мумкин. Ташқи лимфа тугунлари силида туберкулин синамалари 90% гача мусбат бўлади. Ултратовуш текширувлари лимфа тугунларининг ҳажмини, қаерда жойлашганини, сонини, тузилишини ҳамда бўйин кистаси, хавфли ўсмалардан фарқини кўрсатади. /оят мураккаб ҳолларда компютер томография текширувидан фойдаланилади. Якуний ташхис тугун-нинг пункциядан ёки жарроҳлик усули билан олиб ташлангандан кейин - гистологик текширув натижасида асосланади.

Ташқи лимфа тугунлари сили ҳар хил лимфаденопатиялар ичида 25,8 – 65,9% ни ташкил қилади. Касалликни лимфома, лимфосаркома, лимфогрануломатоз, саркоидоз, фелиноз, носпе-цифик лимфаденитлар билан қиёсий диагностика қилиш лозим. Ташқи лимфа тугунлари силининг даволаш тамойиллари, сил кимётерапиясининг умумий тамоийлларидан фарқ қилмайди. Патогенетик ва симптоматик даволаш тадбирлари – иммун-терапия, витаминлар қўллашдан иборат. Даволаш тадбирлари ўтказилиши давомида, лимфа безидаги жараён абсцессга айланган ҳолларда жарроҳлик муолажаси – нодулоэктомия операцияси бажарилади.

Тери сили

Тери сили деб, сил микобактериялари сабабли ривож-ланадиган ҳар хил клиник ва морфологик кўринишидаги тери касалликларига айтилади. Сил микобактериялари терига кўпроқ гематоген йўл билан, камроқ лимфоген йўл билан тушади. Охирги йилларда тери сили кўпайиб, ўпкадан бошқа аъзолар сили беморлари орасида 6 - 11% ни ташкил қилаяпти.

Тери силининг кечиши узоққа чўзилиши билан фарқланади. Кўпинча кеч аниқланади ва самарасиз даволанади. 80% ҳолларда тери сили, касаллик бошлангандан 5 йил ўтгач аниқланади.

Тери сили клиник турларининг ҳар хиллигига сил микобактерияси юққан организмнинг иммунобиологик хусусиятлари сабаб бўлади. Касалликнинг ҳар хил турлари етарли даражада аниқ бўлган икки гуруҳга бўлинади. Биринчиси, бактериал ёки грануламатозли ҳақиқий тери сили.

Иккинчиси, терининг аллергик иммун яллиғланишидан зарарланишидир (туберкулидлар). 70% тери сили биринчи гуруҳга киради. Уларга сил бўричаси, колликватив тери сили (скрофулодерма), лихеноид тери сили, сўгалсимон тери сили, тери ва шилиқ қаватлар ярали сили, бирламчи тери сили киради. Иккинчи гуруҳга, индуратив эритема (Базен) ва папулонекротик тери сили киради.

Тери силининг ҳар хил турларини аниқлашда, беморнинг кўринишига, касаллик клиник кечишининг давомлигига, беморнинг умумий ҳолатига алоҳида эътибор бериш керак. Ташқи лимфа тугунларнинг катталашишини ва иситмасини кузатиш лозим. Тери силида яралардан ва йирингдан сил микобактерияларини топиш қийин, диагнозни аниқлашда морфологик текширишлар ишончли.

Касалликни қизил бўрича (красная волчанка), захм, сўгал, тугунчали эритема ва бошқа тери касалликлари билан қиёсий диагностика қилиш лозим. Тери силини даволаш тадбирлари сил кимётерапиясининг умумий тамойиллари асосида олиб борилади. Ярали сил шаклида маҳаллий терапияда антисептик воситалари билан бойламлар қўйилади.

15 БОБ

ҲАМРОҲ КАСАЛЛИК ҲОЛАТЛАРИДАГИ СИЛ

Ўпка силининнинг бошқа касалликлар билан бирга кечиши

Кўпгина касалликлар СМБ антибактериал дориларга сез-гирлигига ва силнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади. Улар макроорганизмнинг реактивлигини ўзгартиради, силга қарши иммунитетни пасайтиради ва касалликнинг ривожланишига имко-ният яратади. Сил ривожланишида, асосан, қандли диабет, ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги, пневмокониоз, алкоголизм,

гиёҳвандлик ва руҳий касалликлар, ОИВ-инфекциясини юқтириш катта аҳамиятга эга.

Ўз навбатида силнинг ривожланиши ҳам ички аъзолар ишининг бузилишига, ҳамроҳ касалликларнинг асоратли кечишига ва бошқа хавфли касалликларнинг юзага чиқишига имкон беради.

Ҳамроҳ касалликларни ўз вақтида аниқлаш – врачнинг муҳим вазифаси ва беморларни самарали даволашнинг асосий шарти ҳисобланади.

Сил ва қандли диабет

+андли диабет ва ўпка силининг бошқа касалликларга қўшилиб кечиши касалликнинг оғир клиник кўринишларини юзага келтиради. Ушбу касалликларнинг биргаликдаги салбий таъсири, даволаниши қийин бўлган, ўзига хос клиникаси бўлган касалликни келтириб чиқаради.

Дунёда 160 млн. одам +Д билан хасталанган ва ЖССТ маълумотлари бўйича, тахминан, 25 йилдан кейин +Д билан касалланган беморлар сони икки маротаба ўсиши мумкин. Одамлар орасида +Днинг 1 тури кўпайиши – 0,18%, сил касаллигида эса – 3,6%, яъни 20 марта кўп учрайди.

+Дли беморлар қайси тури билан оғришига қарамай, уларда сил касаллиги 5-10 марта кўп учрамоқда. Ўзбекистонда +Д билан ЎС бирга учраши кўп учрайдиган касалликлардан ҳисобланади, ЎС ва +Д бирга учраши охирги 15 йилда 8-10 марта кўпайди (ФваПИТИ клиникаси маълумотлари бўйича). +Д да ўпка сили ривожланишининг асосий сабаблари - ҳужайравий иммуни-тетнинг сусайиши ва эндоген сил инфекциясининг фаоллашиб боришидир. +Д да кузатиладиган организмдаги моддалар алмаши-нувининг бузилиши, витаминлар мувозанати ва ферментатив жараёнлар фаоллигинининг ўзгариши, лейкоцитлар фагоцитоз фаоллигининг сусайиши, гипоталамус-гипофиз-буйрак усти бези, инсуляр аппарат гормонал муносабатларининг бузилиши +Дга хос жигар ва буйрак тўқимасидаги ўзгаришлар, диабетик ангиопатия, сил жараёнининг ривожланишига замин яратади ҳамда даволаш самарасини камайтиради.

+андли диабет билан ҳамроҳликдаги ўпка силини даволаш ва қандли диабетни ўз вақтида аниқлаш катта қийинчиликлар билан амалга оширилади. Бундай беморларни даволаш самарадорлиги анча паст бўлади.

Бизнинг кўп йиллик ўпка сили ва қандли диабет ҳамроҳлиги муаммоси бўйича изланишларимиз кўрсатишича, қандли диабет амалиётда анча кечикиб аниқланаётгани маълум бўлди. Бунинг сабаби ўпка сили беморларни кузатиш даврида қон ва сийдикдаги қанд миқдорини назорат қилиш имконияти йўқлигидир. Ана шулар клиник белгилардан лабораториягача бўлган даврда, диагноз қўйиш учун инсулинга боғлиқ қандли диабет (+Д 1 тур) ва инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабет (+Д 2 тур) клиникасини бирма-бир ўрганишни тақозо қилди.

+андли диабетнинг ўзига хос клиник белгилари –чанқаш, оғиз қуриши, тери ва шиллиқ қаватларнинг қуруқлиги, сийдикнинг кўп

ажралиши, озиш, ҳолсизлик, бўшашиш, иштаҳа пастлиги, оёқларнинг оғриши ва бошқалар ҳаммага маълум. Аммо бу белгилардан баъзилари ўпка силида ҳам учрайди.

Ўпка сили кечишининг қуйидаги белгиларига қараб, +Днинг инсулинга боғлиқ бўлган тури борлигига гумон қилиш мумкин:

-бемор ёш бўлиши;

-аксарият беморларда ўпка силининг ўткир бошланиши;

-силнинг яллиғланган тури устун келиши;

-силдан яллиғланиш яққоллиги (фебрил ҳарорат, жуда ҳолсизлик, йўтал, кўп миқдорда балғам ажратиши, қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши, хансираш, юракнинг тез уриши ва бошқалар);

-рентгенологик жараённинг анча тарқалганлиги, янги яллиғланиш белгилари ва икки томонлама кўплаб деструкция соҳаларининг мавжудлиги.

+Днинг II тури-инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабетни аниқлаш, беморларнинг шикоятлари ва объектив текширишлар натижасида маълумотларнинг кам бўлиши туфайли анча қийин бўлади.

Ўпка сили кечишининг қуйидаги хусусиятларига қараб, беморда инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабет борлигига гумон қилиш мумкин:

-бемор ёши, кўпинча, 40 дан ошган;

-беморнинг семизлиги;

-айни бир вақтнинг ўзида ҳам ўпка сили, ҳам қандли диабет аниқланиши;

-касалликнинг аста-секин бошланиши;

-ўпка силининг кўпроқ кавакли ва фиброз-кавакли турлари учраши;

-клиник белгиларнинг суст намоён бўлиши (ҳолсизлик, силла қуриши, вазн ва иштаҳанинг сал камайиши, терлаш, эрталаблари бир оз йўталиш ва баъзи-баъзида субфебрил ҳароратга), баъзида қандли диабет асоратлари-оёқларда оғриқ, кўз хиралашишининг кучайиши;

-рентгенологик текширишда ўпкаларда чегаралганган, кам ривожланган, яллиғланиш ва ёлғиз йирик ҳажмли каваклар, илгари бўлиб ўтган сил инфекциясидан гувоҳлик берувчи калцинатлар, чандиқлар, фиброзли ўзгаришлар кузатилади.

+андли диабет диагнозини қўйишда қондаги қандни ярим миқдорий (қондаги ва пешобдаги қанд миқдорини аниқлаш учун чизиқли-тест) ёки миқдорий лаборатория усуллари ҳам қўлланилади.

Ҳозирги кунда энг арзон ва оддий усуллардан бири Хагедорн-Йенсен усули бўлиб, унинг ёрдамида бошқа усулларга қараганда, қондаги қанд миқдорини 10-20% кўтарилганини аниқланади. +андли диабетнинг ўрта ва оғир турларида шу усул билан аниқланган қондаги қанд миқдори бошқа усуларга қараганда, 20-30% баландроқ. Бу, турли оксидловчи моддаларнинг қон таркибида кўпайиб кетиши, инсулин етишмаслиги ва силдан заҳарланиш ҳисобига ва кўпроқ даражада глюкоза ҳамда ёғлар алмашинувида охиригача оксидланмаган маҳсулотлар ортиб кети-шига боғлиқ. Айтилганлардан келиб чиқиб, шуни назарда тутиш керакки, углеводлар алмашинувидаги

бузилишларни кўпроқ Хагедорн-Йенсен усулида аниқланади. Шунинг учун қандли диа-бетнинг ўрта ва оғир турларида қондаги қанд миқдорини аниқлаш билан бирга, сийдикда ҳам аниқлаш керак. Шошилинч ҳолларда қондаги ва сийдикдаги қанд миқдорини аниқлашда глюкофан ва бошқа диагностик йўл-йўл чизиқлардан фойдаланиш лозим.

+андли диабет беморларни даволашда ҳамма усулларни тўғри олиб бориш (парҳез, инсулиндаво, меъёрли жисмоний тарбия) ҳамда яхши ўргатилган бемор фаоллиги ёки бемор оиласи аьзосининг касаллик кечиши жараёнидаги назоратида яхши натижага эришиш мумкин.

Инсулиннинг қисқа, ўртача ва узоқ муддатли таьсир этувчи препаратлари фарқланади. Инсулиннинг адекват дозасини танлаш учун гормоннинг ўртача кунлик дозаси ҳақидаги маълумотлардан фойдаланилади. ЎКД - беморнинг вазни ва касалликнинг давомийлигини инобатга олган ҳолда, ўртача, бир кунлик препаратга бўлган эҳтиёжини кўрсатувчи катталикдир (И.И.Дедов ва ҳаммуалифлар, 1993).

+андли диабет касаллигининг биринчи йилида инсулинга эҳтиёж нисбатан катта бўлмай, ЎКД суткасига 0,25-0,5 бирлик/кг ни ташкил қилади. Касалликнинг 2-йилида - инсулинни эндоген ажралиши камаяди ва инсулинга эҳтиёж суткасига 0,6-1,2 бирлик/кг га ошади. Лекин кўпчилик беморларда, бу босқичда инсулин ЎКД си 0,7-0,9 бирлик/кг тенглашади.

Инфекцияли касалликлар замирида давомли эмоционал зўриқиш, кетоацидоз пайдо бўлиб, инсулинга эҳтиёж суткасига 1 бирлик/кг гача ва ундан кўпроққа ошади.

Маълумки, инсулиндаво самараси нафақат инсулин дозасини адекват танлашдагина, балки инсулинни сутка давомида тўғри тақсимлашга ҳам боғлиқ бўлади.

Инсулин дозасини сутка давомида тақсимлашда кундузги эҳтиёж жуда баланд, кечқурун – кеч соатларда эҳтиёжнинг нисбатан кам бўлишини ҳисобга олиш керак.

Ўпка сили билан касалланган беморларда қандли диабетни даволашдаги тажрибаларимиз шуни кўрсатдики, қисқа таъсир қиладиган инсулиннинг суммар миқдори (дозаси)ни 3 иньекцияга (асосий овқатланиш сонига): эрталаб нонуштадан олдин-20-25%; тушликдан олдин 10-15% ва кечки овқатдан олдин суммар дозанинг 15-20% бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади. Албатта, бизнинг тавсияларимиз тахминий бўлиб, инсулин дозаси ҳар бир ҳолатда ҳар сафар овқатланишдан олдин ва овқатдан 1-2 соат ўтгач, гликемия даражаси (миқдори)ни ва бемор ҳолатини ҳисобга олган ҳолда ўзига хос танланади.

Ўпка сили бор беморларда инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабетни қандни пасайтирувчи давоси масаласи ҳозиргача ҳал қилинмай келмоқда. Бу беморларда инсулинга муҳтожлик ортиши кузатилади, қолган β-ҳужайраларнинг инсулин ишлаб чиқариши юқорилиги туфайли, периферик тўқималарнинг инсулин резистентлиги кузатилади.

И.Л.Егорова ва Т.Ф.Смуровалар (1990) тадқиқотлари асосида С-пептид даражасини ўпка сили ва қандли диабет ҳамроҳлигидаги беморлар қонида тақсимланишида гиперинсулинизм аниқланди. Шундай экан, декомпенсацияланган қандли диабети бор ва силдан заҳарланиш белгилари кучли намоён бўлган беморларда нисбий инсулин етишмовчилиги ва инсулинрезистентлик юқори бўлади. Шунинг учун, ўпка сили ва қандли диабет II тури бор бўлган беморларга периферик тўқималар инсулинсезувчанлигини оши-рувчи перорал қанд миқдорини пасайтирувчи воситалар билан инсулиндаво қўллаш тавсия этилади.

Шундай қилиб, батафсил йиғилган анамнез ва клиник-рентгенологик маълумотлар қандли диабетни барвақт гумон қилиш ҳамда турини ажратишга, таклиф қилинаётган лаборатор усуллар эса қандли диабетнинг декомпенсация даражасини аниқлашга имкон беради.

Биз ишлаб чиққан клиник мезонлар ва қандли диабетни аниқлашнинг оптимал лаборатор-диагностик усуллари, ўпка силининг кимёвий давосида гипогликемик таъсир этувчи препаратларни қўллаган ҳолда, кимёвий даво тактикасини тўғри танлаш, ҳамда қандли диабетни даволаш усулига инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабетнинг илк босқичларида инсулиндаводан фойдаланиш, кейинчалик эса, таблеткали препаратларга ўтиш имконини беради.

Сил, кўпинча, қандли диабет замирида ривожланади ва унинг кечишини сезиларли даражада оғирлаштиради. Айни вақтда диабетнинг қўшилиши силнинг кечишини бирмунча оғирлаш-тиради, ўтказилган специфик терапияни сусайтиради ва беморнинг клиник соғайиб кетишига салбий таъсир қилади.

+андли диабет беморлар соғлом одамларга нисбатан сил касаллиги билан 2-3 марта кўп касалланишади. Кўпчилик сил беморларда қандли диабет латент яширин кечиб, фақатгина сил жараёни авж олгандагина намоён бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда сил ва қандли диабет айни бир вақтда аниқланади.

Сил ва қандли диабет беморлар орасида 20-40 ёшли эркаклар кўпчиликни ташкил этади.

Кўпчилик қандли диабет беморларда ўпкадаги силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлар кўкрак ички лимфа тугунларидаги инфекциянинг қайтадан фаоллашиши натижасида ривожланади. Диабетга хос бўлган метаболизм ва иммунитетнинг бузилиши силнинг пайдо бўлиши ва оғир кечишига имкон туғдиради. Диабет оғирлашгани сайин силнинг кечиши ҳам оғирлашаверади. Ўз навбатида сил ҳам қандли диабетнинг кечишини оғирлаштириб, асоратлар пайдо бўлишига олиб келади.

Кўпчилик қандли диабет беморларда тўқиманинг экссудатив реакцияси устунлиги, парчаланиш ва бронхоген тарқалишга мойиллик билан кечувчи яллиғланган ўпка сили қайд қилинади. Диабетда репаратив жараёнлар сусаяди, шунинг учун яллиғланиш секин сўрилади, сил

грануляцияларининг фиброз тўқималарга айланиши суст кечади ва узоққа чўзилади.

+андли диабет беморларда силнинг биринчи клиник белгиси кўпинча углевод алмашинуви бузилишлари компенсациясининг ёмонлашиши ҳисобланади, у сил интоксикациясининг углевод алмашинувига салбий таъсир қилиши ва инсулинга эҳтиёжнинг ортиши билан изоҳланади. Бронхлар, ўпка ва плевра шикастланиши яққоллигининг клиник белгилари, силнинг пайдо бўлган клиник белгисига ва касалликни ўз вақтида аниқланишига боғлиқ бўлади.

Сил ва қандли диабети бор беморларда туберкулинга сезгирлик баъзан сусаяди, бу қандли диабет билан оғригунга қадар сил билан касалланган беморларда яққол намоён бўлади.

Сил ва қандли диабети бор беморларда бактерия ажратиш, ўпкада емирилиш бўшлиқлари мавжудлигига боғлиқ. Деструкция мавжуд бўлса, кўпинча, асосий силга қарши препаратларга чидамли СМБ топилади.

Гемограмма ва ЭЧТ кўрсаткичлари ўпкадаги яллиғланиш жараёнларининг ўткирлигига тўғри келади, бироқ диабетнинг оғир туридаги умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар, алмашинув бузилишлари туфайли ҳам бўлиши мумкин.

Сил билан касалланиш хавфи юқори бўлгани учун, барча қандли диабет беморларда йилда бир марта флюорография ўтказиб туриш зарур. Агар ўпкада биронта ўзгариш аниқланадиган бўлса, албатта қайта рентгенологик ва бактериологик текшириш ўтказиш талаб этилади. Бронхоскопияга кўрсатма кўкрак ичи лимфа тугунлари сили билангина чегараланади, чунки бунда бронхлар сил билан зарарланиши ва уларнинг дренаж функцияси бузилиши эҳтимоли бўлади.

Сил беморларни қандли диабетга шубҳа қилиб текширганда, глюкозага толерантлик тестини ўтказиш лозим. Гликемиянинг мониторинги учун қонда гликолизланган гемоглобин миқдорини аниқлаш муҳим.

Сил ва қандли диабети бор беморларни даволаш комплекс тарзда олиб борилиши лозим. Диабет бўйича даволаш тадбирлари замирида барча силга қарши препаратлар, уларнинг ножўя таъсирларини ҳисобга олган ҳолда қўлланилади. Рифампициннинг орал гипогликемик воситалар биотрансформациясини тез-лаштиришини назарда тутиш лозим. Зарур ҳолларда силни даволашнинг жарроҳлик усулларидан фойдаланиш мумкин бўлиб, ўпканинг кичик ҳажмдаги резекциясини ўтказишга ҳаракат қилинади.

Сил ва нафас аъзоларининг сурункали носпецифик касалликлари

Нафас аъзоларининг сурункали носпецифик касалликлари бўлган беморлар сил билан касалланиш хавфи юқори бўлган шахслар гуруҳини ташкил қилади. Ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари, кўпинча, умумий иммун реакциялар сусайиши замирида кечади ва ўпкада локал (маҳаллий) имму-нитетнинг турли-туман бузилишлари билан кузатилади.

Шунга боғлиқ ҳолда сил билан касалланиш хавфи ҳақиқатан ҳам ортиб бормоқда.

Ўпканинг носпецифик яллиғланишли касалликлари, кўпинча, узоқ муддат кечувчи сил билан асоратланади, сўнгра эса, унинг тузалиши ўпкадаги силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлар билан бирга кузатилади.

Сил касаллигида ўпка тўқимаси ва бронхларида носпецифик яллиғланиш жараёнларининг пайдо бўлиши, бронхларнинг фиб-розли деформацияси ва дренаж функцияси бузилишига боғлиқ. Носпецифик яллиғланиш тарқоқ ва айниқса, фиброз-кавакли ҳамда цирротик силнинг доимий морфологик ва клиник компоненти ҳисобланади. Бундай яллиғланиш жараёнининг кучайиб бориши касалликнинг ўлим билан тугаш сабабларидан бири ҳисобланади. Емирилиш ёки кавак бўшлиғини дренажловчи бронхни турли даражадаги шикастланиши билан кузатиладиган бронхит деструктив ўпка силига олиб келади. Бронх ёриғи шиллиқ қават инфилтрацияси ёки чандиқли стеноз ҳисобига кўпинча торайган бўлади. Силда кузатиладиган одатдаги сурункали бронх-ўпка носпецифик яллиғланиш касалликлари - сурункали бронхит, бронхоэктазлар, эмфизема, сурункали пнемония ҳисобланади. Фаол сил билан хасталанган беморларда носпецифик яллиғланишнинг қўшилиши йўталнинг кучайиши, ҳансираш, цианоз пайдо бўлиши билан намоён бўлиши мумкин. Бунда балғам миқдори кўпаяди, унда турлича патоген микрофлора бўлади. Тана ҳарорати ошади, умумий қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Носпецифик яллиғланиш билан асоратланган фаол сил беморларда специфик кимётерапияни кучайтириш лозим. Носпецифик яллиғланиш жараёнларини чеклаш учун таъсир доираси кенг антибиотикларни тавсия этишда уларнинг силга қарши препаратлар билан ўзаро таъсирини ҳисобга олишга тўғри келади.

Ўпкасида силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлар мавжуд беморлар сурункали бронхитда ва, айниқса, бронхоэктазлар соҳасида яллиғланиш мавжуд бўлганда балғамли йўтал, қийин нафас олиш ёки нафас чиқариш билан кечадиган ҳансирашдан шикоят қилишади. Одатда бу клиник белгилар илгари силни ўтказмаган беморлардагига нисбатан камроқ намоён бўлади. Кўриниб турибдики, бу хусусият носпецифик яллиғланишнинг кўп ҳолларда ўпканинг юқори бўлакларида жойлашиши ва балғамнинг дренаж-ланиши ҳамда ажралиши учун яхши шароит бўлиши билан боғлиқ.

Баъзан силдан кейинги ўзгаришлар соҳасида юзага келган ўткир зотилжам, яққол захарланиш белгилари ва абсцес-сланишнинг клиник манзараси билан кечади. Бундай ҳолларда балғамда СМБ нинг бир марта топилиши ҳар доим ҳам ўпкада сил жараёнининг қўзғалганидан далолат беравермайди, балки бу нофаол сил ўчоғидаги ўпка тўқимасининг парчаланиши натижаси бўлиши мумкин. Зотилжам ва силнинг қайталаши ёки хуружининг дифференциал диагнозида шуни ҳисобга олиш керакки, зотилжам нисбатан ўткир, ҳансираш ва сезиларли миқдордаги нам хириллашлар билан кечади. Бунда ажралаётган балғам миқдори кўпаяди,

йирингли бўлади ва носпецифик патоген микрофлорага эга бўлади, таъсир доираси кенг антибиотиклар тезда ўз таъсирини кўрсатади.

ОИВ билан зарарланган шахсларда силни аниқлаш, рўйхатга олиш, даволаш ва профилактикаси ОИВ/ОИТС ва сил

ОИВ билан инфекцияси дунё бўйича сил билан касал-ланишнинг муҳим омилларидан ҳисобланади. ОИВ юқтириб олганларнинг ярмига яқини СМБ дан зарарлангандан кейин бир йил давомида сил билан касалланади.

2001 йил бошларида ОИВ юқтирган одамларнинг сони 36 млн. бўлган, уларнинг учтадан биттасига сил диагнози қўйилган (ЖССТ 2001 йил). Россияда наркомонлар орасида ОИВ вируси тарқалиши бошлангандан кейин, ОИВ билан зарарланиш тез суръатда ўса бошлади. 2003 йилда Россияда 230 минга яқин ОИВ юқтирганлар аниқланди. ОИВ юқтирганлар сони 2000 йилги кўрсаткичларга қараганда хозир 3 мартага яқин кўпайган. ОИТСда иммунитетнинг чуқур бузилиши билан клиник кечиши ОИВ юқтирганлар ичида 1% дан кўп аниқланди.

Россияда 1300 га яқин ОИВ-инфекцияси ва сил бирга кечган беморлар рўйхатга олинди. Буларнинг асосий қисми ОИВ-инфекциясининг кечки босқичи иммун тизимида чуқур бузилиш бўлганлиги учун СМБ зарарланганларда силнинг ривожланишига олиб келади. Сил бўйича кескин эпидемиологик ҳолатнинг сақланиб қолиши ва ноқонуний инъекцион наркотикларнинг ўсиши силнинг тарқалишига шарт-шароит яратмоқда.

ОИВ билан бирга кечадиган силнинг клиник манзараси ва кечиши ОИВ-инфекциясининг даражаси ва бемор иммун ҳолатининг бузилиши босқичига боғлиқ. ОИВ реплекациясининг биринчи намоён бўлиш даражаси кўпинча жуда фаол ўтади. ОИВ юқтирганларда иммун даражасининг биринчи ўтиб кетувчи (транзит) пасайиши, организмга вирус киргандан кейин ўртача 3 ойдан кейин аниқланади. Бу даврда қонда ОИВ га антитело аниқланмаслиги мумкин. Аммо силга қарши иммунитет бирмунча сусаяди ва СМБ ва ОИВ билан зарарланган кишиларда сил ривожланиши эҳтимоли бор. СМБ ва ОИВ билан зарарланган кишиларда ҳужайравий иммун танқислик таъсирида сил жуда тез тарқалади. Силни ОИВнинг маълум бир даражасидаги ўзига хос маркери сифатида қараш ва беморда ОИВ-инфекцияси борлигини нисбатан эрта босқичда гумон қилиш мумкин. Бу билан сил аниқланган беморларни, асосан, ОИВ-инфекциясини кўзда тутиб текшириш керак деган хулоса чиқади. Вирус борлигига қон зардобида шу вирусга қарши антитана борлиги асос бўлади.

ОИВ билан зарарлангандан кейин 6-7 йил ўтгач, сил ривожланади, ривожланишга мойиллик сақлангани ҳолда, тўлқин-симон кечиши ҳам мумкин. ОИВ-инфекция ривожланишига боғлиқ ҳолда, иммун ҳолат оғирлашиши даврида хуруж кузатилади. Ҳужайравий иммунитетнинг бузилиш даражаси силнинг оғирлиги ва хуружнинг давомлилигини

аниқлайди. ОИТС нинг аниқ манзараси ОИВ билан зарарлангандан 7-8 йилдан кейин ривожланади, сил жараёни шиддат билан тарқалади ва ўлим билан тугайди.

Силни ОИВ билан зарарланган ва ОИТС билан бирга кечган беморларда клиник кўриниши ўзига хос бўлади. Бемор бир неча ой давомида гоҳ-гоҳида тана ҳароратининг 39°С ва бундан кўтарилиши, бирдан терлаш ва умумий ҳолсизлик, баъзан қуруқ, қаттиқ йўталдан шикоят қилади. Кўпинча силни ўпкадан ташқари тури ривожланади. Асосан, бўйин лимфа тугунларининг шикаст-ланиши, периферик лимфа тугунларининг тарқалган шикаст-ланиши сабаб бўлиши мумкин.

Сил ва ОИВ-инфекция беморларида ҳужайравий иммуни-тетнинг бир мунча пасайиши туберкулинни тери ичи синамасида манфий анергик реакция йўқлиги натижасидир. Рентгенологик текширишда, одатда, ўпкада лимфогемотоген диссеминация, кўпинча, парчаланиш бўшлиқлари аниқланади. Кўпинча кўкрак ичи лимфа тугунларининг зарарланиши, плевра бўшлиғида экссудат ҳам аниқланади.

Сил ва ОИВ-инфекцияси бирга кечган беморларнинг ўртача 20% и балғамида СМБ аниқланади. Фибробронхоскопия ёрдамида олинган бронхоалвеоляр ювиндини бактериологик текшириш кўпроқ маълумот беради. Баъзан гемотоген тарқалган беморларда қонни бактериологик текширганда СМБ аниқланиши мумкин.

ОИВ-инфекциясининг кечки босқичида, ўпкани шикастлай-диган бошқа касалликлар: цитомегаловирусли ва пневмоцистли зотилжам, Капоши саркомаси, ўпка криптококкози, нокардиоз ҳисобига сил асорати ривожлангани аниқланади.

ОИВ-инфекцияси бор беморларда сил диагнози қўйилгандан сўнг энг қисқа муддат ичида махсус кимётерапияни бошлаш керак. ОИВ-инфекциясининг эрта босқичида, сил аниқланган бемор-ларни даволаш, силга қарши умумий қабул қилинган стандарт тартиб асосида даво қилинади. Одатда антиретровирус препарат-лари буюрилмайди. ОИВ-инфекциясининг кечки босқичларида, кўпинча, силга қарши терапия билан антиретровирус дорилар бирга қўлланилади. Баъзан беморнинг аҳволи вақтинча оғирлаш-ганда, организмнинг реактивлиги бир мунча тиклангандан кейин, иммунологик фаоллиги ошганда, биологик фаол моддалар шаклланганда кимётерапияни ўтказиш мумкин. Бундай ҳолларда даволашни иложи борича коррекция қилиш керак.

Силга қарши препаратларни буюраётганда антиретровирус препаратларнинг гуруҳларидан протеаза ингибиторлари ёмон таъсир қилиши, силга қарши препаратлардан рифампицин мета-болизмга бир мунча самарали таъсир кўрсатишини ҳисобга олиш керак. Бир қанча антиретровирус препаратлари изониазид, этамбутол ва этионамид билан бирга нейротоксик таъсир кўрсатади. Даволаш чора-тадбирлари мажмуасига психотера-певтик ёрдам ҳам қўшилиши керак.

ОИВ юқтирган кишилар сил касалигига чалиниш бўйича жуда хавфли гуруҳга киради. Уларда фтизиатрнинг динамик кўриги ва махсус профилактик чора-тадбирлар ўтказиб туриш зарур.

ОИВ юқтирган кишиларда силни аниқлаш ва профилактикаси қуйидаги принциплар асосида олиб борилади:

1. ОИВ юқтирганлиги биринчи марта аниқланган ҳамма кишилар фтизиатр кўригидан ўтишлари шарт. ОИВ юқтирган кишилар силнинг хавфлилиги, унга хос белгилар ва бу касаллик профилактикаси бўйича чоралар ҳақида маълумотга эга бўлишлари керак.

2. ОИВ юқтирганлиги аниқланган ҳамма кишилар ўпканинг рентгенологик текширувидан ўтишлари зарур. Кейин йилига 1 – 2 марта ўпкани рентгенографик текшириб туриш керак. Рент-генологик текширув натижаси фтизиатрда сақланади.

3. ОИВ юқтирганлиги аниқланган кишиларда 2ТБ Манту синамаси ўтказилади, кейин йилига 2 марта ўтказилади. Фтизиатр синама натижасини диспансер кузатув картасига ёзиб боради. ОИВ юқтирган кишиларда туберкулинга сезгирлик вираж ҳолатида ёки туберкулинга яққол реакция бўлганда силга қарши эҳтиёт, деб номланган кимётерапия ўтказишга кўрсатма бўлади.

Ўпка силини аниқлаш учун:

1. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси (болалар, ўсмирлар, катталар) – ОИВ-зарарланиш аниқ бўлганда ва кейинчалик камида йилига бир марта 14 ёшдан катталарга флюорография қўлланиши мумкин.

2. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси - ОИВ-зарарланган шахслар учун (болалар, ўсмирлар, катталар) , йил давомида бир марта мурожат қилган, олдинги рентгенологик текширув бир йил олдин ўтказилган бўлса, 14 ёшдан катталарга флюорография ўтказилади.

3. Ҳар қандай давомийликдаги йўталда, балғамнинг 3 марта СМБ га бактериологик текшируви. Манфий натижаларда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси (флюорография) ўтказилади.

4. Ўпка ва ўпкадан бошқа аъзолар сили бор беморлар билан бирга яшовчи ОИВ билан зарарланган беморлар бактерия ажратиш бор-йўқлигига қарамасдан маҳаллий силга қарши муассаса фтизиатрлари томонидан текширувдан ўтказилади. Уларга кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси (агар у 4 ойдан олдинроқ қилинган бўлса), керак бўлса, ўрта текислик бўйича томография, умумий қон таҳлили ўтказилади. Мулоқотдаги шахсларда ҳар қандай йўтал бўлса, балғамни 3 марта бактериоскопия қилинади (СМБ га), манфий натижада 3 марталик экма экилади. Агар балғам бўлмаса, бронхлар ювинди суви ишлатилади. +олган текширувлар кўрсатма бўйича қилинади.

Ўпкадан бошқа аъзолар силини аниқлаш

Рўйхатга олишда, режали кўрик пайтида ва ОИВ-зарарланган шахслар шикоятлар билан мурожаат қилганда қуйидагилар ўтказилади:

- Синчиклаб анамнез йиғиш, ўпкадан бошқа силга шубҳали шикоятлар ва объектив белгиларни аниқлаш, бош оғриғи, кўзнинг хиралашиши,

менингиал белгилар, бош мия нервлари шикаст-ланиши белгилари, бўғим, суяк, умуртқа, қориндаги, буйрак соҳасидаги оғриқлар, сийдикдаги ўзгаришлар, периферик лимфа тугунларининг катталашуви, юмшаши ва оқма яралар пайдо бўлиши.

- Керак бўлганда, зудлик билан фтизиатр, невропатолог, ўпкадан бошқа аъзолар сили мутахассислари: фтизиоортопед, уролог, гинеколог консултациялари ўтказилади.

ОИВ билан зарарланган шахсларда силни аниқлаш

- ОИВ билан зарарланган шахсларда силни аниқлаш ОИТС марказлари ёки шу шахсларни рўйхатга оладиган марказий туман поликлиникалари, инфекцион касалликлар кабинети врачлари томонидан амалга оширилади.
- ОИВ билан зарарланганларда касалликнинг ҳар қандай белгиси пайдо бўлганда, худудий ОИТС марказига ёки инфекцион касалликлар кабинетига мурожат қилишлари кераклиги тушунтирилади.
- ОИВ билан зарарланган шахслар шифокорнинг режали кўригида ўпка ва ўпкадан бошқа силга хос сўраб-суриштирилади.
- Силга гумон қилинган шахслар аниқланса, ОИВ билан зарарланган шахслар ОИТС марказидан маҳаллий инфекцион касалликлар кабинетига юборилади. У ерда шифокорлар томонидан керакли комплекс текширувлар: балғамни бактериоскопик текшириш, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва бошқа текширувлар ўтказилади. Агар бемор ОИТС марказига бормасдан ИКК га борса, врач керакли текширувларни ўтказади.
- Агар балғамда СМБ аниқланса, силга қарши диспансерга юборилади. Натижаси манфий чиқса, кўкрак қафаси аъзолари рентгенография қилинади. Рентгенограммада ўзгаришлар бўлмаса, касал терапевтга юборилади. Агар рентгенограммада ўзгаришлар бўлса, унда силга қарши диспансердаги фтизиатр билан муҳокама қилинади. Кейинги тактика ўпкадаги рентгенологик ўзгаришларни аниқлаш. Баъзан, масалан, миллиар силга гумон қилинса, силга қарши диспансерга жўнатилади. Бошқа ҳолларда зотилжам билан дифференциал диагноз қилиш учун 2 ҳафта давомида стационар ёки амбулатор шароитда таъсир доираси кенг антибиотик билан даволанади. Касаллик клиник рентгенологик ўзгаришсиз кечса ёки жараён оғирлашса, балғам 3 марта СМБ га бактериоскопия йўли билан текширилади. Кейинги тактикани фтизиатр билан ОИТС маркази бирга ҳал қилади.
- ОИВ билан зарарланган шахсларда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясини маҳаллий поликлиникада ИКК шифокорлари ўтказади. Агар ОИВ билан зарарланган бемор ОИТС марказида кузатувда бўлса, ОИТС маркази шифокори конфеденциалликни сақлаш мақсадида ИКК га йўлланма беради ва ИКК врачи рентген кабинетга йўлланма беради.
- Силга қарши диспансер ва ОИТС маркази мулоқот учун масъул шифокор ажратади.
- Шаҳар, туман ва вилоят силга қарши диспансерлари ҳамда маҳаллий ОИТС марказидан сил ва ОИВ билан зарарланган шахслар тўғрисида тўлиқ

маълумот йиғилади. Силга қарши диспансер билан ОИТС ташкилотлари орасидаги маълумотлар ойда бир марта текширилади.

• ОИВ билан зарарланган шахслар ҳақидаги маълумот беришга фақат силга қарши шифохоналардаги бош шифокорга рухсат берилган ҳамда ОИТС ташкилоти билан мулоқотда бўлиш учун маълумотни тарқатмаслик тўғрисида имзо қўйилади ва ўша шахсга рухсат берилади.

ОИВ билан зарарланган шахсларда Манту синамасини қўллаш

ОИВ билан инфицирланган организм Манту реакциясига гиперсезувчанлик секин типда ривожланиши чегаралганган-лигини ҳисобга олган ҳолда, бу тест танлов тести сифатида ўтказилмайди. ОИВ билан зарарланган шахсларда 2 ТБ Манту синамаси манфий ёки гумонли бўлиши фаол сил жараёни йўқлигини билдирмайди.

ОИВ билан зарарланган шахсларда диагноз ноаниқ бўлсада, Манту синамаси силга қарши муассасаларда бошқа текширувлар билан комплекс ҳолда қўлланилади.

Иммунодефицити енгил даражадаги шахсларда, Манту синамаси яққол мусбат (гиперергик) чиқиши ўзгаришларнинг сил этиоло-гияли эканлигидан далолат беради.

ОИВ билан зарарланган шахсларда сил кечишининг ўзига хослиги ва дифференциал диагностиканинг қийинлиги

ОИВ билан зарарланган шахслардаги ўпка силига, ўпканинг пастки бўлагида жойлашиши, кўкрак қафаси ичи лимфа тугунлари катталашиши ёки тарқоқ турда кечиши, кўпинча жараёнга бошқа аъзо ва тизимларнинг (хусусан, нерв тизими) сероз қаватлари қўшилиши (плевра сили, сил перитонити, сил перикардити) хосдир.

ОИВ билан зарарланган шахсларни сил ҳолатларида рўйхатга олиш.

Силга қарши диспансерда ҳисобга олиш худудий белгилар орқали амалга оширилади ва сил ҳолатининг таснифига кўра, журналда қайд қилинади (форма ТБ 03.)

*16.1-**Жадвал***

ОИВ-инфекциясини эрта ва кечки босқичларида ўпка силининг ўзига хослиги

Силнинг диагностик белгилари	ОИВ-инфекция босқичлари	
	Эрта	Кечки
Клиник манзараси	Кўпинча иккиламчи силга ўхшайди	Кўпинча бирламчи силга ўхшайди
Балғам суртмасининг микроскопик натижаси	Кўпинча мусбат	Кўпинча манфий
Кўкрак қафаси рентгенограммасидаги	Кўпинча парчаланиш бўшлиғининг бўлиши	Кўпинча ёйилган инфилтратлар,

ўзгаришлар		бўшлиқсиз парчаланиш

Сил ва ошқозон, ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги

Ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак яраси мавжуд беморларда силнинг ва, аксинча, сил замирида яра касаллигининг пайдо бўлиши иккала касалликнинг кечишини оғирлаштиради ва даволашни қийинлаштиради. Ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги мавжуд беморларда силнинг учраши ошқозон-ичак йўлининг бу патологияси билан оғримайдиган шахсларга нисбатан 6-9 марта кўп учрайди. Шунга биноан ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги мавжуд беморлар сил билан касалланиш хавфи юқори бўлган гуруҳга киради.

Ўпка сили, кўпинча, ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғригандан бир неча йилдан кейин ривож-ланади. Бироқ бир қатор ҳолларда силдан сўнг ошқозон, ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги келиб чиқади.

Ошқозон, ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги мавжуд беморларда сил ривожланишининг энг кўп учрайдиган сабаб-ларидан бири ҳазм жараёнининг бузилиши ҳисобланади. Айни вақтда яра касаллигининг ривожланишида силдан заҳарланиш, айниқса ҳаддан ташқари ичкилик ичиш ва тамаки чекиш, шунингдек, бир қатор силга қарши препаратлар таъсири натижасида ошқозон шиллиқ қавати трофикасининг ва ошқозон кислоталилиги ўзгаришининг аҳамияти катта. Бу омиллар сил беморларда, кейинчалик яра ҳосил бўлишига олиб келувчи сурункали гастритни келтириб чиқаради.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси мавжуд беморларда сил кўпинча сезиларли ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, тана вазнининг камайиши ҳамда ошқозон-ичак, жигар, ошқозон ости бези фаолиятининг бузилиши билан намоён бўлади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бор беморларда, кўпинча, яллиғланган ўпка сили аниқланади. Даволаш қийин кечгани учун, кўп ҳолларда сил жараёни секин-аста фиброз-кавакли силга айланади.

Туберкулин синамалари яра касаллиги мавжуд беморларда ҳеч қандай аҳамиятга эга эмас, силни аниқлаш учун ўпкани рентгенологик ва балғамни бактериологик текшириш керак.

Бунда силни даволаш учун яра касаллигининг хуружига йўл қўймаслик лозим. Силга қарши препаратларни перорал эмас, иложи борича венага, мушак орасига, ингаляциялар кўринишида тавсия қилиш лозим. Силга қарши препаратларни ичиш, кўпинча, ошқозон-ичак йўлида нохуш асоратларга олиб келиши мумкин. Бундай гуруҳдаги беморларга чегараланган кимётерапия шароитида, бемор учун қабул қилишга қулайроқ дори комбинациясини танлаш мумкин бўлади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги мавжуд беморларда ўпка туберкулёмаси, кавакли, чегараланган фиброз- кавакли силда оператив муолажалар ўтказилади. Операциядан олдин ва ундан кейинги даврда силга, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси касаллигига қарши комплекс препаратлар қабул қилинади.

Ўпка сили ва рак

Сил билан зарарланган ўпкада рак ривожланиши маълум диагностик қийинчиликлар туғдиради, беморни даволаш ва тек-
шириш методикасини умуман ўзгартиради.

Аутопсия натижаларига кўра, ўпка раки учраши ўпкасида силдан кейинги қолдиқ ўзгаришлари мавжуд кишиларда илгари сил ўтказмаган кишиларга нисбатан 4-7 марта кўп. Шу билан бир қаторда фаол ўпка сили билан касалланган беморларда ўпка ракининг аниқланиши, бошқа аҳоли қатламларида ракнинг топилиши бўйича ўртача кўрсаткичлардан деярли фарқ қилмайди. Сил беморларда ўсма жараёнларининг ривожланиши кекса ва ёши ўтган кишиларда ўта юқори.

Сил ва ракнинг ўзаро муносабатлари кўп томонлама ноаниқ. Кўпчилик беморлар аввал ўпка сили билан хасталанишади, кейин унга рак қўшилади. Ракнинг ривожланишини, кўпинча, силнинг узоқ муддат сурункали кечиши ва ўпкада фиброзли жараёнлар ривожланишига боғлашади. Кўпчилик чандиқдан ривожланган рак ҳолатлари, умуман олганда, патологик жиҳатдан ўпкадаги силдан кейинги ўзгаришларга боғлиқ. Силдан кейинги ўзгаришлар шаклланиши экзоген канцерогенлар тўпланишига мойиллик туғдирувчи бронхлар шиллиқ қавати эпителийсининг метаплазияси билан кузатилади.

Сил ва рак бирга кечганида беморларда, кўпинча, сурункали ўчоқли, фиброз-кавакли ёки цирротик сил кузатилади. Силнинг бу турларида ўпка паренхимаси ва бронхларда фиброзли ўзгаришлар яққол ифодаланади. Ўсма ва сил жараёнлари, одатда битта бўлакда, камроқ- битта сегментда –I, II ёки VI сегментда жойлашади. Сил беморларда периферик ҳамда марказий ўпка раки ривожланиши мумкин. Марказий рак, кўпинча, ўпка илдизи калцинатланган лимфа тугунлари соҳасида аниқланади.

Ракнинг ривожланиши одатда силнинг хуружи билан кузатилмайди. Кўпинча, силга қарши ўтказилаётган кимётерапия замирида, ўсма жараёнлари қўшилишига қарамасдан, ўпкадаги специфик ўзгаришлар сусайиб боради.

+ўшма касалликнинг клиник белгилари марказий ўпка ракида кўпроқ намоён бўлади. Йўтал кучайиши, қон туфлаш, тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Ўсма эндобронхиал ўсганда ва обструктив синдромлар ривожланганда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади. Бемор балғам ажратганида уни кетма-кет СМБ ва ўсма ҳужайраларига текшириш лозим.

Периферик ўпка ракида ўсма билан шикастланиш белгилари узоқ муддат кузатилмайди. Улар кечки босқичларда- ўсма йирик бронхларга ўсиб кирганида, кўкрак ичи аъзоларини эзиб, парчаланиб ва метастаз бера бошлаганидагина пайдо бўлади. Ўпка марказий ракини асосий текшириш усуллари рентгенологик текшириш ва бронхоскопия ҳисобланади. Марказий ўпка раки ривожланишига шубҳа туғдирувчи клиник белгилар ёки рентгенологик ўзгаришлар (гиповентиляция, ателектаз, эндоброн-хиал ёки перибронхиал соя) пайдо бўлганда бронхоскопия мутлақ кўрсатма ҳисобланади. Бронхлар таркибидаги маҳсулотлар СМБ га қайта бактериологик текширувга ва ўсма ҳужайраларига цитологик текширувга берилади. Рак касаллигига шубҳа туғилганда диагнозни тасдиқлаш учун бронхоскопия вақтида биоптатни, кейинчалик гистологик текшириш учун биопсия қилинади.

Сил беморда қаттиқ фиброзли сил ўчоқлари ёки пневмо-фиброз соҳасида алоҳида фокус топилганда периферик рак ривожланиши ҳақида фикр юритиш лозим. Калцинатланган ўчоқларнинг патологик соясида ва ҳатто бронхлар таркибидаги маҳсулотлардан СМБ топилган тақдирда ҳам рак мавжудлигини истисно қилмаслик лозим. Диагнозни тасдиқлаш учун КТ назора-тида трансбронхиал ва трансторакал биопсия ўтказиш ва биоп-татни цито- ҳамда гистологик текшириш лозим.

Рак билан касалланган беморда туберкулинга сезгирлик, кўпинча пасайган, сил беморда эса ўпка раки пайдо бўлганида туберкулинга реакция кучсиз мусбат, баъзан манфий бўлиши мумкин.

Силга қарши даволаш вақтида жараён динамикасининг хусусиятилари, алоҳида диагностик аҳамиятга эга бўлади. Ракка шубҳа туғдирувчи маҳаллий ўзгаришларнинг ривожланиши белгиларини аниқлаш, ижобий клиник-рентгенологик ўзгаришлар фонида катта эътиборни талаб қилади. Мураккаб ҳолатлар диагностик ва шу билан бир вақтда даволаш усули сифатида оператив муолажаларга кўрсатма бўлади. Операция вақтида патологик ҳосиладан биопсия олинади ва тезда гистологик текширувга берилади. Рак диагнози барча имкониятлардан фойдаланиб тасдиқланганда, регионар лимфа тугунлари билан бирга шикастланган ўпка ва бутун ўпка олиб ташланади. Операциядан кейинги даврда силга қарши даво давом эттирилади. Айни бир вақтнинг ўзида ўсмага қарши кимётерапия махсус дастур бўйича олиб борилиши мумкин.

Ўпка сили ва пневмокониоз

Пневмокониоз (юнонча pneumon – ўпка ва conis - чанг) – чанг заррачалари бўлган ҳавода нафас олганда, ўпка тўқимасининг ифлос чангга реакция беришидир. Бу заррачалар, агрессив кимёвий моддалар сақлаб, ўпкада тугунчали ёки тугунли ҳосилали пневмофиброз ривожланишига ёрдам беради. Натижада ўпканинг функцияси бир мунча бузилади.

Пневмокониоз, касб касаллик-ларига киради ва уни касб касалликлари бўйича мутахассис даволайди.

Пневмокониознинг қуйидаги асосий турлари фарқланади: *силикоз, антраказ, асбестоз, бериллиоз, алюминоз*. Силикоз бошқа пневмокониозларнинг ичида кўпроқ учрайди ва кўпинча сил билан асоратланади. Бундан кейин ўзига хос патогенез, патоморфология ва клиник-рентенологик кўринишга эга янги касаллик – *силикосил* пайдо бўлди.

Силикоз конда ишловчиларда ва кремний бирикмалари билан алоқада бўладиган (асосан кўпинча қумда ишлайдиганларда), металлургия саъноати ишчиларида кузатилади. Шу бирикмалар билан ифлосланган ҳаводан нафас олганда ўпкага озод кремний икки оксид киради ва ўпка тўқимасида силикотик гранулема шаклланади. Кремний бирикмасининг оқсил молекулалари билан ўзаро таъсири натижасида: чанг заррачаси-оқсил моддасидан иборат антиген комплекси пайдо бўлади. Кремний заррачаси макрофаг томонидан ютилади, кейин емирилади. Ҳужайраларарo бўшлиққа биологик фаол модда чиқади, силикотик бўртмачалар пайдо бўлишига имкон беради ва интерстициал фиброз ривож-ланади.

Силикотик гранулема бошида чанг заррачалари ва ҳужайравий қисмлардан иборат бўлади. Кейин унинг таркибида концентрик коллаген толалар тутами пайдо бўлади ва ўша жойда кенг фиброз тортмалар ҳосил бўлади (15.1-расм). Секин-аста ўпка қон томирлари бўйлаб ўзига хос фиброз “ғилофлар” шаклланади. Ўпкада фиброз тарқалиши фонида диаметри 2 – 3 см. ва бундан катта бўлган силикотик тугунчалар шаклланади.

15.1-расм. Силикоз. Гистологик препарат х 80

Силикознинг бир қанча турлари фарқланади: *интерстициал шакли*, интерстициал тўқимада, асосан, тўруяли фиброз бўлади. *Тугунчали шакли*да иккала ўпкада ҳам силикозли гранулема бўлади, тугунчаларнинг йириклашиши натижасида силикознинг *тугунли шакли* шаклланади.

Силикознинг клиник кечишида учта босқич фарқланади. Силикознинг биринчи клиник босқичига ўпка ўрта бўлагининг зарарланиши хос. Силикознинг иккинчи клиник босқичига ўпканинг барча қисмида тарқалган диффуз фиброзли ва ўчоқли ўзгаришлар хос. Учинчи босқичига иккала ўпкада ҳам яққол пневмофиброз билан йирик сояли ҳосилалар бўлиши хос.

Силикоз беморларининг I босқичида 10 – 20% ҳолларда, II босқичида 20 – 60% ҳолларда, III босқичда 60 – 80% ҳолларда сил аниқланади. Силикоз беморларда силнинг ривожланиши учун ўпканинг чангланиш даражаси ва ўпканинг силикотик зарарланиши муҳим аҳамиятга эга. Силикоз даражаси қанчалик оғир бўлса, шунчалик сил қўшилиши эҳтимоли юқори бўлади, кўпинча силикознинг тугунчали шакли сил билан асоратланади.

Силикоз ва бошқа пневмокониоз беморларда силнинг ривожланиши, ўпка ёки кўкрак қафаси ичи лимфа тугунларидаги сил қолдиқ ўзгаришларининг эндоген реактивацияси натижасида бўлади. Экзоген суперинфекциянинг ҳам аҳамияти бўлиши мумкин. СМБ нинг ўпка тўқимасига ўтиши бронхоген ёки лимфогематоген бўлиб, кейин микроб популяциясининг кўпайиши ва иммун реакциясининг кучига қараб, ўпка силининг – тарқалган, ўчоқли, яллиғланган, фиброз-кавакли ёки шуларга ўхшаш бирон-бир шакли ривожланади.

Силнинг морфологик кўриниши силикоз шакли ва босқичига боғлиқ. Силикознинг ўзига хос морфологик кўринишида, силнинг ўзига хос казеоз некротик кам ривожланган махсус грануляцион тўқима, тўқима орасида коллаген толалар, силикотик гранулема-лардан иборат силикосил ҳосиласи аниқланади.

Силикосилнинг атипик шакллари орасида бронхоаденит, майда ва йирик тугунли чегараланган силикосилли ҳосилалар – якка ёки кўп сонли силикотуберкулемалар ажратилади, силикозни III босқичи ва тарқалган сил жараёни, яъни алоҳида силикосил ҳам ажратилади.

Ўпкада сил ўчоғи ривожланиши учун силикоз беморнинг умумий аҳволи, кўпинча, аҳамиятсиз бўлади. Сил яллиғланиши жараёни тарқалганда беморнинг аҳволи оғирлашади. Яққол заҳарланиш белгилари пайдо бўлади, бемор йўталиб, балғам ташлайди, баъзида қон туфлайди, ҳансираш кучаяди.

Силикотик ва силикосилли ўпкадаги зичлашган майдонлар, юқори ҳаволи майдонлар билан алмашиниб “мозаик” перкутор ўпка товушини ҳосил қилади. Ўпкани аускултациясида диффуз носпецифик эндобронхитдан гувоҳлик берадиган тарқалган қуруқ хириллашлар эшитилади. Нам хириллашлар жуда кам бўлади, силикосил беморларда одатда экссудатив реакция яққол бўлмайди.

Силикосил беморлар ўпкасида аниқ деструкция белгилари бўлганда ҳам бактерия кам ажралади.

Силикосилнинг рентгенологик манзарасида силикозга хос ўзгаришлар устунлик қилади. Тарқалиши силикотик жараён босқичига боғлиқ. I босқи,ч силикозни сил билан асоратланган беморда, иккала ўпканинг ўрта бўлагида диффуз деформация ва майда уячали кўринишдаги ўпка тасвирининг

кучайиши аниқланади. Силикознинг тугунчали шаклида ўпканинг ўрта ва пастки бўлагида диаметри 2-3 мм. бўлган юмалоқ ҳосила кўринади. II босқичида тўрланишнинг кучайиши ва кейинчалик тугунчали ҳосилалар тарқаладиган уячали зичлашиш кузатилади, ўпка сурати (“кесилган ўпка илдизи” симптоми) билан таққослаш керак. III босқичига фиброз ҳосилали ва конгломератли туберкулема типидаги тугунлар бўлган ўпка майдонининг ялпи зичлашуви хос. Силикосилнинг барча босқичларида кўкрак ичи лимфа тугунларининг қотиши – “тухум пўчоғи” белгиси аниқланади.

Силикосилли бронхоаденит ўртача катталашган лимфа тугунларининг чеккалари калцинацияси ҳисобига рентгенологик усул ёрдамида яхши аниқланади (15.2-расм). Ўчоқли сил ривожланганда, одатда ўпканинг юқори бўлагида диаметри 1 см.гача юмалоқ полиморф соя ҳосил бўлади. Улар рентгено-граммада кам интенсивликдаги йирик силикотик тугунчалар ва кўпроқ ҳаракатчанлиги билан фарқланади.

15.2-расм. Силикосилли бронхоаденит.
Кўкс оралиғининг бўйлама томограммаси

Сил ўчоғи ҳар хил катталикда, шаклда ва интенсивликда ўпка майдонининг юқори бўлагида жойлашади (15.3-расм). Битта ўпканинг симметрик бўлмаган силли яллиғланиши ва силикоздан зарарлангани аниқланади. Сил яллиғланишини силикотик зарар-ланишдан фарқи, кам интенсивликда бўлиб, соясининг чегараси унчалик аниқ бўлмайди. Сил яллиғланиши бутун ўпка бўлагига тарқалган бўлиши мумкин, кўпинча нотўғри шаклда ва ҳар хил зичликда бўлади (15.4, 15.5-расм).

15.3-расм. Ўпканинг тўғри проекциясидаги рентгенограммаси. Силикосил. Иккала ўпкада сил ўчоқлари ва силикотик тугунчалар. Бронхопулмонал лимфа тугунларининг қотиши

15.4-расм. Ўпканинг тўғри проекциясидаги рентгенограммаси. Тугунли силикоз

Тугунли силикосил (*силикотуберкулома*) рентгенологик диаметри 2 – 4 см. бўлган ҳар хил тузилишдаги, зичроқ, баъзида ёруғланиш майдонлари билан фокусли кўринишда бўлади (15.6-расм). Силикосилли кавак, одатда нотўғри шаклда, ялпи силикоз майдонида жойлашади.

15.5-расм. Ўпканинг тўғри проекциясидаги рентгенограммаси. Силикосил. Иккала ўпкада силикотик тугунлар, чап ўпка юқори бўлагида силли яллиғланиш

15.6-расм. Ўпканинг тўғри проекциясидаги электрорентгенограммаси. Тугунли силикосил. Ўнг ўпкада силикотуберкулома

Силикосил фақатгина КТ ёрдамида аниқланадиган, плевра бўшлиғида кам миқдорда суюқлик бўлган сил плеврити билан асоратланиши мумкин.

Силикоз беморни бронхоскопия қилганда сепилган кўмир чанглари – бронх шиллиқ пардасида чанг доғлари аниқланади.

Кўпинча, бронхлар деформацияси, катарал ёки йирингли эндобронхит, бронх йўлларининг яллиғланиши ёки чандиқли торайиши аниқланади. Бронхоскопияда бронх силининг яра шакли, нодуло-бронхиал оқма билан кўриниши ҳам аниқланиши мумкин. Бундай ҳолларда бронхоскопия

фақатгина диагностика учун эмас, балки даволаш – бронхларни санация қилиш мақсадида ҳам ишлатилади.

Силикосилли зарарланиш ўпкада микроциркуляция ва газ алмашинуви билинарли даражада бузилишига олиб келади. Силикотуберкулезли беморда вақт ўтиши билан ўпка-юрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

Гемограмманинг сурилиши силикоз беморларда сил фаол-лиги ривожланишига боғлиқ. Яққоллиги сил жараёнининг оғир-лигига боғлиқ. Фаол силикосил беморлар қонида таёқча ядроли нейтофиллар фоизи ортади, лимфопения, моноцитоз ва ЭЧТ ошиши кузатилади.

Туберкулин синамалари силикосилда нисбий диагностик аҳа-миятга эга. Бироқ силикосил ва силикосилли бронхоаденит ри-вожланиши туберкулинга сезгирликнинг ошиши билан кузатилади.

Сил ва алкоголизм

Алкоголизмга дучор бўлган сил беморлар жуда хавфли ижтимоий ва эпидемиологик гуруҳни ташкил этади. Уларнинг даволаниши ва силдан соғайиши жуда қийин кечади.

Сурункали алкоголизмга мубтало бўлган беморлар орасида сил жуда кўпчиликни ташкил этади. Бир вақтнинг ўзида сил ва сурункали алкоголизм билан асосан 30-60% эркаклар касалланади.

Алкоголизм билан оғрийдиган беморлар сил билан касал-ланиш хавфи юқори бўлган контингентга киради. Кўпинча алкоголизмга ўпка сили қўшилади, камроқ ҳолларда сил беморларда алкоголга қарамлик ривожланади.

Алкоголизмда даврий равишда кўп миқдорда ичкилик ичиш иммун тизим фаолиятини бузади. Алкогол ўпка алвеоляр эпителийсини шикастлайди, макрофагларни ҳалоқ қилади, бронхлар деворининг яллиғланган инфилтрат билан қоплани-шига имкон беради. Бу ўзгаришлар ўпкада маҳаллий ҳимоя реакцияларини сусайтиради ва СМБ билан зарарланганда, специфик яллиғланиш реакцияси учун қулай шароит яратади. Узоқ муддатли алкоголли заҳарланиш метаболик жараёнларни бузади, жигар ва бошқа ички аъзоларда дегенератив ва деструктив ўзгаришларни пайдо қилади, шунингдек силнинг равожланишига “хизмат қилади”. +исқаси, сурункали алкоголизмга учраган беморлар ўз соғлиғига тўғри баҳо бера олмайди. Улар даврий тиббий кўриклардан бош тортишади, абстинент ҳолатларга боғлиқ ҳолда ўз ҳулқини назорат қилмайди, касаллик белгилари мавжуд бўлса ҳам шифокорга кеч мурожат қилишади.

Алкоголикларда силдан кейинги қолдиқ ўзгаришларнинг эндоген реактивацияси ва СМБ нинг экзоген суперинфекцияси натижасида ривожланади. СМБ нинг экзоген суперинфекцияси ахлоқи бузуқ, даволанишдан бўйин товловчи ва тартибсиз ҳаёт кечирувчи сил беморлар билан мулоқот қилиш санитария қоидаларига амал қилмаслик билан боғлиқ.

Алкоголизм билан оғриган беморларда силнинг турли шакллари учрайди. Лекин кўпинча бошқа гуруҳ беморларга нисбатан фиброз-кавакли сил кўпроқ аниқланади. Алкого-лизмнинг 3-босқичидаги беморларда, кўп ҳолларда казеозли зотилжам аниқланади. Силнинг клиник кечишига кўпинча алкоголизмга қўшилиб келувчи ошқозон-ичак йўли, юрак, қон-томир тизими, бош мия ва периферик нервлар патологиялари таъсир қилади. Сурункали алкоголизм сил билан асоратланганида кўпинча ичишга берилиш, алкоголли психоз билан оғир кечади.

Сил ва алкоголизм билан касалланган беморлар балғами текширилганда, одатда, СМБ топилади. Ўпканинг рентгенологик кўриниши бошқа сил беморлариникидан фарқ қилмайди.

Алкоголизм билан касалланган беморлар, кўпинча, даволаниш тартибини бузишади, шунинг учун силга ва алкоголга қарши препаратларни парентерал юбориш мақсадга мувофиқ. Алкого-лизмнинг 3-босқичида МНТ га ножўя таъсир кўрсатувчи препаратларни қўллаш мумкин эмас.

Сил ва алкоголизм билан касалланган беморлар катта эпиде-мик хавф туғдиргани, шунингдек кимётерапия ўтказишда қийин-чиликлар мавжуд бўлгани учун жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмалар кенгайтирилиши, операциядан олдинги кимётерапия муддатлари иложи борича қисқартирилиши лозим.

Сил ва алкоголизм билан касалланган беморлар стационар тартибини бузганларида ёки даволанишдан бўйин товлашганида, қонунга биноан мажбурий даволаш учун ёпиқ турдаги стационарга жўнатилади.

Сил ва руҳий (психик) касалликлар

Руҳий беморлар сил билан касалланиш хавфи юқори бўлган гуруҳга киради. Психиатрик стационар беморлари ичида фаол силли шахслар 3-6% ни ташкил этади. Биринчи марта аниқланган сил беморларда руҳий касалликларнинг учраши 3-4% ни ташкил этади. Силдан ўлим руҳий касаллар орасида руҳий соғлом одамлардагига нисбатан бир неча марта юқори.

Психиатрия шифохоналарида силнинг тарқалиш хавфи юқори. Катта ёшдагилар психиатрия касалхоналарида соматик шифохоналардагига нисбатан 4-5 марта кўп касалланади.

Руҳий беморларнинг сил билан кўп касалланиши сабаблари турли-туман ва ҳалигача тўла аниқланмаган. Беморларнинг ёмон шароитда яшаши, узоқ вақт психиатрия стационарида бўлганида оддий гигиена қоидаларига риоя қилмасликлари сабаб қилиб кўрсатилади. Етарлича овқатланмаслик, овқатланишдан бош тортиш, ахлоқининг бузилиши туфайли, иммунитетнинг пасайи-шига этиборни жалб этиш лозим. Шунингдек, руҳий касаллик МНТ нинг иммун тизимини бошқаришдаги ролини сусайтиришини таъкидлаб ўтиш лозим.

Сил билан, кўпинча, шизофрения, атеросклеротик эси паст ва бошқа руҳий беморлар касалланади. Кўпчилик руҳий беморларда сил билан касалланиш эндоген реактивацияга боғлиқ.

Руҳий касаллик, кўп ҳолларда биринчи ҳисобланади ва унинг заминида сил ривожланади. Агар сил беморда руҳий касаллик пайдо бўлса, силнинг кечиши оғирлашади. Камдан – кам психик касаллик ва сил бир вақтда аниқланади.

Кўпчилик руҳий касалларда сил клиник белгиларсиз бошла-нади, бу кўпинча, руҳиятнинг ўзгариши ва беморнинг ўпка шикастланиши белгиларига эътибор бера олмаслиги билан боғлиқ. Руҳий беморларни текширишнинг мураккаблиги маълум аҳамият касб этади. Сил жуда кўп ҳолларда ўтказиб юборилган босқичларда аниқланади: 60-70% беморлар бактерия ажратувчилар ҳисоб-ланади, 80% дан ортиқ ҳолларда ўпкада емирилиш бўшлиқлари топилади. Кўпинча яллиғланган ўпка сили, шунингдек казеозли зотилжам аниқланади. Ўпка сили, кўпинча, ўпкадан қон кетиши, ўпка- юрак етишмовчилиги билан асоратланади, баъзан ўпкадан бошқа аъзолар зарарланади.

Айниқса апатик, ҳаракатсиз, тормозланган руҳий бемор-ларда сил ўткир кечади. Фаол, ҳаракатчан беморларда сил нисбатан торпид ва бир оз енгил кечади. Силнинг авж олиши ва ремиссияси шизофрения клиник белгиларининг авж олиши ёки аксинча, унинг яхшиланиши билан кузатилади.

Сил беморларнинг руҳий статусини баҳолашда шуни назарда тутиш лозимки, баъзи силга қарши препаратлар (айниқса циклосерин, камроқ - изониазид) МНТ га токсик таъсир қилади. Циклосеринли психоз, шунингдек изониазид қабул қилиш нати-жасида руҳиятнинг бузилиши тезлик билан силга қарши препа-ратларни тўхтатишни ва МНТ га токсик таъсирлар оқибатларини йўқотишга қаратилган комплекс даволаш тадбирларини қўллашни талаб этади.

Руҳий беморларда силни даволаш психиатрия стационар-ларининг махсус бўлимларида ўтказилади. Силга қарши препарат-ларни танлашда, уларнинг психотроп таъсирини, шунингдек психиатрия амалиётида ишлатиладиган дори воситалари билан ўзаро таъсирини ҳисобга олиш лозим.

Сил ва оналик

Ҳомиладорлик ва туғруқ жараёни эндокрин тизимнинг функционал ўзгариши билан кечади, иммунитет ва метоболизм ўзгаради ҳамда сил касаллиги ривожланишига нисбатан хавф омиллари ҳисобланади. Ҳомиладор ва туғувчи аёлларда силдан касалланиш умумий силдан касалланган аёлларга нисбатан 1,5-2 баравар кўп учрайди.

Сил касаллиги ҳомиладорликнинг турли даврларида ривожланиши мумкин, лекин кўп ҳолларда туғруқдан 6 ой ўтгач кузатилади.

Аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда сил касаллиги кузатилса, одатда ҳомиладорликкача аниқланган сил касаллигига нисбатан оғир кечади.

Ҳомиладорликда силнинг ривожланиши ОИВ-инфекцияси билан бирга кечиши мумкин. Бундай ҳолларда сил нафақат ўпкани, балки бошқа аъзоларни хам зарарлаши мумкин.

Сил билан касалланган аёллар ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда фтизиатр ва акушер-гинеколог кузатувида бўлиши керак.

Сил билан касалланган ҳомиладор аёлларда ўпка силининг турли шакллари аниқланиши мумкин. Илгари сил таёқчалари билан зарарланмаган ёш аёллар СМБ билан бирламчи зарарланганда, кўпинча, бирламчи сил аниқланади. Лекин ҳомиладор аёлларда сил эндоген инфекция реактивацияси натижасида ҳосил бўлади. Бундай ҳолларда тарқоқ (диссеминацияланган) сил ёки иккиламчи силнинг бошқа шакллари аниқланади. Касалликнинг яққол силдан заҳарланиши билан оғир кечиши ҳомила ривожланишига салбий таъсир этади ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишига олиб келади.

Ҳомиладорликнинг I уч ойлигида силнинг намоён бўлиши ўртача заҳарланиш белгилари (ҳолсизлик, дармонсизлик, иштаҳа пасайиши, озиш) билан кечади, кўпинча бу ҳолатни ҳомиладорлик токсикозидан кўришади. Бундай ҳолатни баҳолаш силни эрта аниқлашни қийинлаштиради, бу эса патологик жараённинг ривожланишига олиб келади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидаги силда ўпкадаги морфологик ўзгаришларнинг яққолигига қарамас-дан, кўпинча клиник белгилар яққол бўлмайди, бу ҳам силни аниқлашда қийинчилик туғдиради.

Ҳомиладорларда ҳолсизлик, тез чарчаш, кўп терлаш, иштаҳа йўқолиши, озиш, субфебрил тана ҳарорати, шунингдек қуруқ ёки балғамли йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасида оғриқ каби шикоятларига биноан сил аниқланади. Юқоридаги шикоятлар пайдо бўлса, аёллар маслаҳатхонасидаги ҳомиладор аёлни кузатаётган акушер-гинеколог уни силга қарши диспансерга юбориши керак. Диспансерда 2 ТБ ППД-Л билан Манту синамаси, қон ва сийдикнинг клиник таҳлили ўтказилади. Агар аёл балғам ташласа, бактериоскопик ва культурал усуллар ёрдамида СМБга текширилади. Балғамни ПЗР усулида текшириш қўшимча текшириш усули ҳисобланади.

Ҳомиладорлик даврида рентгенологик текшириш фақат қийин диагностик ҳолларда, ҳомилани қўрғошинли қалқон ёки фартук билан ҳимоя қилган ҳолда қўлланилади.

Силга гумон қилинганда ёки диагноз аниқланганда ҳомиладор аёлнинг оила аъзолари ҳам текширилади.

Фтизиатр ва акушер-гинекологнинг кўрсатмалари, сил билан касалланган ҳомиладорларда ҳомилани сақлаб қолишга қаратилган бўлиб, уни баҳолаш беморнинг умумий аҳволи, силнинг тури, даври ва жараённинг хусусиятларига асосланади. Шифокорлар, асосан, аёлнинг ҳомиладорликка

муносабати ва сил касаллигига ҳамда тиббий имкониятларни ҳисобга олган ҳолда беморни кузатиш ва даволашга эътибор беришади.

Кўп ҳолларда сил, ҳомиладорликни тўхтатишга асос бўлади. Комплекс силга қарши даво, кўпинча, она ва бола ҳаётига зарар етказмасдан ҳомилани сақлаб қолишга имконият беради. Ҳомиладорлик: деструктивсиз ва бактерия ажратмайдиган ўпканинг фаол сили, сил плеврити, шунингдек асоратсиз кечган ўпка сили бўйича илгари оператив даволанган аёлларда сақлаб қолинади.

Сил билан касалланганда ҳомилдорликни тўхтатишга кўрсатмалар:

- биринчи марта аниқланган ўпка силининг зўрайиб шиддатли кечиши, сил менингити, миллиар сил;
- фиброз-кавакли, тарқоқ ёки цирротик ўпка сили;
- ўпка сили қандли диабет ва бошқа тизим ва аъзоларда яққол функционал ўзгаришлар (ўпка-юрак, қон-томир, буйрак етишмовчилиги) билан кечувчи сурункали касалликлар билан кечганда;
- ўпка сили оператив даво талаб қилганда.

Ҳомиладорликни тўхтатиш аёлнинг розилиги билан биринчи 12 ҳафта давомида амалга оширилади.

16 БОБ

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ЎПКА ВА ЎПКАДАН БОШ+А АЪЗОЛАР СИЛИ

БИРЛАМЧИ СИЛ

Инсон организмига биринчи марта сил таёқчаси тушиши натижасида ривожланган жараён, бирламчи сил деб аталади. Бу жараённинг ривожланиши, макроорганизмнинг иммунбиологик хусусияти, сил микобактерияси сони ва вирулентлик хусусияти, таъсирлаш вақти билан аниқланади. Одам организмидаги туғма табиий чидамлилик билан боғлиқ иммун тўсиқ натижасида сил микобактерияси билан зарарланган 90-95% шахсларда сил касаллиги ривожланмайди. Зимдан кечадиган ўзига хос кичик ўзгаришлар ривожланиши билан тугалланади. Иммунологик жиҳатдан курашиш даражаси паст, БЦЖ билан эмланмаган организмда бу жараён, касаллик сифатида рўёбга чиқади.

Бирламчи сил белгилари, кўпинча, болалар ва ўсмирлар орасида топилади. Сил бўйича эпидемиологик ҳолатнинг турли даврларида бирламчи силнинг ҳар хил клиник манзараси кузатилади. Кейинги йилларда Ўзбекистонда кузатилаётган сил эпидемиологиясидаги салбий силжишлар бирламчи сил турларининг кўпроқ болалар орасида тарқалганини кўрсатмоқда. Умуман бирламчи сил, илк марта топилган сил беморларнинг 0,8-1% ини ташкил этади.

Патогенези ва патологик анатомияси

Одам организмига тушган сил микобактерияси кўп ва вирулентлик хусусияти кучли бўлса, иммунбиологик тўсиқлардан ўтиб, қон оқими (бациллемия) орқали ретикуло-эндотелиал тизим аъзоларига жойлашади (лимфа тугунлари, суяк илиги ва бошқалар). Бу зимдан кечадиган даврда организмда рўй берган иммунологик ўзгаришлар натижасида, зарарлангандан кейин 6-8 ҳафта ичида туберкулинга сезгирлик (вираж) кузатилади. Шу даврда ўпка, жигар, талоқ, суяк илиги, юрак, сероз қопчиқлар, тери тўқималарида носпецифик ёки параспецифик яллиғланишга хос лимфоид, макрофогал ҳужайралар тўпланиши кузатилади. Сил жараёнининг кейинги ривожланишига одамнинг табиий ва сунъий иммунбиологик ҳолати жуда муҳим аҳамиятга эга. Ҳар хил сабаблар туфайли, иммунологик чидамлилик суст бўлган, БЦЖ вакцинаси билан эмланмаган ёки сифатсиз эмланган болаларда бирламчи силнинг локал турлари руёбга чиқади. Кўпинча, патологик жараён лимфа тугунлари, ўпка, плеврада, баъзан суяк-бўғимларда авж олади. Ушбу жараён специфик яллиғланишга хос белги бўлиб, сил гранулемаси ҳосил бўлиши билан ажралиб туради. Сил гранулемалари эпителиоид, лимфоид ҳужайралар тўплами Пирогов-Лангханс гигант ҳужайраси, марказий казеоз тўпламидан иборат. Бу махсус яллиғланишнинг ҳажми кичик бўлса, касаллик суст ёки белгисиз кечиши мумкин. Фақат катта патологик ўзгаришлар мавжуд шароитда касалликнинг клиник, рентгенологик белгилари ривожланади ва манзараси, кечиши бўйича бирламчи силнинг ҳар хил турлари тафовут қилинади. Бирламчи сил энди бошланган даврда ўзига хос клиник белгилар бўлмаслигига қарамай, туберкулинга сезгирлик кузатилса «вираж» диагнози қўйилади. Бундай болалар ва ўсмирлар сил ривожланадиган хавфли гуруҳга киради, шу туфайли, силга қарши диспансер кузатувида кимёпрофилактика ўтказиш керак бўлади.

СИЛДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Силдан заҳарланиш болалар ва ўсмирлар организми сил инфекцияси билан зарарланишнинг эрта даврида ўзига хос клиник кўринишда руёбга чиқади. Силдан заҳарланишнинг барча белги-лари организмда турли аъзолар ва тизимларнинг фаолияти, ўзга-ришлар натижасида пайдо бўлади. Касаллик боланинг хулқ-атвори ўзгариши, тажанглик, ҳаракатчанлигининг сусайиши, иштаҳаси йўқолиши ва тез чарчаб қолиши каби белгилар билан бошланади. Кейинчалик боланинг тана ҳарорати субфебрил рақамгача кўта-рилади, оза бошлайди. Бу белгилар, бошқа бир неча хил касал-ликларда учраганлиги туфайли, болалар ҳар хил касалликлардан даволанишади. Силга алоқадор бу белгилар, кўпинча, сил синамасига бирламчи мусбат – «вираж» билан айни бир вақтда содир бўлади. Касалликка диагноз қўйишда юқорида кўрсатилган

белгилар қаторида, ташқи лимфа тугунларининг таъсирланиши жуда катта аҳамиятга эга, яъни бир неча (5-6) гуруҳ лимфа тугунлари катталашади. Ўзгарган лимфа тугунларини пайпаслаганда юмшоқ-лиги, кўп сонлилиги билан ажралиб туради (микрополиадения). Касаллик узоққа чўзилганда лимфа тугунлари қаттиқ ёки тошдек қўзғалувчан бўлади.

Бу белгиларидан ташқари, ниқобли белгилар ҳам учраши мумкин. Бу белгилар, сил инфекциясига нисбатан ривожланган ўта сезгирлик натижасида руёбга чиққан параспецифик белгилар тўпламидан иборат. Клиник манзарасига кўра, тез-тез қайталаб турадиган нафас йўллари яллиғланиши, тери эритемаси, кера-токонъюктивит бўлиши мумкин. Шу клиник белгилар, силга алоқадор бўлмаган бошқа заҳарланишларда учрашини ҳисобга олиб, диагноз қўйишда бола анамнезига, сил беморлар билан мулоқотда бўлганлигини, сил синамасига сезгирлиги динамикаси, БЦЖ эмлаш сифати, бошқа касалликлар мавжудлигини ҳисобга олиш керак. Болани рентгенда текширганда, одатда, ўпканинг илдиз олди соҳаси сурати кучайиши кузатилади. +он таҳлилида бир оз лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭЧТ ошган бўлиши мумкин. Диагноз қўйишда сурункали тонзиллит, холецистит, гелментларга боғлиқ заҳарланиш аломатларидан ажратиш лозим.

БИРЛАМЧИ СИЛ МАЖМУАСИ

Патогенези. Сил таёқчалари нафас йўллари орқали ўпканинг периферик ва ҳаммадан кўп кенгаядиган қисми алвеола тўқималарига ўтириб, бирламчи сил мажмуаси ни пайдо қилади. Сил таёқчаларининг тарқалиши камдан-кам ўпканинг чап, кўпроқ ўнг томонида, юқори ва ўрта қисмида кузатилади. Сил таёқчалари ўпка алвеолаларига тушгач, кўпая бошлайди, натижада яллиғланиш ривожланиб, бирламчи сил аффекти (бирламчи ўпка аффекти) шаклланади, яллиғланиш давом этиши билан бир вақтда, плеврада ҳам ўзига хос ўзгаришлар содир бўлади.

Ўпка аффекти ҳосил бўлиш жараёни бошланишида бир нечта алвеолалар, кейинчалик эса яллиғланиш респиратор бронхио-лаларни қамрайди. Шундай қилиб, бирламчи аффект (ўпка аффекти) бир нечта алвеолалардаги жараён, зотилжам ўчоғи сифатида тариқдек катталикда бўлади. Кўпинча, жараён 30-60 ва бундан кўп алвеолаларни қамраб олса, зотилжам ациноз ва бўлакча тусида бўлади. Ниҳоят, зотилжам ҳажми ўпканинг бир қисмини эгаллаб олиши мумкин. Бирламчи алвеолитнинг тарқалиши сил инфекциясининг миқдори ва вирулентлигига боғлиқ, у қанча кам вирулентли бўлса, ўчоқ ҳам шунча кичкина ёки аксинча бўлиши мумкин. Яллиғланиш ўчоғи бошланган даврда специфик хусусиятга эга бўлмайди.

Бу давр тезда специфик яллиғланишга ўтиб, сузмасимон ириш ривожланади. Бирламчи зарарланган ўчоқ казеоз зотилжам кўринишида бўлиб, тарқалиш майдони ациноз, лобуляр бўлиши мумкин. У доимо шишсимон тўқима билан ўралади (перифокал яллиғланиш) ва юзасида оқсил модда (фибрин) пайдо бўлиб, кейинчалик қаттиқлашади. Сил таёқчалари

ўпкадаги бирламчи аффектдан лимфа йўллари, бронх ва қон томирлар орқали тарқалган лимфангаит шаклланади ва регионар лимфа безларига ўтади. Кўрсатилган жараён регионар лимфа тугунларига ўтганда, ўпкадаги бирламчи аффектга ўхшаб, бошланғич даврида носпе-цифик яллиғланиш лимфа томирларида кузатилади. Бу яллиғланиш, тезда ўзига хос яллиғланишга айланади ҳамда сил тўқимаси ривожланишини четлаб ўтиб, сузмасимон ирий бошлайди. Баъзи бир ҳолларда лимфа безнинг ҳаммаси ирий бошлайди, шундай қилиб *лимфаденит* пайдо бўлади. Бу уч компонент - бирламчи аффект, лимфангит ва лимфаденит бирламчи сил мажмуасини ташкил этади. Сил касалигига тўлқинсимон кечиш хос бўлганидан бирламчи мажмуаси морфологик жиҳатдан турли хил бўлиши мумкин. Зардобли ўзгаришлар ириган тўқимага, сўнгра яна зардобли некроз ҳолатига ўтади ва ҳоказо. БСМ қайтар экан, перифокал яллиғланиш зоналари йўқолиб, экссудатив жараён продуктив жараёнга ўтиб, ғилофланиш ривожланади.

Бирламчи ўчоқ, атрофидаги ўпка тўқимасидан, қалин қўшма тўқимали ғилоф билан ажралади, оҳакланиш, айрим ҳолларда суяк тўқимаси ривожланади. Лимфа безларида жараён секин қайтади, оқсилли ғилофланиш ва оҳакланиш кузатилади.

Бирламчи сил мажмуасининг хусусиятлари

1. БСМ организмнинг ўзига хос сезгирлиги замирида, силга иммунитет бўлмаганда ва вакцинациядан кейинги иммунитетнинг сусайиши асосида кечади.

2. БСМ да регионар лимфа тугунлари ҳам зарарланади ва сузмасимон иришга мойиллик бўлади.

3. Эмланмаган болаларда БСМ жуда тез тарқалиш хусусиятига эга (лимфа-қон томирлари орқали сил таёқчалари тарқалиб, менингит ривожланади).

4. Гўдакларда БСМ даги жараён ўткир ва оғир (сегмантар ва лобит) кечади.

5. Сероз пардалар ҳам зарарланади (плеврит).

6. Кўпчилик ҳолларда жараён ўз-ўзидан тузалиб, оҳакланиши мумкин (Гон ўчоғи шаклланади).

БСМ – болаларда бирламчи силнинг асосий турларидан биридир. Ҳозирги вақтда, сил эпидемияси кескинлашиб бораётган шароитда, бу клиник турнинг ривожланишига қуйидаги омиллар таъсир қилади: сил ўчоқларида катта миқдорда сил таёқчасини ажратувчи беморлар билан мулоқотда бўлиш; БЦЖ вакцинация-сининг айрим сабабларга кўра, вақтида қилинмаганлиги ёки самарасизлиги; респиратор инфекциялар, сурункали инфекцион касалликлар ва ҳоказолар.

БСМ 95% ўпка тўқимасида ривожланади. Ҳозирги вақта БСМ ўпка қисми кўкрак қафаси лимфа безлари зарарлангандан кейин ривожланиши кўпаймоқда. Бунда ўпкада сил ўчоғи кечроқ ривожланиб, ҳажми кичкина бўлади, кичикроқ перифокал яллиғланиш кузатилмоқда. Ўпкадаги ўчоқ

эмас, кўкрак қафаси лимфа безларидаги ўзига хос ўзгаришлар касалликнинг клиник манзарасини белгиламоқда.

Касалликнинг клиник кўриниши

БСМ клиник аломатлари ҳар хил ва морфологик ўзгаришлар даражасига (казеоз ўчоқ, перифокал яллиғланиш соҳаси ҳажми), организмнинг реактивлигига, инфекциянинг вирулентлигига ҳамда боланинг ёшига боғлиқ бўлади. Шунинг учун 7 ёшгача бўлган болаларда БСМ клиник белгилари кучли ривожланган бўлади, чунки морфологик жиҳатдан катта перифокал яллиғланиш кузатилади. Ўпкадаги жараён бир ёки ундан кўп бўлакчаларни эгаллайди, баъзи ҳолларда бир бўлакда тус олади. Бу ёшда ўпка тўқимасининг шаклланиши тугалланмаган, лимфа томирлар тирқишлари кенг, лимфа қон томирларига бой бириктирувчи тўқима тўсиқлари яллиғланишнинг тез тарқалишига сабаб бўлади. Бирламчи ўчоқ ҳажми кичик, перифокал яллиғланиш бўлмаса ёки сезиларли даражада бўлмаса, кўкрак қафаси ичи лимфа тугунларидаги ўзгаришлар чегараланган бўлса БСМ нинг клиник белгилари билинмайди ёки белгилари кам намоён бўлади. Шунинг учун, кўпинча, бирламчи сил мажмуаси зимдан кечиб, оҳакланиш даврида флюорографик текширганда аниқланмоқда.

Клиник белгиларига кўра, бирламчи сил комплекси 4 та турга бўлинади, касалликнинг кечиши бўйича текис ва асоратли турлари тафовут бўлади.

1. ***Пневмонияли (зотилжамли) тури*** –ўзига хос жараённинг яллиғланган даврига тўғри келади. У кучли ривожланган белгилар билан кечиб, носпецифик зотилжамга ўхшайди, тана ҳарорати 38-39^{0}С гача кўтарилиб, иштаҳа пасаяди, ҳолсизлик, чарчаш кучаяди, бемор балғамсиз йўталади, қаттиқ заҳарланиш белгилари руёбга чиқади. Баъзи ҳолларда касаллик аста-секин бошланиб, бир неча ҳафта ичида ривожланиб кетади, бу вақтда беморнинг аҳволи яхши бўлиб, ҳарорати субфебрил бўлади. Йўтал икки товушли бўлиб, бронхлар зарарланиб, қуруқ, хуружли бўлади. Периферик лимфа безларининг 5 ва ундан кўп гуруҳлари пайпаслаганда, юмшоқ эластик консистенцияли ҳаракатчан, оғриқсиз бўлади.

БСМ да перкутор (тўқиллатиш) ўзгаришлар кўпроқ диагностик аҳамиятга эга; ўпка тўқимаси яллиғланган жойда перкутор товушнинг қисқариши ёки бўғиқлиги эшитилади. Ёш болаларда бўғиқ товуш сегмент ёки ўпка қисми доирасида аниқланиши мумкин. 2 ТБ Манту синамаси мусбат бўлади. Ёш болаларда бу жараён ўта мусбат (гиперергик) бўлиб, баъзи ҳолларда натижа манфий бўлиши мумкин. +он таркибида касалликнинг бошланишида лейкоцитоз 8-10 минг бўлади, нейтрофиллар кўпаяди, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) соатига 25-30 мм. га ортади. Болалар камдан-кам балғам ташлайди. Шу сабабли, сил микобактерияларини аниқлаш учун провакцион ингаляция усуллари қўлланади, бронх ва ошқозоннинг ювиндисидан фойдаланилади.

2. Гриппсимон тури – клиник кечиши гриппга ўхшаш бўлади. Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати кўтарилади, бадан увишади, бурун

оқади, аксириш, конъюктивит ҳамда йўтал кузатилади. Бу белгилар 4-5 ҳафта давом этади, иситмани туширадиган дорилар таъсир қилмайди, бир ой ва ундан узоққа чўзилади.

3. Тифга ўхшаш (ич терламасимон) тури – клиник манзарасига кўра, қорин тифига (ич терламасимон) ўхшайди. Бирдан бошланиб, бош оғрийди, тил қуруқ, оқиш-кулранг караш билан қопланади. Ўпкада физикал ўзгаришлар бўлмайди, зарарланган ўчоқ устида перкутор товуш бўғиқ эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин, тахикардия (қорин тифида - брадикардия). +орин оғрийди, жигар катталашади, беморнинг эс-ҳуши беқарор бўлиб қолади. Гемограммада лейкоцитоз $12.0 \cdot 10^9$/л ортиқ ва лимфопения кузатилади. Сил синамаси – мусбат (қорин тифида – манфий) бўлади.

4. Кам белгили тури – мактаб ёшидаги болаларда клиник ва заҳарланиш белгилари кузатилмайди, флюорографик текширишда аниқланади.

Текис кечувчи бирламчи сил комплекси, асоратсиз кечганда БСК 2-4 ҳафтада ўткир клиник белгилари даволанмаса ҳам ўз-ўзидан ўтиб кетади, субфебрилитет узоқ сақланади. Гемограммада ЭЧТ камайиши, лейкоцитоз ҳамда лимфоцитларнинг камайиши кузатилади. Заҳарланиш белгилари сақланади ва яна ҳам зўраяди. Болаларда иштаҳа бўлмайди, ўсишдан орқада қолади, озиб кетади, жиззаки бўлиб қолади.

Рентгенологик тасвири. Бир текис БСМ да К.В.Помелцов тўрта босқични ажратади: 1. пневмоник – яллиғланиш даври (16.1-расм); 2. сўрилиш даври - икки қутблилик даври (16.2-расм); 3. зичланиш даври; 4. оҳакланиш – Гон ўчоғи шаклланиши (16.3-расм).

16.1-расм. Бирламчи сил комплексининг яллиғланиш даври

Зотилжамсимон босқичда – БСМ нинг ўткир даврида рентгенда соялар шакли ҳар хил бўлади. Баъзи ҳолларда соя унча қуюқ бўлмайди ва қовурға, мушаклар ва кўкрак қафасининг юмшоқ тўқималаридан ажратиш

қийин бўлади. Бошқа ҳолларда соя ва унинг чегаралари аниқ кўринади. Бронхолобуляр бирламчи ўчоқ тавсифига кўра, орқада ва олдинда жойлашган ўпка майдонидаги қон томир ва бронхиал тасвирга туташиб кетади. Шунинг учун соялар чўзилгандек ва чегараси ноаниқ кўринади. Кўпинча бирламчи сил мажмуасининг зотилжамга ўхшаш каттароқ яллиғланиши (битта бўлакча билан чегараланмаганлари) рентгено-логик аниқланади. Регионар лимфа безларидаги ўзгаришлар қўшимча рентгенографиядаги белгилар яққол кўринади.

Зотилжамга ўхшаш каттароқ яллиғланишлар 3-4 см. ёки бундан катта бўлиб, кўп бўлакчали (полисегментар) жойлашиши ёки ўпканинг бир бўлагини (лобит) эгаллаши мумкин. Айрим ҳолларда топографик жараён медиал майдонда жойлашган бўлса, кенг юрак қон томири билан беркилса, аниқланмай қолиши мумкин. Жараён маркази ўпка илдизи олдида ёки орқасида ва тасвир нафас чиқариш вақтида олинган бўлса, илдиз кенг ва зич бўлади. Ўпканинг пастки базал қисмида синусларнинг олдинги ва орқа томонидан диафрагма ҳамда қорин бўшлиғи аъзолари сояси билан беркилиб турганда ҳам худди шу ҳолат кузатилади. Зотилжамсимон каттароқ яллиғланиш сояси камдан-кам ҳолларда юмалоқ, кўпинча учбурчак ва овал шаклда бўлади. Бирламчи зотилжам фокуси соларининг қуюқлиги жараённинг тарқалганлигига қараб, ҳар хил бўлади, фокус қанча кичкина бўлса, соя ҳам шунча очроқ, фокус қанча катта бўлса пневмоник фокуснинг сояси шунча қуюқ бўлади. Ёш болаларда специфик жараёнлар катта бўлиб, ўпканинг ёшга қараб тузилиши сабабли, лобар ҳолатга ўтади, чунки лимфа тирқишлари тешиклари кенг, зич бўлмаган бириктирувчи тўқима тўсиқлари лимфа томирларига бой, бу эса, ўз навбатида, болаларда кенг перифокал жараённи зўрайтиради (А.И.Струков, В.И.Пузик). Бола қанча ёш бўлса, специфик жараён шунчалик катта бўлиб, оғир кечади.

Зотилжам босқичида рентген тасвирда БСМ нинг учта компоненти (қисми) аниқ кўринмайди. Ўпкадаги яллиғланган соя (ўпка аффекти) илдизга туташиб кетади.

2. *Сўрилиш босқичида* – атрофдаги яллиғланиш ташқаридан марказ томон аста-секин камайиб боради, ўпкада соя ҳажми кичраяди, ўпка тасвиридаги ўзгаришлар тўрсимон, уясимон бўлади. Бу ҳолат қўшимча соларни, яъни қон томирларни, бронхларни ва оралиқ тўқималарнинг қалинлашиши туфайли юзага келади, икки қутблилик соя пайдо бўлади, перибронхиал зичланиш аниқроқ кўринади, бирламчи аффект яққол кўзга ташланади.

Соларнинг қуюқлиги бир хил бўлиб, устма-уст тушган қовурғалар сояси орасидан осонлик билан аниқланади, илдиздаги катталашган лимфа безлари аниқ кўринади. БСМ нинг учта компоненти яққол билинади (16.2-расм).

16.2-расм. Бирламчи сил комплексининг сўрилиш даври - икки қутблилик даври

3. *Зичланиш босқичида* – бирламчи ўпка ўчоғининг зичланган сояси рентгенологик текширишда топилиши билан тавсифланади. Бу вақтда бирламчи ўчоқ кичраяди ва чегаралари аниқ бўлади, зичланган сояда жуда кичкина увоқларга ўхшаган қаттиқ киритмаларни аниқлаш мумкин.

БСМнинг зичланиш босқичида ўпка илдизидаги регионар лимфа безларида калций тузларининг чўкиши ва чандиқланиш намоён бўлади.

4. *Оҳакланиш босқичи ёки Гон ўчоғи* ҳосил бўлиши. Ўпкада бирламчи ўчоқнинг оҳакланиши даврида катталиги 5-10 мм дан ошмайдиган, кўпинча овал ёки чегаралари нотекис, қиррали соя аниқланади. Гон ўчоғининг ҳосил бўлиши учун 2-3 йил керак бўлади.

+аттиқланиш босқичига нисбатан, бу босқичда, сузмасимон моддалар ярим соя ҳолатида кўринмайди. Сўрилаётган бирламчи ўчоқнинг чегаралари емирилиб, Гон ўчоғи ўзининг бир хиллигини йўқотиб, бўлакларга бўлинади, бутунлай сўрилиб кетиши мумкин. Гон ўчоғи ҳосил бўлаётган даврда ўпка илдизидаги регионар лимфа безлари кейинроқ оҳакланади (16.3-расм).

Асоратли БСМ – бу ҳолат бола тез-тез шамоллаб турса, яшаш шароити ёмон бўлса, бошқа бир касаллик қўшилса, жарроҳлик муолажалари ўтказилганда, МНТ зарарланиши ва ташқи ёки ички омиллар организмнинг иммунбиологик ҳолатини сусайтиришга сабаб бўлса, БСМ ривожланишида турли асоратлар пайдо бўлиши, хуружлар қайталаши, касаллик 3-4 йилга чўзилиши мумкин.

16.3-расм. Бирламчи сил комплекснинг
қаттиқланиш даври - Гон ўчоғи

БСМ нинг асоратларидан бири ўчоқнинг емирилиши ва бирламчи кавак ҳосил бўлишидир. Бу вақтда боланинг аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилади, ҳоли қурийди, тез-тез йўталиб, балғам ташлайди. Бирламчи кавак (рентгенограммада кавак деворлари юпқа - ҳозирча фиброз йўқ) бронх билан боғланади. Кавак нотўғри шаклда ички деворлари бутага ўхшаш, кемтиклар ва ҳажми ҳам ҳар хил бўлиши мумкин. Кавак ҳосил бўлганда ўпка товуши бўғиқ бўлади, нам хириллаш эшитилади. Перкуссияда тимпаник товуш аниқланади. Бемор балғамида сил микобактериялари топилади.

Плевритлар кўпинча токсик-аллергик тавсифли ва контакт табиатли бўлади. Бирламчи ўчоқ плевра остида, ўпка илдизи лимфа безлари ва кўкс оралиғи плеврасига ёндошса сил яллиғланиши плеврага ўтади. Плевритлар йирингли, зардобли, фибринозли бўлиши мумкин. Аллергик табиатдаги плевритлар асоратлар қолдирмай, сўрилиб кетади. Контакт плевритлар оғирроқ ўтиб, аллергик плевритга қараганда заҳарланиш белгилари билан кечади, сўрилгандан кейин қалинлашган қатламлар қолади.

+***он туфлаш ёки қон оқиши*** - бирламчи кавак ҳосил бўлганда ва сузмасимон моддалар ҳамроҳ томирларни емирганда юзага келади.

Ҳар хил ҳажмли ***ўпка ателектази***.

БСМ да ателектазнинг ривожланиши сабаблари:

- катталашган лимфа безининг бронхни босиб қўйиши;
- ўзига хос яллиғланишнинг бронхлар деворига ўтиб, уларнинг тешикларини беркитиб қўйиши;
- сузмасимон модда зарарланган лимфа безини ёриб, бронхнинг тирқиши беркилиб қолиши рўй берса.

Диссеминацияланган сил ривожланиши. Казеоз масса бирламчи ўчоқдан ёки лимфа безидан бронхга тушса, тарқалиб, бронх орқали бир

томонлама ёки илдиз олди зонасига ўтади. Сил микобактериялари оралиқ тўқимага казеоз ўчоқдан ўтиб, лимфа йўллари орқали тарқалиши мумкин.

Сил таёқчалари қон орқали гематоэнцефалик тўсиқдан ўтгач, сил менингити ривожланади.

БСМ ҳолдан тойган организмда сурункали ҳолатга ўтиб, тўлқинсимон хуружлар билан кечади, бу даврда беморнинг аҳволи ёмонлашиб, тана ҳарорати кўтарилади, умумий заҳарланиш кучаяди, лекин хуруж сезиларсиз ўтиши ҳам мумкин. Рентге-нограммада калцинатлар атрофида перифокал яллиғланиш кузатилиши мумкин. БСМ нинг сурункали ўтиши натижасида сил жараёни бошқа ички аъзоларга ўтиши эҳтимол.

Плевра остидаги ўчоқнинг плевра бўшлиғига ёриб чиқиши натижасида спонтан пневмоторакс кузатилиши мумкин.

Зичланиш даврида атрофдаги яллиғланиш сўрилиб, бирламчи ўпка ўчоғи дағал қўшма тўқима билан ўралади, ва ўсмага ўхшаб кетиши мумкин, ана шу - бирламчи туберкуломадир.

Казеоз зотилжам. Ўпка тўқимасининг гиперергик яллиғ-ланиши, юқори патоген ва вирулентли сил таёқчаларининг кўп тушиши натижасида пайдо бўлади. Силнинг бу тури билан оғриган беморларнинг кўпчилиги дунёдан кўз юмади. Касаллик ўткир бошланади, тана ҳарорати кўтарилади, заҳарланиш жуда кучаяди. Беморнинг кўкрак қафаси оғрийди, йўталиб, балғам ташлайди, ҳансираб туради, титраб-қақшайди, иштаҳаси йўқолади, салга чарчаб қолади, терлайди. Объектив текширганда перкутор товуш жуда бўғиқ, бронхиал нафас, ҳар хил калибрдаги нам хириллашлар, қон таҳлилида гипохром анемия, лейкоцитоз, нейтрофилларнинг кескин чапга силжиши, лимфопения, эозинофилия, ЭЧТ нинг жуда тезлашиши кузатилади. Балғамда, эластик толалар тўпланади. Туберкулин синамалари суст мусбат ёки манфий бўлади. Рентгенограммада – аввал сал қоронғилашиш, сўнгра жуда қоронғилашиш ўпканинг бир қисмини эгаллаши мумкин, худди шу жойларда сал оқарган ёки катта кавакларнинг ноаниқ чегаралари бўлади. Жараён зўрайиб боргани сари, у ёки бу ўпкада бронхоген метастазлар пайдо бўлади.

Асоратли бирламчи сил мажмуасининг оқибатлари

БСМ нинг аслига қайтиш жараёни 3-4 йилгача давом этади.

Кўпинча безли компонентнинг нотўлиқ оҳакланиши рўй бериб, бирламчи ўчоқда қуруқ казеоз соялар қолади, бола ўзини яхши сезишига қарамай, вақти-вақти билан сил микобактерияларини ажратиб туради. Асоратли БСМ га оҳакланиш табиатли бўлиб, бу ҳолат тутга ўхшаш кўп ўчоқларда кузатилади. Бемор антибактериал даврга ча, БСМ нинг асоратларидан – ўпканинг диссеминацияли сили, сузмасимон зотилжам, менингит ва ҳоказолардан сўнг нобуд бўлган. Ҳозирги вақтда касалликнинг нисбатан енгилроқ кечиши кузатилаяпти.

КЎКРАК +АФАСИ ИЧИ ЛИМФА БЕЗЛАРИ СИЛИ

Сил касаллигини замонавий патоморфози натижасида болаларда ривожланган бирламчи сил касалликлари турлари орасида охирги 5 йилликда кўкрак ичи лимфа безлари сили 47,7% дан 60,4% ни ташкил қилмоқда.

Сил таёқчалари лимфа безларига кўпинча лимфа-қон томири орқали келиб жойлашади ва зарур шароит мавжуд бўлган ҳолатда патологик жараённи ривожлантиради. Кейинчалик силнинг яллиғланиш жараёни лимфа безларига яқиндаги аъзолар, тўқималарига (бронхлар ва ўпка тўқималарига) контакт орқали ўтади. Анатомик тасвири жиҳатидан кўкрак ичи безлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

паратрахеал;

трахеобронхиал;

бронхопулмонал;

бифуркацион.

Лимфа безларидаги специфик яллиғланиш жараёни бошқа жойга тарқалмаслиги мумкин. Лимфа безларидаги яллиғланишнинг ҳажми, чуқурлиги бевосита сил таёқчаларининг миқдорига, касаллик қўзғатувчисининг кучига ва одам организмининг чидамлилиги қанчалик ривожланганига боғлиқ. Силнинг яллиғланиши туфайли, катталашган лимфа безларида (казеоз) сузмасимон йиринг ҳосил бўлса, бронх деворини тешиб, бронхлар орқали ўпканинг соғлом жойларига тарқалади ва ўпкани тарқоқ ҳамда бронхлар сили ривожланишига олиб келади, бундай вазиятларда бемор йўталиб, балғам ташлаш орқали сил таёқчаларини ажратади.

Болаларда катталашган лимфа безлари бронхларни сиқиб, ўпка тўқимасининг пучайишига (коллапси ёки ателектазга) олиб келади.

Болаларда кўкрак ичи лимфа безлари сили ҳар хил клиник-рентгенологик кўринишда бўлганидан диагноз қўйиш қийин бўлади. Касалликнинг клиник манзараси сил жараёнининг турига, даврига ва ҳажмига боғлиқ.

Патоморфологик жараённинг сифатига (турларига) қараб, кўкрак ичи лимфа безлари силининг кичик, яллиғланган ва шишсимон (ўсмасимон) турлари тафовут қилинади. Кичик турлари белгиларсиз ёки камлиги билан намоён бўлади, ўпка жароҳати белгилари билан кечадиган турлари (бронхлар, висцерал плевра вараги шикастланиши билан кечадиган) асорат кузатилади.

Касалликнинг яллиғланган ва шишсимон (ўсмасимон) турлари, кўпинча, йўтал, ҳароратнинг кўтарилиши, озиб кетиш, иштаҳа-сизлик, терлаш каби белгилар билан кечади.

Кўкрак ичи лимфа безлари силини аниқлашда рентгенологик текширув катта аҳамиятга эга.

Кўкрак ичи лимфа безлари силининг кичик турида рентген суратида унча катталашмаган 0,5-1,0 см. гача бўлган лимфа безлари яққол кўринмайди, фақат томографияда аниқланади (16.4-расм).

16.4-расм. Кўкрак қафаси ичи лимфа безлари силининг кичик тури

Рентгенологик текширувда лимфа безлари атрофида (перифокал) яллиғланиб, лимфа суюқлиги димланиши натижа-сида ўпка илдизлари кенгаяди ва 2-2,5 см. ни ташкил қилади, ўнг томондаги асосий бронх расми кўринмайди (16.5-расм).

Ўсмасимон (шишсимон) турида рентген суратида 2,0 см. ва бундан катта лимфа безларининг чегаралари аниқ кўринади.

Кўкрак ичи лимфа безлари силини қуйидаги касалликлар билан тафовут қилинади:

бронхит, сурункали зотилжам;

тимомегалия, тимома (айрисимон без ўсмаси);

лимфогранулематоз;

кўкс оралиғи (медиастенал) хавфли ўсмаси;

лимфолейкоз;

16.5-расм. Кўкрак қафаси ичи лимфа безлари

силининг яллиғланиш шакли

16.6 а-расм. Кўкрак қафаси ичи лимфа безлари силининг ўсмасимон (шишсимон) тури

саркоидоз;

дермоид кисталар, тератома;

аорта аневризмаси.

Бронхит, сурункали зотилжамда клиник-рентгенологик ўзгаришлар 2 ҳафта давомида сўрилиб кетади.

Тимома гўдакларда учрайди, белгиларсиз кечади. Катталашган айрисимон без нафас йўлларини сиққанда, бирданига боланинг нафаси сиқиб, кўкариб кетади, лекин бу ҳолат тез ўтиб кетади.

16.6 б-расм. Кўкрак қафаси ичи лимфа безлари силининг ўсмасимон (шишсимон) тури (томограмма)

лимфосаркома;

носпецифик аденит;

Рентгенологик текширувда кўкс оралиғининг юқори қисмида бир ёки икки томонлама интенсив учбурчак шаклида гомоген ўзгариш намоён бўлади. Бемор йўталганда, ютинганда ёки чуқур нафас олганда рентгенда юзага чиқмайди.

Дермоид кисталарда – патанатомик кўринишда учта тери қатламлари тер ва ёғ безгалари, соч толалари, тиш ва суяк, нерв тўқималаридан иборат бўлади. Дермоид кисталар кўкс оралиғи олдида пастда жойлашиб, кўкс оралиғининг ассисметриясига олиб келади.

Саркоидозда рентгенда икки томонлама лимфа безларида калцинатлар бўлади. Калцинатлар нафақат лимфа безларида, балки бронх, трахея деворларида 29-30% беморларда кўзатилади.

Клиник кечишида периферик лимфа безлари катталашади. Гистологик текширишда гранулёмалар ичида некроз тўқималар топилмайди.

Лимфогранулёматозда – туберкулин синамаси манфий натижа беради. Беморларнинг кўкрак қафаси ва оёқлари қаттиқ оғрийди.

Бўйинда ва ўмровнинг юқорисида периферик лимфа тугунлари 90-95% катталашади ва пайпаслаганда тахтадек қаттиқ бўлади, йирингламайди ва оғрийди.

Лимфогранулематозда қон таҳлилида камқонлик, лейкоцитоз, нейтрофилия, лимфопения (кучаяди) ва эозинофилия кузатилади, сил касаллигида эса чуқур ўзгаришлар бўлмайди.

Рентгенологик манзараси: лимфа безлари икки томонлама симметрик жойлашган шишсимон, полициклик чегарали, шунинг ҳисобига кўкс оралиғининг юқори қисми кенгайиб, медиастенал плевра қавати қалинлашиб, “қувур” симон кўринишда бўлади, ассиметрик ҳолат камдан-кам учрайди.

Биопсияда – гистологик жиҳатдан нейтрофиллар, лимфо-цитлар, ретикулоэндотелиал ҳужайралар, плазматик ҳужайралар ва эозинофиллар топилади, асосан Березовский-Штернберг ҳужай-ралари диагноз қўйишда ёрдам беради. Лимфолейкозда лимфа безларининг уч гуруҳи катталашиб, симметрик жуда зич конгломерат ҳосил қилиб, чегаралари полициклик бўлади. Хасталик зўрайганда компрессион синдром ҳисобига бронх йўллари беркилиб қолади, юқори ғовак вена томири босилиб, кўкрак қафасида Франкель белгиси пайдо бўлади, диагноз қўйишда лимфограмма ва препарат биопсияси ҳам ёрдам беради.

Лимфосаркома – Манту синамаси манфий, ўсманинг тез ўсиши туфайли, касаллик белгилари кучаяди. Бемор қувватсиз бўлиб қолади, озиб кетади. +он таҳлилида лимфопения, лейкоцитоз ва ЭЧТ баланд бўлади.

Хасталик зўрайганда юқори ғовак вена синдроми пайдо бўлади (ўсма кўкс оралиғига ўсиб кириши ҳисобига) плеврит билан асоратланади ва суяк тўқималарига метастаз беради. Болалар ва ўсмирларда касаллик зўрайиши кўкрак ичи лимфа тугунлари силидан фарқ қилади ва диагноз қўйишда ёрдам беради.

Носпецифик аденопатиялар (бронхит, зотилжам, вирусли инфекцияларда, кўк йўтал, қизамиқ инфекциялари) кузатилади. Рентгенологик ва клиник белгилар 2-3 ҳафтада сўрилиб кетиши силнинг йўқлигига кафолат беради.

БОЛАЛАР СИЛИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Болалар сили ҳам катталардаги каби Кох таёқчалари таъсирида ривожланишига қарамай, клиник манзараси катталардан фарқ қилади. Болаларда, асосан, бирламчи силнинг клиник аломатлари рўёбга чиқади. Бола организмидаги ўсиш жараёнида рўй берадиган анатомик-физиологик ўзгаришлар, сил касалли-гининг ўзига хос клиник манзарасига олиб келади. Кўпинча, болалар силида, бола организмининг умумий заҳарланиш белгилари локал ўзгаришлардан устун туради.

Бирламчи силнинг клиник манзарасига яқин ўртада кузатилган сил синамасига сезгирлик пайдо бўлиши, албатта лимфа тизимини қамраб олиши, кўпроқ бронх ва сероз пардаларнинг патологияда иштироки, организмда ўта таъсирчанлик (гиперсен-сибилизация) белгилари ривожланиши натижасида бутун орга-низмга тарқалишига мойиллик (гематоген, бронхоген, лимфоген йўллар орқали), параспецифик реакциялар (кератоконъюктивит, тугунли эритема, скрофулодерма), ўпка ва лимфа тугунларидаги сил жараёни ўзгаришида казеоз ҳосил бўлиши ва унинг кейинчалик оҳакланиши (калцинат) каби ўзгаришлар хос.

Кўпчилик болалар ва ўсмирларда бирламчи сил Манту синамаси натижаси бўйича топилади, чунки болада силга хос клиник белгилар фақат 6,7% ҳолатда рўёбга чиқади, бошқа ҳолларда белгиларсиз кечади. Лекин бирламчи силнинг дастлабки даври клиник белгиларсиз кечишига қарамай, иммунитетнинг Т ва В тизимида анча-мунча ўзгаришлар кузатилади, бу эса, ўз навбатида, бола организмида сил касаллиги ривожланишининг олдини олиш учун кимёвий профилактика ўтказишни тақозо қилади. Ҳозирги вақтда, болалардаги сил жараёни, БЦЖ вакцинаси билан эмлаш, қайта эмлашни мажбуран кенг қўллаш туфайли, силнинг тарқалган (миллиар сил, сил менингити, казеоз зотилжам) турлари жуда кам учрайдиган бўлиб қолди, кўпроқ лимфа тизими зарарланади, холос.

Сил манзарасининг ўзгариши (патоморфози), болалар сили диагнозини қийинлаштиради, яъни томография, КТ, зонография асосидагина кўкрак ичи лимфа тугунларидаги кичик ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Бироқ кейинги йилларда кузатилган сил эпидемиологиясидаги салбий ўзгаришлар, болалардаги сил жараёни асоратли кечишининг клиник белгилари пайдо

бўлишини кўрсатмоқда. Бирламчи сил асоратларига инфекцион-аллергик, перифокал плеврит, бронхлар зарарланишига боғлиқ (сегмент, бўлакларни қамраган ателектаз) ўзгаришлар киради.

Умуман, болалар сили кечиши эпидемиологик ҳолатга, бола организмидаги физиологик ўзгаришларга ва ниҳоят макроорга-низмнинг иммунбиологик хусусиятига боғлиқ. Шу туфайли, сил диагностикасида боланинг оиладаги шароитлари, ота-онасида сил бор-йўқлиги (мулоқотда яшаш), сил синамасига сезгирлик ва йиллар давомида унинг ўзгариши, БЦЖ вакцинаси билан эмлаш сифати, қўшимча бошқа касалликларнинг мавжудлиги, физиологик кечиш жараёни аломатларидаги ўзгаришлар катта аҳамиятга эга.

Ҳозирги даврда болалар сили, кўпинча, сил беморлар билан бирга яшайдиган, оилавий шароити ёмон ва БЦЖ вакцинаси билан сифатсиз эмланган, сил билан зарарланган, сурункали касалликлар натижасида иммунологик хусусиятлари сусайган, акселерация белгилари мавжуд болаларда кўпроқ ривожланиши тасдиқланган.

Ўсмирлардаги сил жараёнининг кечиш аломатлари

Ўсмир организми камолатга етмаган, мураккаб эндокрин ўзгаришлар содир бўлаётган ва жисмоний етуклик билан руҳий, асаб тизими ривожланишида номутанасиблик кузатилиши билан ажралиб туради. Айтиб ўтилган анатомик-физиологик ўзгаришлар натижасида барча инфекцияларга нисбатан иммунбиологик тўсиқларнинг беқарорлиги кузатилади. Бу эса, ўз навбатида, юқумли жараён кечиши аломатларининг ўзига хос хусусиятларга эга бўлишига олиб келади. Кейинги йилларда, ўсмирларда кузатилаётган нисбатан эрта жинсий балоғатга етиш ҳам барча касалликлар каби силнинг ривожланишига мойиллик туғдирмоқда.

Кейнги йилларда ўсмирларда кўпинча иккиламчи сил ривожланиши кузатилмоқда, лекин БЦЖ эмлашни кенг қўлланиши туфайли, бирламчи сил турлари кузатилиши мумкин.

Сил жараёни ўсмир организмида кам белгилар билан кечиши, тез орада ўпка тўқимасида емирилиши, макроорганизмнинг ташқи муҳит салбий таъсирларига сезгирлиги жуда ошиб кетиши билан ажралиб туради. Сил жараёнининг ривожланиши хусусиятлари, ўсмирлар орасида профилактик тадбир-чораларни, яъни флюорография ўтказишнинг жуда катта аҳамиятли эканини кўрсатди.

Клиник жиҳатдан ўсмирларда бирламчи сил, кўпинча, асоратланиб, плеврит, бронх йўлларининг специфик жароҳат-ланиши ва ўпка диссеминацияси билан кечади.

Ҳозирги даврда яллиғланган ўпка сили ўсмирларда ҳаммадан кўп учрайди. Касалликнинг бу тури шиддатли бошланади, тез орада ўпка

тўқимаси емирилади ва кавакланиш белгилари пайдо бўлади, сил жараёни тез вақтда ўпканинг бошқа қисмларига тарқалади. Шу туфайли, ўсмирлар силини узоқ вақт давомида даволаш керак бўлади.

Юқорида айтиб ўтилган ўсмирлар силининг ўзига хос кечиши, бу гуруҳлар орасида профилактик-флюорографик текширишнинг аҳамияти нақадар катта эканини кўрсатади. Силни энди пайдо бўлган даврида аниқлаш ўсмирларда касалликнинг асоратсиз тузалишига, беморнинг соғайиб, ўзи севган касбида ишлашига имкон беради.

Ўпканинг тарқоқ (диссеминациялашган) сили

Болалар ва ўсмирлар организмида силнинг бу клиник тури ривожланиши учун макроорганизмга вирулент сил микобактерияси кўп миқдорда тушишидан ташқари, иммунбиологик ҳолати жуда паст бўлиши ва ниҳоят ўпка тўқимасининг сил қўзғатувчисига нисбатан организм ўта сезгир (гиперсенсибилизация) бўлиши лозим.

Айтиб ўтилган 4 омил мавжудлиги натижасида организмда тарқоқ сил белгилари намоён бўлади. Патологик жараён кўп миқдорда қон томир, лимфа, бронхлар орқали тарқалган сил микобактериясининг тўқималарга таъсир қилиши, сил дўмбоқчалар ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Болалардаги тарқоқ сил ривожланишида кўпроқ бу жараён манбаи зарарланган лимфа тугунлари ҳисобланади, баъзан эса (чақалоқларда, ёш болаларда, иммун ҳолати кескин пасайган болаларда) сил микобактерияси бевосита қон орқали ўпка тўқимасига тарқалиши мумкин. Касалликнинг клиник кечишига кўра, ўткир, ўткир ости, сурункали турлари тафовут қилинади.

Ўта тарқоқ силнинг ўткир ёки миллиар турида бир неча аъзо ва тизимлар тўқимаси специфик зарарланиши билан тавсифланади. Кўпинча, бу жараён ўпка тўқимасидан ташқари, менингиал, сероз пардалар, ташқи ва қорин бўшлиғи лимфа тугунларини қамрайди.

Касаллик тўсатдан тана ҳароратининг ошиши, ҳолсизлик, заҳарланиш белгилари пайдо бўлиши ва ривожланиши, юракнинг тез уриши, нафас етишмаслиги, бошнинг қаттиқ оғриши, қуруқ йўтал билан бошланади. Бу белгиларнинг ривожланиши даражасига қараб, ўткир тарқоқ силнинг ич терлама, менингиал, зотилжам-симон турлари тафовут қилинади. Болалардаги клиник белгилар, шу хасталиклар белгиларига ўхшагани туфайли, кўпинча улар юқумли касалликлар болалар шифохонасида ич терлама, менингит, зотилжам диагнози билан даволанади ва даволаш самара бермагани туфайли, кейинги текширишларда ўпкада рентгенологик соялар топилиши дарднинг сил эканини тасдиқлайди.

Рентгенологик текширишда касалликнинг биринчи ҳафтасида ўпка сурати қорайиши, тиниқ бўлмаслиги, кейинчалик эса ўпка соҳасининг ҳамма қон томирлар йўналишида кўп сонли жойлашган майда, бир хил ҳажмдаги ва унча зич бўлмаган ўчоқлар борлиги аниқланади.

Касалликнинг ўткир ости турида бўлакларарo қон томир-ларнинг силдан зарарланиши ёки ўпкада сил жараёни ҳамма тўқимага бронхиал, лимфоген, гематоген йўл билан тарқалиши натижасида болаларда тана ҳарорати аста-секин ошиши, йўтал, ҳансираш, кўкрак қафаси оғриши, ҳол қуриши кузатилади. Кейинчалик тана ҳарорати гектик даражада, йўтал, балғам ташлаш, баъзан эса қон туфлаш кузатилади. Беморларни рентген текшириш пайтида, кўпинча, ўпканинг юқори кортикал қисмида ўпка тиниқлигининг жуда хиралашгани замирида йирикроқ ўчоқлар ва уларнинг бир-бирига қўшилиши натижасида фокал яллиғли соялар, ўпканинг майда емирилиши, кавак соялари топилади. Тарқоқ силнинг бу тури кўпроқ болалардаги емирилувчи зотил-жамдан фарқ қилади.

Ўпкадаги жараённинг силга хослигини тасдиқлашда балғамни сил микобактериясига текшириш, антибактериал даволашнинг самарасизлиги, қондаги специфик патогенетик ўзгаришлар сил синамасига мусбат жавоб бериш каби симптомлар катта аҳамиятга эга.

Сурункали тарқоқ сил, кўпроқ препубертат (ўсмирларда) ёшдаги болалар ва ўсмирларда кузатилиши мумкин. Касалликнинг бу турида, кўпинча, ўпкадаги кўп сояли қайталаган, гематоген-лимфоген тарқалишда рўёбга чиққан алвеолит, васкулит, диффуз фиброз ўзгаришлардан ташқари, ўпкадан бошқа ерда жойлашган сил жараён белгилари топилади. Бу манзаралар овознинг бўғилиши ва чиқмай қолиши, умуртқа поғонасининг оғриши, сийдикда лейкоцитлар, эритроцитлар топилиши билан тавсифланади.

Кўкрак қафасини рентгенологик текширганда, ўпка ҳажми-нинг кичиклашгани ўпка суратининг қуюқлашгани ва шакли бузилгани, қалқонсимон соялар билан бир қаторда кўп сонли ҳар хил зичликдаги ўчоқлар – фокал, яллиғли соялар мавжудлиги аниқланади.

Ўпканинг ўчоқли сили

Ўпканинг ўчоқли сили чекланган маҳсулотли яллиғланиш натижасида рўёбга чиққан жараён ҳисобланади.

Кўпинча ўчоқли сил, касалликнинг иккиламчи тури ҳисобланади, бироқ болалар ва ўсмирларда бу жараён сурункали бирламчи силнинг қайта қўзғолиш даврида (салбий таъсир қилувчи омиллар натижасида) лимфа тугунларидан лимфоген, гематоген йўл билан ўпканинг юқори, ўрта қисмида ўчоқлар пайдо бўлиши натижасида ривожланиши мумкин.

Сил эпидемиологияси кўрсаткичлари кескинлашган жойларда болалар ва ўсмирлардаги ўчоқли сил, кўпинча, катталардаги каби иккиламчи силнинг клиник тури сифатида ривожланади. Касалликнинг бу тури бирламчи ёки иккиламчи сил патогенези асосида ривожланишига қарамай, белгисиз ёки кам белгили кечиши билан ажралиб туради. Шу туфайли, кўпинча бу касаллик флюорографик текшириш пайтида аниқланади.

Клиник-рентгенологик манзараси бўйича касалликнинг юмшоқ ва фиброз ўчоқли турлари тафовут қилинади.

Юмшоқ ўчоқли сил турида болалар ва ўсмирларда силнинг ниқоб остидаги белгилар: асаб тизими астенизацияси, бош оғриши, ҳолсизлик, тажанглик, ҳароратнинг субфебрил бўлиши, буқоқ (тана ҳароратини вақти-вақти билан ошиб туриши, озиш, юракнинг тез уриши, кўз косасининг катталашиши) аниқланади, баъзан эса ушбу "кўкрак қафаси касаллигига" хослик, кўкрак қафасининг оғриши, қон аралаш балғам ташлаш ҳам кузатилиши мумкин.

Касалликнинг фиброз ўчоқли тури, кўпинча, аломатларсиз кечади.

Юқоридаги белгилар бор беморларни текширганда рентге-нограмма натижасига катта эътибор бериш керак, чунки қондаги ўзгаришлар, балғам бактериоскопияси натижалари камдан-кам ҳолатларда диагностикага ёрдам беради. Одатда рентгенограммада илдиз олди қисмларида ва ўпка юқори соҳаларида ҳажми 10-12 мм гача бўлган ўчоқ соялари аниқланади. Бу ўчоқлар фиброз ўчоқли силда ўпка суратининг шу қисмда кучайиши, нуқсонга боғлиқ катаксимон фиброз замирида жойлашиши ва жадаллиги, қаттиқлиги билан ажралиб туради. Айтиб ўтилган патологик жараённинг фаоллигини аниқлашда гемотуберкулин синамаси катта аҳамиятга эга.

Касалликни аниқлаш жараёнида болалар ва ўсмирларнинг сил беморлар билан мулоқатда бўлгани, бирламчи сил турлари билан олдин касалланганлиги, Манту синамаси натижалари ва клиник текширишда кам миқдордаги лейкоцитоз ҳамда шаклларининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши, шунингдек балғам бактериоскопия-сида сил микобактериясини топиш каби клиник белгиларга аҳамият бериш лозим.

Ўпканинг яллиғланган сили

Яллиғланган ўпка сили зардобсимон яллиғланиш жараёни устунлиги билан тавсифланади ва унинг клиник манзараси ушбу патологик ўзгаришлар ҳажмига бевосита боғлиқ. Силнинг бу тури ривожланишида болалар ва ўсмирлар организмига кўп миқдорда сил микобактерияси тушишидан ташқари, ўпка тўқимасида ривожланган маҳаллий ўта таъсирчанликнинг (гиперсенсиби-лизация) аҳамияти катта. Шу туфайли, кўпинча, бу клиник тур ўпка тўқимасига салбий омиллар таъсирлари натижасида рўёбга чиқади. Мазкур жараён сурункали бирламчи силнинг қўзғалиши оқибатида сурункали ёки тугалланган бирламчи сил ўчоқлари атрофида яллиғланиш рўёбга чиқиш ёки иккиламчи сил сифатида юзага келиши мумкин. Болалар ва ўсмирлар организмида ривожланган яллиғланган ўпка силининг кечиши, қамраб олган жойи ва макроорганизм хусусиятларига боғлиқ.

Кўпинча касалликнинг чекланган турларида белгисиз ёки белгилари кам клиник манзара кузатилади. Бу беморлар, кўпинча, профилактик флюорография текширувида аниқланади.

Ҳозирги пайтда яллиғланган силнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади.

1. Лобуляр (бўлакчали).
2. Овалсимон ёки юмалоқ.
3. Лобит (бўлакли).
4. Перициссурит.
5. Булутсимон.
6. Казеоз зотилжам.

Касалликнинг юқорида кўрсатилган чекланмаган турларида ҳарорат ошиши, озиб кетиш, терлаш ва йўталиш, қон туфлаш каби белгилар кузатилади. Баъзан, умумий заҳарланиш ҳисобига беморларнинг аҳволи жуда оғир бўлиши мумкин (казеоз зотилжамда). Ҳозирги пайтда силнинг бу турининг кўпчилик ҳолларда белгили кечиши кузатилмоқда. Беморлар балғамини сил микобактериясига текшириш ва рентгенда топилган ўзгаришлар сил жараёнини аниқлашда катта амалий ёрдам беради. Касалликнинг ҳар хил кечишида ўпка тўқимасининг маълум қисмида яллиғланган соя топилади. Лобулярда соя шакли юмалоқ ёки тухумсимон бўлса, лобит шаклида ўпка бўлагини тўлиқ қоплаган учбурчаксимон бўлади. Касалликнинг перициссурит шаклида эса бўлакларарo тирқиш ёни бўйлаб жойлашган яллиғланган соя, булутсимон шаклда эса булутга ўхшаш чегаралари ноаниқ, нотекис соя кузатилади.

Касаллик диагностикасида, кўпинча, сил жараёнини ўпка зотилжамидан фарқ қилиш керак. Бунда клиник, рентгенологик текширишлар билан бир қаторда бактериологик, бронхоскопик текшириш хулосалари ҳам катта аҳамиятга эга бўлади.

Эрта аниқланган, тўғри даволанган силнинг бу тури болалар ва ўсмирларда, кўпинча, асоратсиз тузалади. Касаллик емирилган, тарқалган даврда эса ҳажми ҳар хил қолдиқ ўзгаришлар – туберкулома, ўпка кистаси, ҳар хил ҳажмли фиброз ҳосил бўлиши мумкин.

Ўпка туберкуломаси

Силнинг бу тури, кўпинча, бола ва ўсмир организмидаги ҳар хил сил турлари такрор ривожланган пайтда рўёбга чиқади. Болаларда кўпинча бирламчи сил мажмуасини ўпкадаги ўчоқнинг бирламчи ёки иккиламчи сўрилиш даврида патологик жараённинг парда билан, соғлом ўпка тўқимасидан, чегараланиши натижасида пайдо бўлади. Патологик жараённинг кечиши, кўпинча, стационар ёки орқага қайтиш (регрессив) турда учрайди. Фақат ёш болаларда ва ўсмирларда ёки макроорганизмнинг иммунбиологик ҳолати жуда пасайганда туберкуломанинг зўрайиши кузатилади. Тубер-куломалар сони ва ҳажмига қараб, кўп сонли, якка ва кичик, ўртача ва катта ҳажмли турларга ажралади. Шу туфайли, патологик жараённи даволаш масаласи (жарроҳлик, консерватив) ҳар хил омилларнинг

таъсирини, касалликнинг кечишини, бола ва ўсмир-нинг яшаш, ўқиш шароитларини ҳисобга олган ҳолда хал қилинади.

Кавакли ва фиброз-кавакли сил

Болалар ва ўсмирларда ўпка силининг бу турлари ҳозирги даврда кам учрайди. Кўпинча, вақтида аниқланмаган бирламчи сил комплекси, тарқоқ сил, яллиғланган силнинг ривожланиши натижасида пайдо бўлади. Касалликнинг клиник манзараси катталардаги каби патологик жараённинг ўрнашган жойи, ҳажми, шунингдек кечишига боғлиқ. Кўпинча силнинг бу турида «ўпка сили белгилари» яъни йўтал, қон туфлаш, ҳансираш каби аломатлар вужудга келади. Организмнинг умумий заҳарланиши белгилари эса, сил жараённинг босқичига, патологик жараён ҳажмига боғлиқ. Кавак ва фиброз-кавак атрофида яллиғ-ланиш, бронх бўйлаб тарқалиш белгиси устун бўлган беморларда ҳарорат ошиши, бош оғриши, қувватсизланиш, иштаҳанинг пасайиши кузатилади. Чекланган ва кавак атрофи сил ривожланиши белгилари кам ёки бўлмаган беморлар фавқулодда флюорографик текшириш вақтида топилиши мумкин. Касаллик қиёсий диагностикаси йирингли зотилжам, ўпка абсцесси ва кистаси каби касалликлар билан ўтказилиши лозим.

Кавакли ва фиброз-кавакли сил жараёнида балғамда сил таёқчаси топилишига кўпроқ аҳамият берилиши керак.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР СУЯК-БЎ/ИМ СИЛИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

Республикамизда болалар ва ўсмирлар орасида, ўпкадан бошқа аъзолар силининг клиник тақсимотида ташқи лимфа безлари силидан (51,1%) кейинги ўринда суяк-бўғим сили 28,6 фоизни ташкил қилиб, клиник тақсимотида умуртқаларнинг сил билан зарарланиши – 47,0%, катта бўғимларда – 38,0% ва 15% бошқа суяк-бўғимларда кузатилади. Болалар ва ўсмирлар орасида суяк-бўғим сили асосан 13-14 ёшда кўп учрайди.

Болалар ва ўсмирлар орасида суяк-бўғим сили билан касалланиш таҳлил қилинганда бу кўрсаткичнинг асосан экологик шароити оғирлашган худудларда Республика кўрсаткичларидан юқорилиги маълум бўлди. +орақалпоғистон Республикасида – 50,4 фоизга, Сурхондарё вилоятида – 46 фоизга, Республикада эса – 39,0 фоизга ўсгани кузатилди.

Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғимлар силини аниқлаш усуллари

Суяк-бўғимлар сили мажмуавий бўлиб, беморларнинг шикояти, анамнези, антропометрик ва ортопедик текширувлар, клиник лаборатор таҳлиллар, Манту синамаси, микробиологик ва патоморфологик ҳамда бирламчи рентгенологик текширувлар натижаси асосида аниқланади. Суяк-бўғимлар силининг клиник манзараси болалар ва ўсмирларда ҳар хил бўлгани сабабли, кўпчилик ҳолларда диагноз қўйишда 30,5-70,0 фоиз хатоларга йўл қўйилади. Бу ҳолат, асосан, қўшимча касаллиги бор беморларда юқори фоизни ташкил қилади, бунинг оқибатида бирламчи сил аниқланган беморларда касалликнинг кечиккан ва асоратланган турлари учрамоқда. Кейинги йилларда суяк-бўғимлар патоло-гиясини аниқлашда компютер томограмма, ядерли магнитли томограмма ва мулти қаватли томограммалар, артроскопия, термография ҳамда лазерли биофотометрия, ултратовушли текширишлар марказий илмий муассаларда амалиётга татбиқ этилган.(Митусов Г.М., 2002; Назиров.П.Х. с соавт 2004; Degai S.S., 1994; Egunol N. et al, 1996; Schanlen D.S, 1995; Resai A.R., 1995).

Суяк-бўғимлар силига хос бўлган асосий рентгенологик белгилар:

-бўғим ёки умуртқалар оралиқ масофаси торайиши;

-суяклардаги ғовакланиш аломатлари;

-суякларнинг мулоқотли емирилиши;

-бўғимлар ёки умуртқалар ҳажмининг кичрайиши ёки атроф тўқималарининг қалинлашиши;

-бўғимлар ёки умуртқалар атрофида абсцесс доғлар.

Тизза бўғими рентгенограммасида бўғим оралиғининг нотекис қисилиши, суякларда регионал остеопороз мавжудлиги, бўғим қопи деворини бир оз қалинлашганлиги сил касаллигига хос белгилардан ҳисобланади (16.7-расм).

Чаноқ-сон бўғими рентгенограммасида касалликнинг кечи-киб асоратланган турида, бўғим анатомик ҳолати бузилиши, бўғим оралиғи аниқланмаслиги, суякларда ўчоқли емирилиш, суякларнинг анатомик жойлашиши бузилиши мавжудлигидир (16.8-расм).

Умуртқа рентгенограммасида умуртқа танасининг кичик-лашиб, емирилиши, оралиғининг қисилиши, паравертебрал соялар мавжудлиги умуртқаларнинг сил билан зарарлангани белгисидир (16.9,16.10-расм).

Компютер томограмма суякларнинг емирилиши, юмшоқ тўқималар ҳолати, ўчоқларнинг жойлашуви, ҳажми, орқа мия канали ҳолати, абцессларнинг тарқалиш ва жойлашувини аниқ тасаввур қилиш имконини беради (16.11-расм).

16.7-расм. Тизза бўғими рентгенограммаси

16.8-расм. Чаноқ-сон бўғими рентгенограммаси

16.9-расм. Кўкрак умуртқалари рентгенограммаси

16.10-расм. Кўкрак умуртқалари компютер томограммаси

16.11-расм. Кўкрак умуртқалари компютер томограммаси

Бундан ташқари, компютер томограммада, умуртқаларни текширганда тўқималарнинг яллиғланиши ва сиқилиш даражасини қўшимча текширувларсиз баҳолашда бир қанча қийинчиликларга дуч келинади (Schanlen D.S, 1995; Resai A.R., 1995) (16.12-расм).

Ядерли магнит томограммада эса чуқур жойлашган мушакларарo, эпидурал, перидурал йирингли халталарни аниқлаш имконияти ҳам борлиги кўриниб турибди (16.13,16.14-расм).

Шуни айтиб ўтиш лозимки, бу кўп маълумот берадиган усуллар фақат илмий текшириш марказларида қўлланилмоқда.

16.12-расм. Кўкрак умуртқалари компютер томограммаси

16.13-расм. Умуртқаларни ядерли магнитли томограммаси

16.14-расм. Умуртқаларнинг ядер магнитли

томограммаси

Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғимлар силини аниқлашда ултратовуш текшириш усуллари

Суяк-бўғим сили касаллигига “мойил гуруҳ” да минглаб беморлар назоратда туради, бу беморларнинг ҳаммасини тўлиқ текшириш жуда қийин бўлгани сабабли, силга “мойил гуруҳ” беморларни 3 гуруҳга бўлиб текширилади.

1- гуруҳ – таянч-ҳаракат тизимида дегенератив-дистрофик ўзгаришлар бўлган беморлар.

II - гуруҳ – таянч-ҳаракат тизимида яллиғланиш бўлган беморлар.

III - гуруҳ – таянч-ҳаракат тизимидан шикояти бўлган сил беморлар ва мулоқотдагилар. Суяк-бўғим силини барвақт аниқлашда шу 3 гуруҳ беморларни босқичма-босқич текширилади. Бизда 3 та босқичда текшириш алгоритми ишлаб чиқилди.

Биринчи босқич – амбулатор-поликлиника шароитида силга “мойил гуруҳ” беморларнинг шикояти, таҳлили, клиник-ортопедик, антропометрик текшириш, ҳамда суяклар ҳолатини ултратовушда остеометрия усулида текшириш, шубҳа қилинган беморлар кўрсатмаларга қараб, силга тўлиқ текшириш учун ажратиб олинади (16.15-расм).

16.15-расм. Суяклардан товуш ўтиш тезлигини эхоостеметрия усулида амалга ошириш

Иккинчи босқич – поликлиника-диспансер шароитида ажратиб олинган беморларнинг, қон, сийдик умумий таҳлили ва Манту синамаси 2 ТБ туберкулин билан, шунингдек суяк-бўғим тизимини рентгенологик текширилади. Клиник-ортопедик тек-ширувларда силга тахмин қилинган ва

ултратовушли остеометрия текширувида, локал ёки тарқоқ остеопорози кучайган беморлар бу босқичда текширилади (16.16-расм).

16.16-расм. Бўғимларни эхотомография усулида текшириш

Учинчи босқич – диспансер ва махсус тиббиёт муассаса-ларида сил касаллигини тасдиқлаш. Бу босқичда силга шубҳа қилинган беморлар тўлиқ клиник-лаборатор, рентген-томогра- фик, микробиологик ва ултратовушли (остеометрия ва эхография) 50 ТБ туберкулин билан синамагача ва ундан кейин текширилади.

Шуни алоҳида кўрсатиб ўтиш жоизки, фтор бирикмалари қолдиқлари болалар ва ўсмирлар суяк тўқимасига салбий таъсир кўрсатиши натижасида, суякларда остеопоротик ўзгариш даражаси юқори бўлиб, бу жараённи нафақат ултратовушли остеометрияда, товуш тезлигининг пасайишини 5 фоиз даражасида ҳам аниқласа бўлади.

Суяк-бўғим касаллигини барвақт аниқлаш учун профилактик текширувдан ўтиши лозим бўлган силга “хавфли гуруҳ” қайд қилинган ва I-гуруҳдаги беморлар 2 йилда бир марта профилактик текширувдан, II-III гуруҳдаги беморлар эса, йилига 1 марта ўтишлари лозим, бу текширувларда ултратовушли остеометрия усулида суяклар ҳолатини текшириш зарур.

МИЯ ПАРДАЛАРИ ВА МАРКАЗИЙ НЕРВ ТИЗИМИ СИЛИ

Мия пардалари сили ёки сил менингити сил касаллик-ларининг энг оғир турларидан ҳисобланади.

XX аср тиббиётининг ажойиб ютуқларидан бири, стрепто-мициннинг қўлланилиши, сил менингитини муваффақиятли даволаш бўлди. Илгари бу касалликлар ўлим билан тугар эди.

Антибактериал даврдан илгари сил менингити асосан болаларнинг касаллиги ҳисобланган. Бу касалликка чалинган болалар шу касалликлардан ўлиб кетарди. Ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Ф ва ПИТИ ахбороти бўйича, ўпкадан бошқа аъзолар сили аниқланган беморлар орасида охирги 5 йиллик ичида (2000-2005 й.й.) сил менингити ўртача 0,9% (1,1% - 0,6% гача) ташкил қилган бўлиб, улардан 64% болалар, 36% катта ёшлилар бўлган. Шу йиллар ичида 100000 аҳоли сонига нисбатан умуман сил менингитининг касалланиш кўрсаткичи 0,11-0,06 тенг бўлган.

Республикмизда, собиқ иттифоқ даврида, сил менингитидан касалланиш анча камайди, болалар ва ўсмирларни оммавий равишда БЦЖ эмлаш ва қайта эмлаш, сил хавфи бўлган гуруҳларни кимёвий профилактика қилиш ҳамда силни кимёвий усулда даволаш жуда катта аҳамиятга эга бўлди.

Ҳозирги кунда сил менингити Билан, асосан БЦЖ эмланмаган болалар, оилада сил бемор бўлганлар, яшаш шароити ёмон бўлган одамлар касалланмоқда. Бундан ташқари, беморларнинг тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиши, ўпка ва ўпкадан ташқари тарқалган сил ҳамкорлиги, силга қарши қўлланиладиган дориларга сезгирлиги йўқолганларга сил таёқчаларини юқиши ва шу туфайли, даволаш самарадорлигининг пасайиб кетиши натижасида менингит атипик кечмоқда, бу эса менингитни аниқлашда катта қийинчиликларни келтириб чиқармоқда. Шу сабабдан, сил менингити диагности-касини ва даволаш усулларини такомиллаштириш, умуман силга қарши олиб борилган ишларни янада яхшилаш фтизиатриянинг долзарб масаласи бўлиб қолмоқда.

Антибактериал давргача Собиқ Иттифоқда сил менингити ва марказий нерв тизими силининг ривожланиш хусусиятларини (патогенезини), патоморфологиясини, морфоклиник синфларини кўпгина олимлар (Сепп Е.К., 1927; Маргулис Н.С., 1935; Абрикосов А.И., 1935; Рапопорт А.Л., 1937; Агейченко Ф.Е., 1938; Ерофеев П.П., 1947; Россин М.А., 1949; Футер Д.С. ва Прохорович Е.В., 1950, 1963; Фирсова В.А., 1958; Соркин И.Э., 1959; Елуфимова В.Ф., 1961 ва бошқалар) чуқур ўрганишган.

ГИНК дори воситаларининг пайдо бўлиши ва амалиётга жорий этилиши сил менингитининг субарахноидал дориларни қўлламасдан даволаш имкониятини туғдиради, бу касалликда унинг жуда самарали экани исботланди. Шу билан бирга орқа мия суюқлиги таркибини ўрганиш сил жараёнининг кечиш хусусиятларини аниқлаш, даволашга ўзгартиришлар киритиш ҳамда касалликни башорат қилишга ҳам имкон берди.

<u>Этиологияси ва патогенези.</u> Сил менингити иккиламчи касаллик (мияни юмшоқ, ўргимчак инисимон, камдан-кам ҳолларда қаттиқ пардаларнинг сил яллиғланиши) ҳисобланиб, силнинг фаол ва тарқалган тури бор беморларда ривожланади ва оғир кечади.

Сил жараёнини тавсифи ва жойлашиши сил менингитини патогенезига таъсир кўрсатади.

Бирламчи диссеминацияланган (тарқалган) силда сил таёқ-чалари марказий нерв тизимига лимфа-қон орқали тушади. Мия пардаларида (16.17-

расм) силнинг яллиғланиши ривожланишига уларнинг тўсқинлик қилиши сабаб бўлади. Бундай ҳолат мия, пардалар ва қон томир чигалларини гиперергик ҳолатда бўлишига боғлиқ бўлиб, бу жараён махсус ва номахсус сезгирликнинг ошишига сабаб бўлади.

16.17-расм. Мия пардалари

Морфологик жиҳатдан, бу парданинг қон томир деворлари таркибидаги оқсил моддалар чириши ҳамда ўтказувчанлик хусусиятининг ошиши сифатида намоён бўлади. Ўчоқли зарар-ланган жойдаги сил таёқчалари организмни жуда сезгир қилиб қўяди, мия қон томири чигалларининг ўзгариши натижасида махсус сил яллиғланишига олиб келади. Асосан мия тубида жойлашган юмшоқ парда зарарланади. Жараён у ердан Силвий ҳавзаси орқали мия яримшарлари, узунчоқ мия ва орқа мия (16.18-расм) пардаларига тарқалади.

Сил жараёни умуртқада, мия суякларида, ички қулоқда жойлашган бўлса, микобактериялар мия пардаларига мия суюқлиги ва алоқадорлик орқали ўтади. М.В. Иҳенко (1969) мия пардалари-

16.18-расм. Орқа мия пардалари

нинг лимфа йўли орқали зарарланишини исботлади. Сил менингити патогенезида иқлим, об-ҳаво омиллари, йил фасли, бошдан кечирилган юқумли касалликлар, физик ва руҳий шикастланиш, сил бемор билан узоқ вақт давомида бирга бўлиш ҳам аҳамиятга эга. Бу омиллар организмни ўта сезгир бўлишига олиб келади ва чидамлилигини пасайтиради.

Патологик анатомияси. Сил менингитининг патологик ана-томияси, яллиғланиш жараёни хусусияти ва тарқалишига боғлиқ бўлиб, тарқалган сероз-фибриноз (зардоб-толали) яллиғланиш-нинг ривожланиши сифатида намоён бўлади. Бундай яллиғланиш
миянинг юмшоқ туби парда (қон томир) қисмида: пешона бўлагининг орбитал, кўрув нерв чорраҳасида, олд ва орқа тепалиги ости (гипоталамус), III қоринча туби, ён деворлари, вегетатив марказлари билан, Силвий жўяклари, Варолий кўприги ва узунчоқ мияни атрофидаги мияча қисмлари сатҳини қамрайди (16.19-расм). Яллиғланиш жараёнининг зўрайиши мия ва орқа мия тўқимасини, пардаларини, мия қоринчалари ички деворларини (эпендимаси) қамрайди (16.20-расм). Касаллик белгиларининг ўзига хослиги шундаки, сил бўртмаси тошмалари пардаларда, қо-ринчалар эпендимасида пайдо бўлади, қон томирларини алтернатив шикастлайди (периартрит ва эндоартрит сифатида) ва оқибатда чириб, миянинг тегишли жойига қон қуйилади, тўқима эрийди. Сил менингитига яна ўткир истисқо, қон томир чигилларининг суюқлик ишлаб чиқариши ва сўрилиши жараёнининг ўзгариши хос.

16.19-расм. Яллиғланишни қамраб олган шакллари

16.20-расм. Мия қоринчаларининг ён томондан кўриниши

Патологик ўзгаришларнинг ҳар хил турлари ва жараён тарқалганлиги сил менингитининг клиник манзарасини турлича бўлишига олиб келади; менингиал белгилардан ташқари, ҳаётий фаолияти, вегетатив, бош мия иннервацияси ва ҳаракатнинг жиддий ўзгариши, децеребрацион ригидлик (қотиб қолиш) каби бузилишлар сифатида бўлади.

Сил менингити кеч аниқланганда ва даволаш самарасиз бўлганда, жараённининг зўрайиб бориши ҳамда қон томирларга, мия тўқимасига ўтиши натижасида мия ярим шарларида, булбар марказларда, орқа мия ва илдизчаларида патологик ўзгаришлар

(диффуз лептопахиоменингит) ривожланади. Даволаш самарали бўлса, айниқса эрта бошланса, яллиғланиш жараёни чегараланади, экссудатив (зардоблик) компоненти камаяди, тикланиш жараёни ва маҳсулотлик жараёнлар устунлик қилиши натижасида патологик ўзгаришлар бутунлай йўқолади.

Сил менингитининг клиник манзараси ва кечишининг турлича бўлиши патоморфологик ўзгаришлардан ташқари, кўпгина сабабларга, чунончи даволашдан олдинги касалликнинг давомий-лигига, асосий сил жараёнининг хусусиятига, даволаш сифатига ҳам боғлиқ бўлади ва ҳоказо.

Сил менингитининг клиник манзараси

Кўпчилик беморларда касаллик секин-аста, ёш болаларда шиддат билан бошланиб, 1-3 ҳафта яширин кечади. Бу даврда беморнинг ҳоли қурийди, жуда лоҳас бўлади, вақти-вақти билан боши қаттиқ оғрийди, баъзи ҳолларда тана ҳарорати субфеб-рилгача ошади, иштаҳаси йўқолади, кайфияти ёмон бўлади, лоқайд бўлиб қолади, сиқилади. Кейинчалик (касалликнинг дастлабки 7-10 кунида мия пардалари таъсирланиши натижасида) яширин белгилар кучаяди. Тана харорати 38° ва ундан кўтарилади, бемор уйқучан бўлиб қолади, бўшашади, иштаҳаси йўқолади, бош оғриғи кучайиб, муқим бўлади, тез-тез ва тўсатдан қусади, қусуқ оғзидан отилиб чиқади, қабзият бўлади. Ёруғликдан қўрқади, оғриқ кучаяди, қизил рангли кўринишдаги турғун дермографизм кузатилади, томир уриши секинлашади. Касалликнинг бу даврида бир қатор менингиал белгилар: энса-бўйин мушакларининг қотиши, Керниг ва Брудзинский белгилари, патологик рефлекслардан – Бабинский, Гордон, Шеффер, Оппенгейм белгилари ҳамда пай рефлекслари ошиши кузатилади. Кейинчалик, касалликнинг 8-14 куни, юқоридаги белгилар янада кучаяди, мия тубидан чиқадиган 12 жуфт нерв таначалари (16.21-расм) фаолияти бузилади: (VII) юзни, (III, VI) кўзни ҳаракатлантирувчиларни нимфалажлик белгилари (бурун-лаб бурмасининг текисланиши, кўз тирқи-шининг торайиши, ғилайлик, тепа қовоқнинг осилиб қолиши, кўз қорачиғининг катталашиши) пайдо бўлади. Кўз туби текширил-ганда, кўрув нерви сўғонининг димлангани ёки неврити, баъзи ҳолларда қон томир тўр пардасида – сил дўмбоқчалари аниқла-нади, кўз хиралашиши мумкин.

Касалликнинг 3 ҳафтасида (15-21 куни) тана харорати жуда баланд (40-41°) бўлади, бош оғрийди ва менингиал белгилар кучаяди; бемор мажбурий вазиятда туради, децеребрацияли қотиб қолиш юзага келади, ёнбоши билан ётади, боши орқага кетади, оёқларини қорнига тортиб олади, хушидан кетади.

Баъзи беморларда 7-жуфтлик зарарланганда, мувозанатни сақлайдиган аъзо вестибуляр аппарат фаолияти бузилиб, бош айланади, қулоқ шанғиллайди, қулоқ оғирлашади ва ҳоказо. Жараён мияча ёки узунчоқ мия соҳасига тарқалганда, булбар нервлар: IX, X, XII жуфтлиларнинг

зарарланиш белгилари – ютина олмаслик, қалқиб кетиш, хиқичоқ, нутқнинг бузилиши, тилнинг фалажлиги, нафас ва томир уриши марокининг ўзгариши юзага келади. Бу даврда ўчоқли белгилар: қўл-оёқлар фалажи ёки нимфалажлик, беихтиёр ҳаракатлар (гиперкинез) билан, тири-шишлар, сезишнинг бузилиши пайдо бўлади. Трофик ва вегетатив ўзгаришлар: терининг қуруқлаши ёки кўп терлаш, Труссо доғи (дам-бадам юзни оқариб-қизариши), юрак уришининг тезла-шиши, қон босимининг кўтарилиши, жуда озиб кетиш кузатилади. Касалликнинг 2-4-5 ҳафталарида, ўлим олдидан, тана ҳарорати кескин тушиб кетади (35° гача), томир тез уради – 160-200 бир дақиқада, Чейн-Стокса турида нафас олиш маромсиз бўлади. Бемор нафас олиш ва қон томирлар ҳаракатлантирувчи марказ-ларининг фалажлиги натижасида нобуд бўлади. Сил менинги-тининг бундай кечиши, ҳозирги вақтда касаллик вақтини ўтказиб юбориб, кеч аниқланганда ва даволаш самара бермаганда кузатилади.

Сил менингитида қондаги ўзгаришлар бошқа аъзоларда учрайдиган ўзгаришлар: Hb ва эритроцитлар миқдорининг силда-гиларга ўхшаши, хусусан, жуда пасайиши, ЭЧТ ошиши, лимфо-цитларнинг камайиши, моноцитларни кўпайиши, лейкоцитлар шаклининг ўзгариши юзага келади.

Силга қарши дорилар мажмуаси билан даволаганда сил менингитининг клиник манзараси

Амалиётга силга қарши дориларни кенг кўламда киритилиши касалликнинг кечиш жараёнини, давомийлигини ва башоратини жуда ўзгартириб юборади. Ҳозирги вақтда касалликни эрта аниқлаш ва тўла-тўкис даволаш натижасида беморлар соғайиб кетяпти.

Патологик жараённинг жойлашган ўрни ва тарқалишига нисбатан мия пардалари силини 3 та (базиляр, менингоэнцефалит ва цереброспинал (лептопахименингит)) клиник турга бўлинмоқда (Соркин И.Э., 1959; Елуфилова В.Ф., 1961; Беркос К.П., Царева Т.И., 1965; Ситникова Ю.З., 1975; Назаренко В.Г., 1983; Поддубная Л.В. ва бошқалар, 2003).

Жараённинг ривожланиб, касаллик бир турдан иккинчи ёки учинчисига ўтиши мумкин.

Амалиётда клиник жиҳатдан касалликнинг қайси ва қанча белгилари ривожланганлигига ва устунлигига ҳамда орқа мия суюқлиги таркиби миқдорий ўзгаришига қараб юқоридаги турларни аниқлаш мумкин. Сил менингитининг базиляр турида – олдинги ўринга илгари келтирилган яхши ривожланган менингиал, 12 жуфт нерв таначаларининг баъзи-бирлари зарарлаши билан бир қаторда, орқа мия суюқлигининг таркибий ўзгаришлари киради: тиниқ, рангсиз, оқсил моддаси миқдори 0,5-0,8 г/л, 1 мм^3 – хужайралар сони 100-400, лимфоцитлар 50% ортиқроқ, қанд ва хлорид моддалар миқдори меъёрида ёки сал озайган бўлади.

Даволаш давомида касаллик бир текис кечади, қайталамайди, асорат қолдирмай, тузалиб кетади. Беморнинг умумий аҳволи 3-4 ҳафтада

яхшиланиб, 2-3 ойдан кейин менингиал белгилар қайтади, 4-5 ой ичида суюқлик таркиби меъёрига келади.

16.21-расм. Мия тубидан чиқувчи 12 жуфт нерв таначалари

Сил менингоэнцефалити – касалликнинг оғир тури бўлиб, дард кеч аниқланганда кузатилади. Мия ва менингиал белгиларнинг кучли ривожланиши билан бир қаторда ўчоқли белгилар: ҳаракатнинг ўзгариши – оёқ-қўлларнинг фалажланиши ёки нимфалажлиги, 12 жуфт нерв таначаларининг шикастланиши, эс-ҳушнинг беқарор бўлиб қолиши, истисқо, орқа мия суюқлиги таркибининг ўзгариши кучлироқ, ранги сариқ бўлади. 30% ва ундан кўпроқ бемор узоғи билан, 1-3 ҳафта ичида вафот этади. Касалликнинг клиник белгилари базиляр менингитга нисбатан камида 1,5-3 ойдан кейин қайтиши мумкин. Даволаш даврида баъзи беморларда жараён зўраяди, олиб борилаётган даволашга қарамасдан, барибир ўлим содир бўлади. Бемор соғайганида ҳам асоратлар қолади: руҳий ўзгаришлар, эслаш қобилиятини пасайиши, оёқ-қўллар фалажлиги ва нимфалажлиги, беихтиёр ҳаракатлар, кўрлик, кейинчалик тутқаноқсимон хуружлар ривожланиши мумкин.

Цереброспинал тури (лептопахименингит) – камроқ учраб, 5-12% беморларда кузатилади. Бу турда яллиғланиш жараёни, асосан, продуктив бўлиб, мия асосидаги узунчоқ ва орқа мия пардаларида кузатилади. Бу юқорида келтирилган 2 турнинг асорати бўлиши мумкин. Касаллик секин-аста, сийрак белгилар билан бошланади. Менингиал белгилар рўйи рост ривожланмайди, кўпинча орқа мия илдизчалари шикастланиши натижасида умуртқа поғонаси, кўкрак ва қорин оғрийди бунга, чаноқ аъзолари фаолияти бузилиши белгилари қўшилади, субарахноидал бўшлиқнинг қамали

ривожланиб, истисқога олиб келади ва ўлим билан тугайди. Орқа мия суюқлиги таркибининг ўзгариши: рангнинг тим сариқлиги (ксантохром), оқсилнинг жуда кўпайиши – 3-3,30 г/л, тезда қалин парда пайдо бўлиши кузатилиб, ҳужайралар сони 1 мл^3.да 1000-1500 дона бўлади. Касаллик менингоэнцефалитга нисбатан енгилроқ кечади. Суюқлик таркиби 5-10 ойдан кейин меёрига келиши мумкин.

Сил менингитини даволашда антибактериал дориларни мажмуавий қўллаш касалликнинг кечиш жараёнини ўзгартиради. Ҳозирги вақтда унинг 4 тури кузатилмоқда:

а) ўткир кечиш соғайиш билан;

б) тўлқинсимон кечиш соғайиш билан;

в) бирдан ривожланган кечиш ўлим билан;

г) тўлқинсимон ривожланган кечиш, ўлим билан тугаш.

17 БОБ

ЎПКА СИЛИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

НАФАС АЪЗОЛАРИ СИЛИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Ўпка сили ва унга ўхшаш нафас аъзолари касалликлари белгиларининг турли-туманлиги билан тафовут қилади. Шу сабабли, амалиёт нуқтаи назаридан, дифференциал диагностикани асосий рентгенологик синдромлар: ўпка илдизи жароҳати, тарқоқ жараён, ҳосил бўлган бўшлиқлар (каваклар), чегараланган соялар, плевра бўшлиғида суюқлик борлиги сингари рентгенологик белгилар доирасида олиб бориш қулай. Етакчи рентгенологик синдром бошқа скиалогик феноменлар билан келсада, бу ҳолдаги энг самарали диагностик усулни танлаш ва изчилликда қўллаш етакчи рентгенологик синдромни белгилайди.

Ўпка тарқоқ силининг дифференциал диагностикаси

Ўпка тўқимаси тарқоқ зарарланишининг 150 дан кўпроқ касалликлардаги манзараси таърифланган. Ўпкада кўп учрайдиган тарқоқ жараёнларга саркоидоздан ташқари, сил, метастатик ўзгаришлар, ва специфик яллиғланиш жараёнлари, фиброзланувчи алвеолитлар, пневмокониозлар, Х гистиоцитозлар киради. Буларга жараён тарқоқ бўлган беморларнинг 95 фоизи тўғри келади. Ўпкалардаги тарқоқ жараёнларни аниқлаш қийинлигининг асосий сабаби, нафақат бу касалликларнинг клиник, рентгенологик ва лаборатор намоён бўлишидаги ўхшашлилиги, балки бир турдаги касалликнинг турли-туман кечишига ҳам боғлиқ, бундай синдромли беморларнинг асосий текшириш усулларига нур ва асбоблар билан текшириб, гистологик аниқлаш учун материал олиш усулларини кўрсатса бўлади. Функционал ва микробиологик текшириш усуллари ҳам катта аҳамиятга эга. Тарқоқ жараёнлар ичида тарқоқ силнинг дифференциал диагностикаси асосий ҳисобланади. Сўнги вақтларда тарқоқ силнинг кўпайганлиги кузатилмоқда. Клиник-морфологик кечиши ва лаборатория ўзгаришларининг намоён бўлиши полиморфизмлилиги тарқоқ силни аниқлашни қийинлаштиради ва бошқа кўпгина тарқоқ зарарланишлар билан солиштиришни тақозо этади.

Ҳар хил этиологияли ўпканинг тарқоқ зарарланишида, кўпчилик ҳолларда бир хил клиник манзара кузатилади, булар – ҳансираш, қуруқ йўтал, кам миқдорда балғам ташлаш, кўпинча қон туфлашдан иборат. Ўпканинг зарарланиши кўпинча камроқ ёки яққол заҳарланиш аломатлари билан кечади. Беморларни клиник объектив текшириш, лаборатор таҳлиллар ва рентгенологик маълумотлар кўпинча диагнозни тўла тасдиқлаш учун етарли бўлмайди.

Тарқоқ силнинг дифференциал диагностикаси жараёнида бронхдан олинган материални бактериологик текшириш кўпроқ аҳамиятли бўлади, КТ ва бронхоскопияда, трансторакал пункцияда, видеоторакоскопияда ёки мақсадли катта, мини торакотомияда ўпкадан олинган биоптатни морфологик текшириш ҳам шунга киради. Бахтга қарши, шунчалик текширишларга қарамасдан, диагноз ойдинлашмасдан қолиши мумкин. Бундай ҳолларда жараёнга сил қўзғатувчиси сабаб эканини аниқлаш учун *exjuvantibus* даво қўлланилади.

Яққол клиник ва заҳарланиш белгилари, нафас етиш-мовчилигининг авж олишини ўпкадаги метастатик жараёнлар, кенг тарқалган зотилжам, фиброзланувчи алвеолитлар, деб ўйлаш мумкин (20 фоиз беморларда). 30 фоизгача беморларда клиник белгилар кам бўлганда, саркоидоз тахмин қилинади. Тарқоқ силнинг рентгенологик манзарасида ҳам турли-туманликни, атипик ўзгаришларни кўриш мумкин: 15 фоизгача ўчоқларнинг бир текис тотал мономорф тарқалганлиги, 5 фоизгача ўчоқларнинг ўрта ва пастки соҳаларда жойлашиши, 35 фоиз ўчоқларнинг ассиметрик жойлашиши кузатилади. Бўшлиқлар ҳосил бўлиши беморларнинг ярмидан кўпида

учрайди, муҳрланган бўшлиқларга ўхшамайди, каверналарнинг ҳажми, деворлари қалин ва жойлашган ўрни турли-туман бўлади. Тарқоқ силда кўкрак қафаси ички безлари ҳисобига ўпка илдизи кенгайиши мумкин (5 фоиз).

Беморларнинг 10 фоизидан кўпроғида 2 ТБ Манту синамасига манфий ва шубҳали жавоблар олинган тақдирда ҳам тарқоқ сил гумон қилинганда бу натижаларга эҳтиёткорлик билан қараш лозим.

Сил микобактериялари 58 фоиз беморларда саркоидоз ва хавфли ўсмаларда, 23 фоиз тарқалган зотилжамларда ҳам учраши мумкин.

Силда гемограмма ва биокимёвий кўрсаткичларда ўзгаришлар катта бўлади: патологик силжишлар бўлмаганини гемограммада 15-25 фоизгача, биокимёвий кўрсаткичларнинг кескин ўзгаришли (гипопротеинемия, гипоалбуминемия, 20-30 фоиз ҳолатларда альфа-2-глобулинларини кўпайиши фибриногенемия 40000мг/л дан кўтарилиши 60 фоизгача беморларда) кузатилади.

Ўпкаларнинг тарқоқ сили учун бронхоскопия суратининг турли-туманлиги хос. Бунда кўпроқ икки томонлама диффуз катарал носпецифик эндобронхитлар, диффуз йирингли, чегара-ланган, дренажли эндобронхитлар кам учрайди. Клиник тузал-гандан кейинги қолдиқлар: чандиқлар, пигмент доғлар, торайишлар, бронхлар нуқсонларини учратиш мумкин. Баъзан бронхларнинг фаол сили, дренажли махсус эндобронхитни кўриш мумкин.

Кўпинча ўпканинг тарқоқ силини саркоидознинг II босқичи, карциноматоз, икки тарафалама специфик ўчоқли зотилжам, силикоз, идиопатик фиброзланувчи алвеолит, Х гистиоцитоз, гемосидероз, юрак патологиясида келиб чиқадиган ўпка димланиши ва бир қанча тизимли касалликларга таққослаш керак. Ўпканинг дорилар, септик, ревматик ва травматик зарарланишлари билан ҳам таққослаб кўриш зарур.

Типик ҳолларда саркоидозни ўпка тўқимасида рент-генологик ўзгаришлар респиратор белгиларнинг камлиги ва стетоаускултация белгилари кам ривожлангани ҳолда, бемор аҳволи яққол ўзгармасада, саркоидозни тарқоқ силдан фарқлаш мумкин. *Ўпканинг II даражали саркоидози* ўткир ости тарқоқ сил каби белгиларсиз кечиши мумкин. Касаллик флюорографик ёки рентгенологик текширишда аниқланади. Бошқа ҳолларда бемор ўртача ривожланган заҳарланиш белгилари, йўталиб озроқ миқдорда балғам ташлаш, ҳансираш, кўкрак қафасининг аҳён-аҳёнда оғриши туфайли шифокорга мурожаат этади. Кўпчилик беморларда саркоидознинг кечиши гранулёматоз зарарланиш-ларнинг спонтан сўрилишини кузатиш мумкин. Тарқоқ сил ва ўпка саркоидозининг қиёсий диагностикасида саркоидозни кўпинча аёлларда учрашини ҳисобга олиш керак. Аксарият саркоидозда бир томондан кўкрак қафаси лимфа тугунларининг катталашгани ва ўпкадаги ўзгаришлар, бемор ўзини яхши ҳис қилиши бир-бирига тўла мос келмайди. Саркоидоз беморлар нисбатан кам ҳансирайди. Саркоидозга фақат лимфа тугуни ва ўпка эмас, балки тизимли зарарланишлар – кўз, суяклар, жигар, юрак ва қулоқ олди безининг зарарланиши хос.

Беморларнинг тахминан 1/3 қисмида болдир терисида тугунчали эритема бўлади. Туберкулинга реакция манфий ёки мусбат бўлади. +онда гиперкалциемия ва гамма-глобулинлар сони ошиши хос. Рентгенда текширилганда кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталашиши билан бирга ўпканинг ўрта ва пастки бўлимларида ўчоқлар кўпроқ тўпланади. Бронхоскопияда бронхларнинг шиллиқ қаватида саркоид гранулёма топилиши мумкин. Ga^{67} изотопи билан сканирланганда изотопнинг лимфа тугунларида тўплангани кузатилади. Саркоидоз диагнозини тасдиқлаш учун лимфа тугунларидан, бронхларнинг шиллиқ қаватидан ёки ўпка тўқимасидан биопсия олиб, гистологик текшириш керак. Материал олиш учун медиастиноскопия, бронхоскопия, видеоторакоскопия қўлланилади. Биоптатда янги ёки перифокал экссудатив яллиғланишсиз ва казеоз некрозсиз чандиқланган эпителоид-ҳужайрали гранулёмалар аниқланади. Саркоид гранулёма кечки босқичда гиалинизация ва фиброзланишга ўтади.

Ўпкада кўп сонли майда хавфли ўсмаларнинг метастазлари (карцинаматоз) кўпчилик ҳолларда операция бўлган ёки онкологик касалликлар важидан даволанган беморларда кузатилади. Баъзан, бирламчи ўсмадан олдин ўпкада метастазлар бўлиши мумкин.

Карциноматозда бемор, асосан, қаттиқ қуруқ йўталади, ҳансираш кучайиб боради. Одатда беморнинг аҳволи тобора ёмонлашиб бораверади. Рентгенологик текширувда ўпка майдонининг ҳамма ерида қуюқ майда ўчоқли тарқалиш топилади. Ўчоқларнинг чегараси қўшилиб кетмаган, парчаланишларсиз аниқ ва тўғри бўлади. Карциномотоз, силдан бир оз йирикроқ ва мономорф ўчоқлари билан фарқ қилади. Карциноматозга гумон қилинганда ошқозонни, сут безларини, буйракларни, йўғон ичакни, қалқонсимон безни, простата безини, ошқозон ости безини жинсий аъзоларнинг бирламчи ўсмасини аниқлаш зарур. Диагнозни тасдиқлаш зарур бўлганда, очиқ усулда мини-торакотомия йўли билан биоптат олиш мақсадга мувофиқ.

Икки томонлама носпецифик ўчоқли зотилжам тарқоқ силдан нафас аъзоларининг яққол зарарланиши билан фарқ қилади. Йўталиш, шиллиқ-йирингли балғам ташлаш, кўп сонли қуруқ ва нам хириллашлар, плеврада ишқаланиш шовқини аниқланади. Рентгенограммада кўринадиган ўпкадаги ўчоқли сояларнинг ҳажми одатда анча майда, ўпка илдизининг сояси катталашган бўлиши мумкин. Балғамни бактериологик текширувда носпецифик микрофлора аниқланади. Беморни бактерияларга қарши давола-ганда аҳволи тезда яхшиланади ва рентгенологик текширувда ижобий ўзгаришлар кўринади.

Силикоз кўпроқ кониозлар – ўпканинг чангли касалликларига киради. Тарқоқ сил билан солиштирилганда касбга алоқадор анамнезнинг ўрни муҳим. Тарқоқ силдан силикознинг фарқи шундаки, силикоз учун касалликнинг узоққа чўзилиши, бронхит ва эмфиземадаги клиник белгилари билан кечиши хос. Ўпкадаги кенг тарқалган ўзгаришлар туфайли беморнинг аҳволини тўлиқ қониқарли, деб ҳисоблашга аҳамият бериш лозим. Ўпкадаги

ўчоқли соялар аниқ чегараланган, яхши кўринадиган, қўпол фиброз ўзгаришлар билан намоён бўлади. Силикозда балғамда СМБ аниқланса, бу аралаш касаллик белгиси ҳисобланади.

Идиопатик фиброзланувчи алвеолит вирусли этиологиялигига тахмин қилинади. Касалликнинг асосида макрофагларни яллиғ-лайдиган алвеолалараро тўсиқнинг қалинлашиши ётади. Макро-фаглар секин-аста фибробластларга айланади ва тарқалган интерстициал пневмофиброз ривожланади. Клиник кўринишига ўсиб борувчи нафас етишмовчилиги билан инспиратор хансираш, гипоксемия, йўтал, ўнг қоринча етишмовчилиги хос. Рентгенограммада дастлаб кўп сонли ўчоқлар, ўпканинг ўрта ва пастки бўлимларида фокуслар аниқланиши мумкин, кейинчалик буллёз ва кистоз ўзгаришлар туфайли, “тўрсимон ўпка” сурати шаклланади. Компютер томограммада фаол алвеолит майдонлари “хира ойна” га ўхшаб қолади. Диагнозни тасдиқлаш учун ўпкадан гистологик текширишга биоптат олишга тўғри келади. Биоптатни, иложи борича, ўнг ўпканинг ўрта бўлагидан ва чап ўпканинг тилча сегментидан олишга ҳаракат қилиш керак, аммо кўпинча жараён бошқа жойда бўлгани учун олинган биоптат таркибида фиброз ўзгарган алвеолит бўлмаслиги ҳам мумкин.

Ўпканинг *Х гистиоцитозли* зарарланиши кўпинча болаларда, ўсмирларда, ёшларда кузатилади. Патологиянинг морфологик асоси гистоцитлар, эозинофиллар, плазматик ҳужайралар ҳамда диффуз интерстициал гистиоцитар яллиғланган гранулёмалардан иборат. Ўпкани рентгенда кўрганда майда ўчоқли тарқалиш ва кўп сонли бронхларга боғланмаган диаметри ўртача 1 см.ли ҳаволи кисталар аниқланади. Баъзи беморларда Х гистиоцитозга хос триада: қандсиз диабет, экзофталм, емирилган остеолиз топилади. Кўпинча бир томонлама ёки икки томонлама пневмоторакс ҳам пайдо бўлади.

Экзоген аллергик алвеолит патогенетик жиҳатдан ўпка тўқимасининг ҳар хил аллергенларга нисбатан жавоб реакциясига боғлиқ. Рентгенологик кўринишда майда тарқоқ ўчоқлар хос. Аммо, йирик ўчоқли тарқоқ силга ўхшаб йирикроқ ўчоқлар шаклланиши ҳам мумкин. Бироқ, кейинчалик рентгенологик ўзгаришлар тарқалаган жараённинг кечки босқичига хос бўлади, ўпкада ўчоқлар йўқлиги билан силдан фарқ қиладиган диффуз фиброз манзара устунлик қилади. Диагнозни тасдиқлаш учун ўпкадан биоптат олиш шарт. Биоптатни гистологик текширишда алвеола-лараро тўсиқда яллиғланиш ва шиш, лимфоцитлар, плазматик ҳужайралар, гистоцитлар ва эозинофиллар топилади. Кечки босқичда биопсия маълумот бермайди – биопсияда фақат ўпкада диффуз фиброз аниқланади, холос.

Ўпка гемосидерози кўп сонли такрор қон қуйилишлар ва гемосидериннинг диффуз чўкиши натижасида пайдо бўлади. Касалликнинг клиник манзараси орасида қон туфлаш аниқланади. Ўпканинг тарқоқ силидан фарқ қилиб, ўпка гемосидерозида перкутор товуш бўғиқ бўлади, замирида бирмунча ҳар хил калибрдаги қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Рентгенологик кўринишнинг ўзига хослиги шундаки, ўпканинг ўрта ва

пастки бўлимларида зарарланиш устун бўлади ва баъзан, ўпка илдизининг лимфа тугунлари ҳам зарарланади. Гемосидероз ташхиси бронхдан олинган материалларда гемосидерофаглар мавжудлиги билан тасдиқланади.

Ўпканинг димланиши юрак хасталигида, кўпинча митрал клапан стенозида ривожланадиган рентгенологик икки томонлама ўчоқларнинг тарқалиши билан намоён бўлади. Бемор доимо ҳансираб туради, лаблари кўкаради, баъзида қон туфлайди. Аускултацияда кўпинча иккала ўпканинг пастки бўлимида озроқ миқдорда нам хириллашлар эшитилади. Рентгенологик текши-рувда ўпка илдизи атрофида ва базал бўлимида кўплаб ўчоқли соялар, ўпка илдизи кенгайганлиги кўринади. Баъзан плевра бўшлиғида транссудат бўлади.

Тизимли касалликларни бириктирувчи тўқима ва томирларни зарарлаш билан кечадиган ўпкадаги ўзгаришлар оқибати клиник ва рентгенологик тарқоқ силга ўхшаш бўлади. Бундай ўзгаришлар ревматоид артритларда, тизимли қизил бўрича, тугунчали периартерит, Вегнер гранулёматозида кузатилади. Бу касаллик-ларда туберкулин синамаси манфий, ўпкада каттагина емирилиш бўлса ҳам балғамда СМБ топилмаслигига аҳамият бериш лозим. Экссудатив плеврит тизимли қизил бўричада ва тугунчали периартеритда икки томонлама, силда эса бир томонлама бўлади. Диагнозни тасдиқлаш зарур бўлса, ўпка тўқимасидан биоптат олиш тавсия этилади.

Ўчоқли силнинг дифференциал диагностикаси

Ўпканинг ўчоқли сили одатда назорат қилиб туриладиган флюоро- ёки рентгенографияда аниқланади. Рентгенологик суратни баҳолашда кам белгилар билан клиник кечишини, зарарланишнинг ўпканинг юқори бўлагида жойлашиши, энди пайдо бўлган ва зич (эски) ўчоқлар, ўпка тўқимасидаги фиброзларни ҳисобга олиш керак. Бу белгилар ўзига хос бўлади, бироқ, ўчоқли сил учун патогномоник белги бўлмайди. Ўчоқли силни периферик хавфли ўсма ёки хавфсиз ўсма, носпецифик ўчоқли зотилжам, замбуруғли зарар-ланишлар билан таққослаш зарур.

Ўчоқли силнинг рентгенологик сурати ўпканинг хавфли ўсмаси ёки кўпинча, хавфсиз ўсмаларга ўхшаши мумкин. Майда бронхлар ва бронхалвеолаларда хавфли ўсма дастлабки босқичда ўпканинг барча қисмида, чўққисида ҳам ўчоқли соялар пайдо қилиши мумкин. Дифференциал диагнозда эпидемиологик ҳолатни ва кўпинча катта ёшдаги кашанда эркакларда бу хавфли ўсманинг пайдо бўлишини ҳисобга олиш керак. КТ суратини бекаму-кўст таҳлил қилинади ва бронхиал материалдан бактериологик ва цитологик текширишлар билан СМБ ёки ўсма ҳужайрасини аниқлашга уриниб кўрилади. Бу уринишдаги мувоффақият-сизликларда клиник амалиётда баъзан Кох синамаси, ПЗР қўлланилади. +ийин ва шубҳали ҳолатларда силга қарши препаратларни КТ назоратида 2 – 2,5 ойга синаб кўриш учун буюриш кенг тарқалган. Ижобий ўзгариш силдан далолат, ўзгариш бўлмаслиги ёки ўчоқлар ҳажмининг катталашиши ўсмадан гувоҳлик

беради. Беморга шунга ўхшаш усулларни ва синов даво муддатини ҳамда назоратни ўтказиб юбормаслигини тушунтириш зарур.

Носпецифик ўчоқли зотилжам кўпроқ шиддат билан бошланиши ва яққол клиник манзараси билан фарқ қилади. Ўчоқли зотилжам бор беморларда кўпинча тана ҳарорати юқори бўлади, йўталиб, балғам ташлайди, ўпкада нам хириллашлар эшитилади. Зотилжам ўчоқлари кўпинча ўпканинг пастки бўлакларида жойлашади, рентгенограммада сил ўчоқларидан фарқ қилиб, унча тўқ бўлмаган соялар кўринади. Кенг таъсир доирасига эга антибактериал препаратлар билан даволаганда 2 – 3 ҳафатадан кейин зотилжам ўчоқлари йўқолиб кетади.

Ўчоқли сил ва замбуруғ касалликларига балғамни ёки бронхиал материални замбуруғга текшириш ҳамда трансторакал игнали биопсияда ўпканинг зичлашган майдонидан олинган биоптатни текшириш асосида қиёсий диагноз амалга оширилади.

Яллиғланган силнинг дифференциал диагностикаси

Яллиғланган силни бир қатор касалликлар: носпецифик зотилжам, ўпканинг периферик раки, эозинофил яллиғланишлар, пневмокониозлар, ўпка инфаркти ёки зотилжам билан асорат-ланган ателектаздан қиёсий фарқлаш керак.

+иёсий диагностикасида яллиғланган ўпка силига хос бир талай умумий белгиларни ҳисобга олиш керак. У илгари сил микобактериялари билан зарарланган, кўпинча оҳакланган ўчоқ-лар, петрификатлар, фиброз каби силнинг қолдиқли ўзгаришлари мавжуд одамларда ривожланади. Рентгенологик тасвирда силнинг яллиғланган сояси бир турли бўлмайди, атрофидаги ўпка тўқимасида лимфа ва бронхдан тарқалган ўчоқларни, аксарият периваскуляр ва перибронхиал яллиғланиш ҳамда фиброз ўзгаришлар туфайли ўпка илдизига «йўлча» тортилганлигини кўриш мумкин. Силнинг яллиғланиши бактериал ва вирус этиологияли зотилжамга қараганда сустроқ, лекин ўсма ва замбуруғ туфайли ривожланган зотилжамга нисбатан тезроқ авж олиш хусусиятига эга. Яллиғланган ўпка сили диагнозини тасдиқлашда бактериологик текширувнинг аҳамияти катта.

Носпецифик зотилжамнинг бошланиши яллиғланган силдан фарқли ўлароқ, шиддатли бўлади, тана ҳароратининг тезда 39-40^{0}С гача ошиши, бош оғриши, титраб-қақшаш, адинамия, кўкрак қафаси ва бўғимларда оғриқ каби белгилар билан кузатилади. Кўпинча юқори нафас йўллари зарарланади. Беморлар йўталиб, қуруқ ёки шилиқли балғам ташлашдан шикоят қиладилар. Ўпкада қуруқ ва нам хириллашларни эшитиш мумкин. Гемограммадаги ўзгаришлар силдагига қараганда аниқроқ бўлади. Балғам ёки бронх ювиндиси текширилганда носпецифик зотилжамли беморларда бактериал микрофлора аниқланади. Рентгенологик текширувда кўпинча ўпканинг пастки бўлимларида силга қараганда турли шакл чегараси ноаниқ яллиғланиш сояси кўринади. Ўпка сурати қуюқ ва шакли ўзгарган бўлади.

Шундай қилиб, яллиғланган сил ва носпецифик зотилжамни касалликнинг илк даврида қиёсий диагностикаси касаллик анамнези ва клиник намоёнлигига асосланган. Рентгенологик маълумотлар таҳлили кўпинча етарли бўлмайди. Муҳими, зотилжам билан хасталанган беморларни таъсир доираси кенг антибиотиклар билан даволаш умумий аҳволни тез орада яхшилаш билан бир қаторда, ижобий рентгенологик ўзгаришларга олиб келади. Кейинчалик диагностик аҳамиятга эга бўлган икки омил муҳим ўрин тутади. Улардан бири – балғамни бактериологик текшириш натижаси. Иккинчи омил – таъсир доираси кенг препаратлар билан ўтказилган антибактериал даволаш самара бериши ҳамда барча ижобий клиник-рентгенологик манзара ривожланиши.

Яллиғланган сил ва *периферик ўсмани* дифференциал диаг-ностикасида кашандаликнинг давомийлигини, зарарли одатлар, тез-тез қайталайдиган бронхит ва зотилжамлар, илгари сил билан оғриб ўтганлик ва қолдиқ ўзгаришларга аҳамият бериш керак. Периферик ўсма, узоқ вақт клиник белгиларсиз кечиши мумкин.

Айрим ҳолларда флюорографик ёки бошқа рентгенологик текширув пайтида диаметри 5-7 см ва бундан катта юмалоқ периферик ўсмалар тўсатдан аниқланади. Бундай ҳолларда илгари рентгенологик текширувлар ўтказилганлиги ва аввалги тасвирлар суриштирилади. Эски ва янги рентгенограммаларни таққослаш жараённинг динамикада ўзгариши ҳақида маълумот беради.

Тугунли ўсма периферик ўсманинг кўп учрайдиган тури ҳисобланади**.** Рентгентомограммада ташқи чегаралари текис ёки ғадир-будур, қуюқроқ, нисбатан бир турли соя кўринишида бўлади. Ўсмадан плевра қатлами ва ўпка тўқимаси томон йўл тортилгани кўринади. Периферик ўсманинг клиник белгилари, яъни ўсма парчаланиши бошланиб, йирик бронхларни сиқиши ҳамда кўкрак қафасини эзиши метастаз бергандан кейингина юзага чиқади. Бунда периферик ўсманинг рентгенологик манза-раси марказий ўсманикига ўхшаб кетади. Жумладан, гиповен-тиляция белгилари намоён бўлади.

Ўсма тугунининг парчаланиши натижасида ички юзаси ғадир-будир ва нотекис бўлган девори қалин парчаланиш бўшлиғи пайдо бўлади. Ўсманинг *кавакли тури* шаклланади. Ўсмадаги парчаланиш бўшлиғи ҳар хил катталикда ва шаклда бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда бўшлиқ эксцентрик жойлашади.

Ўпка чўққисида жойлашган ўсма тезда плевра қатламига, қовурғаларнинг орқа қисмларига, умурткаларга, елканинг нерв чигалига, симпатик ўзанга ўсиб киради. Бунда клиник *Пенкост триадаси*: елкада кучли оғриқ, қўл мушаклари атрофияси, Горнер синдроми кузатилади.

Камдан-кам ҳолларда ўсманинг кавакли шакли аввалдан мавжуд бўлган бўшлиқ – киста, абсцесс, сил каваги деворида хавфли ўсмалар ўсиши натижаси, деб ҳисобланади. Яллиғланган силда силга қарши давонинг самараси кўринса, ўпка ўсмасида ўзгаришлар орта боради. Бироқ, ўсманинг носпецифик зотилжам билан асоратланишида антибактериал даво субъектив

ва объектив ўзгаришларнинг вақтинчалик яхшиланишига ва натижада диагноз қўйишда хатоликларга сабаб бўлиши мумкин.

Ўпканинг яллиғланган сили ва периферик ўсманинг диф-ференциал диагностикасида кўп ҳолларда балғам ёки бронх ажралмасини бактериологик ва цитологик текшириш муҳим ўрин тутади. Сил беморда СМБларини, ўпканинг кавакли ўсмасида эса, хавфли ўсма ҳужайраларни аниқлаш мумкин. Бемор балғам ташламаса ёки текшириш натижаси манфий бўлганда транс-бронхиал ёки трансторакал игнали биопсия ўтказилади ва кейинчалик биоптатни морфологик текширилади.

Эозинофилли зотилжам турли аллергенлар таъсирида ривожланади ва ўткир, бир оз енгил кечиши ёки ҳеч қандай клиник белгиларсиз рентгенологик текшириш вақтида тасодифан аниқланиши мумкин. Касаллик кўпинча қуруқ йўталиб, озроқ балғам ташлаш билан бошланади. Заҳарланиш белгилари унча билмайди. Ўпкалар аускултациясида бироз қуруқ ёки майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Гемограммада эозинофиллар 30-90% га ошган бўлади. Рентгенограммада эозинофилли яллиғланиш ўпканинг турли соҳаларида жойлашиши мумкин. У унча қуюқ бўлмаган, чегаралари ноаниқ, кўпроқ нотўғри шаклли фокус соя кўринишида бўлади. Атрофдаги ўпка тўқимаси ўзгармайди. Эозинофилли зотилжамга тегишли аллерген билан қўйилган тери синамасининг мусбатлиги ва ҳатто даволанмаган тақдирда ҳам касалликнинг клиник-рентгенологик белгиларининг бир неча кун ичида қайтиши хос.

Ўпка актиномикози ҳам яллиғланган сил билан диффе-ренциал диагностика ўтказилиши керак бўлган касалликларга киради. Бирламчи ва иккиламчи ўпка актиномикози фарқланади. Ўпканинг бирламчи актиномикозида актиномицеталар бронх йўллари ва ўпкага аэроген йўл орқали тушади. Иккиламчи актиномикозга ўпканинг лимфоген ва гемотоген зарарланиши ҳамда сурункали йирингли жараённинг ривожланиши хос. Актиномикозли беморларга кўкракдаги кучли оғриқлар азоб беради. Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенологик текширувида ўпкада ноаниқ чегарали фокус соялар топилади. Кейинчалик фокус сояларнинг чегаралари аниқроқ бўлиб, атрофидаги ўпка тўқимасида фиброзли ўзгаришлар кучайиб боради, кисталар пайдо бўлади. Касаллик авж олганда ва ўпкада яллиғланиш зўрайиб борганда емирилиш соҳалари пайдо бўлиб, фибриноз ёки экссудатив плеврит ривожланади. Жараён кўкрак қафаси деворига ўтганда зич яллиғланишлар ва йиринг ажралиши билан кузатиладиган кўпгина торакал оқма яралар ҳосил бўлади. Диагноз балғамда ёки оқма ярадан ажралаётган йирингда актиномицетларнинг топилиши билан тасдиқланади. Агар актиномицетлар балғамда ёки оқма йирингда топилмаса, СМБларининг балғамда йўқлиги, бронхоген ўчоқларнинг бўлмаслиги ва силга қарши олиб борилаётган даволаш чораларига касалликнинг авж олиб кетиши актиномикознинг яллиғланган силдан асосий фарқи ҳисобланади.

Зотилжам билан асоратланган *ўпка инфаркти ва ателек-тази*ни айрим ҳолларда яллиғланган сил билан таққослашга тўғри келади. Ателектазга

бронх йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши сабаб бўлади, бунинг натижасида маълум бронх билан вентиляцияланувчи сегментлар ёки ўпка бўлагининг ҳаво ўтмай қолиши натижасида ҳажми кичраяди. Бронх обтурацияси ёки уни ташқаридан эзилиши ателектазга сабаб бўлади. Сил касаллигида ўпка вентиляциясининг бузилиши ва ателактазнинг ривожланиши кўпинча асоратлар билан кечадиган бронхоаденитда кузатилади. Камдан-кам ателектаз сил бронхитида ёки силдан кейинги чандиқли бронхостенозда пайдо бўлади. Сегментар ёки субсегментар ателектаз нафас фаолиятини бузмайди. Бўлак ва айниқса бутун ўпка ателектази секин-аста ёки бирдан кузатилувчи ҳансираш, цианоз, юрак фаолиятининг бузилиши билан намоён бўлади. Рентгенограммада ателектазда ўпканинг тегишли қисми ҳажмининг кичрайгани ва бир текис қуюқ сояланганги аниқланади. Меъёрида вентиляцияланадиган ўпка соҳалари, қарама-қарши ўпка ва кўкс аъзолари ҳавосиз ўпка бўлаги томон силжиши мумкин ва доим ателектазга учраган ўпка томон силжийди. Рентгенограммада ателектаз соҳаси сояси бир турли, аниқ чегарали бўлиб, шу белгиси билан уни ногомоген сил яллиғланишидан фарқланади. Ателектазга бронхоскопия ўтказил-гандан сўнг аниқ диагноз қўйилади. Бунда бронх обтурацияси сабаби аниқланиб, даво чоралари ўтказиш имкони ҳам туғилади.

Зотилжам асорат берган ўпка инфарктига учраган беморлар анамнезида флебит ҳамда тос ва оёқ томирлари тромбози, миокард инфаркти, юрак-томир етишмовчилиги инобатга олинади. Инфаркт ўпканинг ҳар қандай соҳасида жойлашиши мумкин, лекин кўпинча ўнг ўпканинг пастки бўлагида жойлашади. У шиддат билан бошланиб, кўкрак қафасида оғриқ, йўталиб балғам ташлаш, ҳансираш, қон туфлаш, тана ҳароратининг ошиши билан намоён бўлади. Атрофдаги ўпка тўқимасида яллиғланган силга хос бронхоген тарқалиш ўчоқлари бўлмайди. Жароҳат соҳаси синчиклаб текширилганда окклюзияга учраган ўпка артерияси тармоғи ва томир суратининг сусайиши аниқланиши мумкин. Зотилжам билан асоратланган ўпка инфарктида ўпканинг зарарланган соҳасида йирингли жараён ривожланиши мумкин.

Туберкуломанинг дифференциал диагностикаси

Туберкуломани таққослама диагностикаси айрим ҳолларда бир оз қийинчиликлар туғдиради. Туберкулома диагностикасида бемор анамнези, сил беморлар билан мулоқотда бўлганлиги, ўпкаларда эски ўчоқлар аниқланиши, туберкулин синамаси мусбатлилиги катта аҳамитяга эга. Баъзи беморларда бронхологик текширувларда эндобронхит специфик ёки чандиқли табиатда бўлиши, бронхологик усулда олинган материалда сил мико-бактериялари ва казеоз некроз аниқланиши мумкин. Туберкуломанинг клиник белгилари кучсиз намоён бўлса, рентгенологик тасвири қуйидаги касалликлар билан умумий ўхшашликларга эга бўлиши мумкин: ўпканинг

периферик раки, хавфсиз ўсма, хавфли ўсманинг метастази, тўлиб қолган киста, пневмомикоз, бронхлар ёки ўпка қон томирлари нуқсонлари.

Ўпка касалликларидан бошқаларга қараганда рентгено-грамммада юмалоқ соя кўринишида кўпроқ учрайдиган касаллик – *периферик ракдир.* Туберкулема ва ракни дифференциал диагнос-тикасида рак билан хасталанган беморларнинг катта ёшдалиги ва сурункали чекиши, туберкулемада авваллари ўпка сили, плеврит ўтказганлиги ёки сил бемор билан мулоқотда бўлганлиги каби маълумотларни инобатга олиш керак. Туберкулинга сезувчанлик ракда кучсиз мусбат ёки манфий, туберкулемада эса, кўпинча гиперергик бўлади.

Рентгенологик, хусусан КТ текшируви дифференциал диагностикада катта аҳамият касб этади. Туберкулома контурлари одатда анча аниқ, атрофдаги ўпка тўқимасида одатда фиброзли ва ўчоқли ўзгаришлар мавжуд бўлиб, перифокал яллиғланиш факат жараён авжланганда пайдо бўлади. Туберкулома бўлакларарo ёриғга яқин жойлашган ҳолларда бўлакларарo плеврага «ўсиб кирмайди». Ўсма тугунлари контурлари туберкулемага қараганда камроқ аниқликда, ташқи контури кўпинча ғадир-будир, атрофида тортишмалари билан кўринади. Ўсмага томир-бронх тутами кириш жойида айрим ҳолларда ўзига хос чуқурлик – ўйма бор. Туберкуломадан фарқли ўлароқ рак сояси одатда гомогенлироқ, таркибида оҳак аралашмалари йўқ. Туберкуломада парчаланиш бўшлиғи кўпинча сояланишнинг периферик соҳаларида аниқланади ва ўроқсимон шаклга эга бўлади. Аста-секин парчаланиш соҳаси кенгайиши ва туберкуломанинг марказий қисмларини эгаллаши мумкин. Казеоз массанинг тўлиқ ажралиб чиқиши натижасида туберкулема ўрнида юпқа деворли бўшлиқ аниқланади. Рак тугунида бир ёки бир нечта қалин деворли парчаланиш бўшлиқларини аниқлаш мумкин.

Туберкуломада лимфа тугунлари ўлчами меъёрида, уларда кальцинатлар бўлиши мумкин. Рак метастазига кўкрак ичи лимфа тугунлари, айрим ҳолларда периферик лимфа тугунларининг катталашиши хос.

Баъзида балғамни СМБларига бир неча бор бактериологик текшириш ва ўсма ҳужайраларига цитологик текширишда зарур маълумотларни олиш мумкин. Балғам текширишнинг инфор-мативлиги, унинг карралилиги ошганда кўпаяди. Бироқ шуни инобатга олиш керакки, бир маротаба СМБсининг аниқланиши ҳар доим ҳам сил ҳақида маълумот беравермайди, чунки СМБлари парчаланаётган рак ўсмасидаги эски сил ўчоғидан ажралиши мумкин.

Клиник, рентгенологик ва лаборатор маълумотлар кўпчилик ҳолларда туберкулемани периферик ракдан фарқлай олиш имконини бермайди. Юмалоқ соялар кўпроқ ўпканинг периферик соҳасида жойлашган бўлади. Юмалоқ соялар диагностикасида эндобронхиал катетеризация ёки субплеврал жойлашган ҳосила-ларнинг трансторакал пункцияси ҳал қилувчи вазифани бажаради. Агарда биопсияда олинган материални цитологик ва гистологик текшириб, аниқ жавоб олишнинг иложи бўлмаса, одатда, очиқ биопсия усулига мурожаат қилинади ва ўпканинг жароҳатланган қисмини

олиб ташлашга тўғри келади. Катта бўлмаган патологик фокусли айрим беморларда ўпкадаги сояни динамикада 2-3 ой мобайнида КТ назорати остида кузатиш мумкин. Бироқ бундай тактика қонун эмас, истисно тарзида қабул қилиниши керак.

Туберкулома ва ракнинг ўпкага ягона метастазини дифференциал қиёслаш учун касалликларнинг анамнези ва бирор-бир ўсма туфайли олиб борилган даво ҳақидаги маълу-мотлардан бошланади. Бошқа аъзодаги бирламчи ўсмани аниқлаш мақсадида беморни тўлиқ текшириш зарур.

Туберкуломадан фарқли ўлароқ метастаз натижасидаги ўсма ўзгармаган ўпка тўқимасида жойлашади ва рентгенологик текширувда текис контурли бир жинсли соя бўлиб кўринади. Ўпка илдизи томон «йўлча» йўқ ва одатда парчаланиш бўшлиғи бўлмайди.

Кўпгина метастазларда туберкулома билан дифференциал дигностика одатда унча қийинчилик туғдирмайди. Кўпгина метастазлар ҳам кам ўзгарган ўпка тўқимасида жойлашади, ўз ўрнида кўпинча туберкулемалар – полиморф сил ўчоқлари ва фиброзли ўзгаришлар фонида жойлашади.

Туберкулома ва хавфсиз ўсмаларни (гамартохондрома, фиброма ва ҳ.к.) дифференциал диагностикасининг зарурияти чегаралганган сил фокуси ва ўсма ҳосиласининг клиник ва рентгенологик белгиларининг кўп ўхшашлиги билан асосланади. Буларга клиник белгиларсиз кечиши, аниқ контурлар киради. Гамартохондромаларда туберкулемалардаги кальций тузларига ўхшаш тоғай киритмаларининг ҳосилалари бўлади. Ўсма ҳажми анча катта бўлганда атрофдаги ўпка тўқимасида ўпка суратининг деформацияси ва фиброзли ўзгаришлар аниқланади. Хавфсиз ўсмалар жуда секинлик билан катталашади. Улар атрофдаги тўқима ва аъзоларга ўсиб кирмайди. Туберкулемадан фарқли ўлароқ уларда айниқса чекка томон жойлашган парчаланиш бўшлиқлари деярли бўлмайди.

Ўпканинг тўлиб қолган бронхоген кистаси белгиларсиз, тана ҳарорати ва гемограмма меъёрида бўлган ҳолда кечади. Интоксикация белгилари фақатгина киста йиринглаганда пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда кисталар навбатдаги флюорография текшируви вақтида аниқланади. Рентгенограммада тўлиб қолган киста юмалоқ, бир жинсли, аниқ контурли ҳосила кўринишида бўлади. Юпқа деворли катта ҳажмли кисталарда ўзига хос симптом– нафас олиш ва чиқаришда киста шаклининг ўзгариши аниқланади.

Бронх ретенцион кистаси бронх йўлининг тош (бронхолит) билан ёпилиб қолиши ёки бронхнинг чандиқли стенози натижасида пайдо бўлади. Кистанинг таркиби бронх шиллиғи ҳисобланади. Рентгенологик тасвирда киста бронх дарахти тегишли соҳасининг ўзига хос кенгайган шаклида намоён бўлади. Киста соясида одатда бир текис, парчаланиш белгилари бўлмайди. Бироқ айрим ҳолларда оҳакланиш соҳалари кўриниб ретенцион кистани кўриниши туберкулемага ўхшаб кетади. Ретенцион кистанинг клиник кечиши асосан белгиларсиз бўлади, аммо гоҳида киста атрофида яллиғланиш реакцияси пайдо бўлиши мумкин.

Эхинококкок кистаси рентгенологик тасвирда юмалоқ соя шаклида кўриниб, атрофдаги ўпка тўқимасида ўзгаришлар ва ўпка илдизи томон «йўлча» бўлмайди. Киста ўпканинг периферик қисмларида жойлашган ҳолларда унинг суюқ сақламаси ултратовуш билан текшириш орқали аниқланади. КТ ёрдамида ўпкадаги патологик фокус зичлигининг турлилигига қараб, кистани туберкулемадан фарқласа бўлади. Ўпка эхинококкозида кисталар кўп ҳолларда жигарда ҳам аниқланади.

Ўпка туберкуломасини айрим ҳолларда ўпка томирларининг ривожланиш нуқсони - *ўпка ичи артериовеноз аневризмаси* билан таққослашга тўғри келади, бунда қон ўпка артерияси тармоқларидан вена томирларига ҳайдалади. Оддий рентге-нограмма кўпинча ўпкадаги юмалоқ ҳосиланинг қон томир табиатли эканлигини аниқлаш имконини бермайди, чунки анев-ризмага қўшилувчи ўпка артерияси тармоқлари ва йирикроқ вена рентгенограммада ҳар доим ҳам кўринмайди. Ўпка ичи анев-ризмасига хос типик манзарани КТ ва ангиопулмонограммалар аниқлаш имконини беради.

Туберкуломани *аспергилома* билан дифференциал диагноз-лашга сабаб уларнинг рентгенологик тасвирининг ўхшашлигидир. Аспергилома – висцерал микознинг бир туридир, айрим ҳолларда сил кимёвий давонинг асорати бўлади ва тозаланган кавак, бронхоэктаз ёки плеврал бўшлиқда Aspergilus fumigatus ёки Aspergilus niger замбуруғларидан ҳажмий ҳосиланинг шаклланиши билан намоён бўлади.

Рентгенологик аспергиломанинг муҳим белгиси соянинг чекка қисмида чизиқ кўринишидаги ҳавонинг мавжудлиги ва унинг катта юза бўйлаб шар шаклидаги замбуруғ популяциясига тегиб туришидир. Аспергиломанинг кўп учрайдиган клиник белгиси қон туфлаш ҳисобланади. Аспергилома диагнози балғамда замбуруғ мицелийсининг аниқланиши билан тасдиқланади.

Ўпка кавакли силининг дифференциал диагностикаси

Касаллик тарихини синчиклаб ўрганиб, беморни ҳар томонлама текширилса, кавакли ўпка силини қийинчиликсиз аниқлаш мумкин. Аммо шундай касалликлар борки, улар рентгенологик халқасимон соя пайдо бўлиши билан ўпка кавакли силига ўхшаб кетади. Булар ўпка абсцесси, ўпкадаги ўсманинг кавакли кўриниши, ўпка кистаси, ўпка эхинококки.

Ўпка абсцессида касаллик анамнези катта аҳамиятга эга. У зотилжам, кўкрак қафаси жароҳатидан кейин, қовурға, умуртқа поғонаси остеомиелити бўлганда ривожланади.

Ўпка абсцесси ўткир бошланиб, тана ҳарорати юқори даражада бўлади. Бемор кўп терлайди, кўп миқдорда қўланса хидли балғам ташлайди, балғам уч қаватли бўлади. Балғам текширилганда эластик толалар, холестерин, ёғ кристаллар аниқланади. СМБ топилмайди. Рентгенологик ўпканинг пастки ёки ўрта қисмида жойлашувчи деворлари қалин, ташқи чегаралари ноаниқ, ички чегараси нотекис, кавак ичида суюқлик сатҳи

бўлган халқасимон соя аниқланади. Кавак атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар бўлмайди.

Ўпканинг ўсма касаллиги кейинги даврларда ўсма касалининг сўнги белгилари, яъни жуда озиб кетиш, бемор аҳволининг танглиги, кўкракда оғриқнинг кучайиб бориши, қон туфлаш кузатилиши билан бирга, рентгенологик ўсмада кавак ҳосил бўлгани кузатилади. Балғамда ўсмага хос ҳужайраларнинг аниқ-ланиши, СМБ топилмаслиги диагнозни аниқлашга ёрдам беради. Кавакли силдан кавакли ўсмани фарқ қилувчи рентгенологик белгилари бўлиб, ўсма каваги деворлари қалинлиги, четки чегаралари нотекислиги, ўсманинг лимфа тугунлари орқали тарқалиши белгиси пайдо бўлиши, ўсма кавагидан ўпка илдизига тортилган йўлнинг дағаллиги ва ўпка илдизи атрофидаги лимфа тугунларининг катталашиши ҳисобланади. Бундан ташқари, кавак атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар бўлмайди.

Бронхоскопияда бронх йўлларининг ўсма билан қисман ёки тўлиқ беркилиб қолиши кузатилади. Биопсия усулини қўллаб, биоптатни текшириш диагнозни аниқлаштиради.

Кавакли силни ўпка кистасидан фарқлашда киста каваги бир ёки бир нечта юмалоқ ёки овал кўринишда бўлиб, деворлари нисбатан юпқа, атроф тўқимасида ҳеч қандай ўзгаришлар рўй бермаганлигини, кавак деворларининг ички ва ташқи юзаси текис, жуда аниқ кўринишини инобатга олиш керак.

Ўпканинг кавакли силдан фарқли ўлароқ, ўпка илдизи томон йўлакча аниқланмайди. Рентгенскопияда нафас олиш ва чиқаришда киста ўз шаклини ўзгартиради, бу пайтда кўкс оралиғи аъзолари соғ ўпка томонга силжиб, нафас чиқарилганда дастлабки ўринини эгаллайди. Бу белги асосан ҳажми катта кисталарда учрайди.

Киста инфекция билан асоратланганда киста деворлари дағаллашиб, атрофида бириктирувчи тўқимали фиброзли ўзгаришлар ривожланади, шакли ўзгариб, ўпка илдизига йўналган йўлча пайдо бўлади. Бундай вақтда беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, балғам ташлаши, баъзида қон туфлаши мумкин. Шунда балғамни сил микобактериялари текшириш, жараён атрофида силга хос ўчоқлар бўлиш-бўлмаслиги, Манту синамасига сезгирлик натижалари диагнозни тасдиқлашга аниқлик киритиши мумкин.

Ўпка эхинококки суюқлиги бронхлар орқали чиқиб кетса ҳам, ўпкада халқасимон кавак ҳосил бўлиши мумкин. Бунда яхши йиғилган анамнез, яъни беморда йўтал пайдо бўлиб, рангсиз тахир суюқлик ажралади. Беморнинг оғзидан 2-3 кунгача тахир маза келиб туради. Баъзида беморлар эхинококк хитин пардаси ажралганини айтишлари мумкин. Рентгенограммада ўпкада юмалоқ ёки овал шаклидаги халқасимон соя кўринади. Эхинококк каваги ичида бўшаб қолган хитин парда силининг қўшимча сояси кўриниши мумкин. Атрофдаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар кўринмайди.

Фиброз-кавакли ўпка силининг дифференциал диагностикаси

Фиброз-кавакли ўпка силида клиниканинг сурункали, тўлқинсимон кечиши, заҳарланишнинг кўчайиб бориши, ўпкада шунга хос аломатлар бўлиши кузатилади. Балғамда СМБ топилиши ва рентгенограммада бир ўпка ёки иккала ўпкада халқасимон, нотўғри шаклли, қалин деворли соялар аниқланиши, атрофидаги ўпка тўқимасида дағал фиброз тутамлар, периваскуляр ва перибронхиал фиброз, полиморф ўчоқлар, кўкс оралиғи аъзоларининг зарарланган томонга силжиши, ўпка ҳажми кичрайиб, илдиз нуқсонланиши ва юқорига тортилиши, диафрагма соясининг нуқсонли бўлиши ва тортилиши фиброз-кавакли сил диагнозини тўла тасдиқлайди. Фибробронхоскопияда специфик эндобронхит белгилари аниқланади.

Фиброз-кавакли ўпка силини аниқлашда сурункали абсцесс, бронхоэктатик касаллик, ўпканинг кавакли хавфли ўсмасидан, пневмомикозлардан фарқлаш лозим.

Фиброз-кавакли ўпка силини ўпка абсцесси билан таққосланганда, ўпка абсцесси клиник белгилари бошланиши анча ўткир кечишини аниқлаш мумкин. Туберкулинга сезгирлик манфий натижа беради. Балғамда СМБ топилмайди. Рентгенологик ўпка абсцесси ўпканинг пастки қисмида жойлашади, атрофдаги ўпка тўқимасида кенг яллиғланиш жараёни яққол кўринади. Кавакнинг ички чегараси нотекис бўлиб, ташқи чегараси аниқ кўринмайди. Кавакда суюқлик сатҳи мавжудлиги, ўпка тўқимасида тарқалган ўчоқлар бўлмаслиги ўпка абсцесси диагнозини тасдиқлайди.

Ўпка бронхоэктазини фиброз-кавакли силдан беморлар анамнезида қайта-қайта зотилжам ва сурункали бронхит бўлганлиги ва ташқи кўриниши билан фарқланади; уларнинг юзи салқиган, лаблари қалин бўлади. Бармоқларининг охирги фалангаси йўғонлашган, тирноқлари соат ойнаси шаклини эслатади. +уруқ қорнинг ғирчиллашини эслатадиган хириллашларни фонен-доскопсиз, масофадан ҳам эшитиш мумкин. Бемор кўп миқдорда қўланса ҳидли йирингли балғам ташлайди. Балғамни текширилганда турли патоген микроблар аниқланади, СМБ топилмайди.

Рентгенологик ўпканинг пастки қисимларида узум шингилини эслатувчи жуда кўп юпқа деворли кавакчалар – хал-тасимон бронхоэктатик бўшлиқлар борлиги аниқланади. Беморга рентген-бронхограмма усулини қўллаб, диагнозни тасдиқлаш мумкин.

Ўпканинг кавакли хавфли ўсмасида ҳам фиброз-кавакли силдаги каби кўп йўталиш, озиш, кўкракда оғриқ сезиш, қон туфлаш каби белгилар кузатилиб, улар кучайгандан-кучайиб боради. +он туфлаш жадаллашади, қайта-қайта қон зардобли плеврит кузатилиб, ўпка илдизида жуда қуюқ соянинг аниқланиши ўпка хавфли ўсмасига кўпроқ хос. Бемор балғамида ўсма ҳужайралари аниқланиши ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ўпка актиномикози кам учрайдиган касаллик бўлсада, фиброз-кавакли ўпка силидан фарқлаш лозим.

Ўпка актиномикозида узоқ вақт тана ҳарорати баланд бўлиши, кўкрак қафаси оғриши, йўталиш, қон туфлаш кузатилади. Рентген текширувида ўпка актиномикози сояси ўпканинг четки, ташқи томонларидан, плевра варақларидан бошланади. Бир-бири билан қўшилиб кетган йирик ўчоқлар, ўпканинг бурушганлиги, плевра варақлари қалинлашгани кузатилади. Баъзан каваклар пайдо бўлиши ҳам мумкин. Бемор балғамини ёки ўпка пункцияси пунктатини текшириб, актиномицетни аниқлаш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Цирротик силнинг дифференциал диагностикаси

Бекаму кўст йиғилган анамнез маълумотлари ўпкадаги цир-ротик ўзгаришларга сил сабаб эканини аниқлашга ёрдам беради. Айрим ҳолларда цирротик сил носпецифик зотилжам билан асоратланади. Бундай ҳолларда, пневмофиброз соҳасидаги казеоз ўчоқнинг қайталаганини аниқлаш керак. Балғамда сил микобактерияларининг топилиши аниқ маълумот беради. Цирротик ўзгарган ўпкада яллиғланиш сабабини фарқлаш учун антибиотикларнинг таъсир доирасини ва силга қарши кимёвий дориларни ҳам қўллаш муҳим аҳамиятга эга.

Икки томонлама цирротик сил рентгенологик жиҳатдан нафас аъзолари III босқичдаги саркоидозга ўхшаш бўлиб, анамнестик маълумотлар билан бирга рентгенограммада патологик жараённинг жойлашган ўрни, туберкулинга сезгирлик хусусиятлари ҳам аҳамиятга эга. Саркоидозда диффуз фиброз ўзгаришлар асосан ўпканинг пастки ва ўрта бўлакларида кузатилади, айрим ҳолларда кўкрак қафаси лимфа тугунлари катталашган бўлади. Туберкулинга сезгирлик кучсиз мусбат ёки манфий бўлади. Бронх шиллиқ қавати ва лимфа тугунлари гистологик текширилганда саркоид гранулемалар топилса, саркоидозлиги аниқ бўлади.

18 БОБ

ЎПКАДАН БОШ+А АЪЗОЛАР СИЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сил менингитини аниқлашда, яъни диагноз қўйишда қуйидагиларни ҳисобга олиш зарур: касаллик секин-аста бошланиб, беморнинг ҳоли

қурийди, руҳи тушади, тана ҳарорати кўтарилиши билан менингиал белгилар пайдо бўлади, шундан кейин бош мия нерви (III, IV, VII жуфт) таначалари зарарланади. Мия суюқлиги таркибида ўзига хос ўзгаришлар: тиниқ, рангсиз, оқсил модданинг ўрта-меъёрида ошиши ва ҳужайралар сонининг бир неча юздан ортиқ бўлиши (асосан лимфоцитлар сифатида), қанд ва хлоридлар миқдорининг камайиши, нозик ўргимчак тўрисимон тўр парда ҳосил бўлиши ва унда оддий бактерископия усулида сил таёқчасини топилиши.

Сил таёқчаларининг тез-тез топилиб туриши текшириш усулларига ва менингиал жараённинг тарқалганлигига боғлиқ. О.Л.Лазарева (2002) маълумотига кўра, мия суюқлигини моллекуляр-генетик усулда текширилганда сил таёқчаси 26,2% аниқланади.

Сил менингити иккиламчи касаллик бўлганидан ҳамма беморларни рентгенологик текшириш зарур, бу асосий бирламчи сил жараёнининг қаерда жойлашганини (ўпка, суяк-бўғимларда, қорин бўшлиғида, сийдик ажратиш-жинсий ва бошқа аъзоларда) аниқлаш имконини беради.

Сил менингитининг дифференциал диагностикаси

Силни замонавий антибактериал даволаш кенг қўлланилиши натижасида сил менингити клиник белгиларининг турли хилда мураккаблашишига олиб келди, бундай ҳол касалликнинг клиник кечишини ўзгартириб, атипик турларнинг кўпроқ учрашига сабаб бўлмоқда.

Шу туфайли, МНТ касалликлари доираси кенгайиб сил менингитини қиёсий диагностика қилиш зарурати туғилди.

Шу пайтгача сил менингити ташхисотида хатоларга йўл қўйилмоқда, айниқса, касалликнинг илк даврида, даволаш кеч бошланиб, келгусида оғир, аслига келмайдиган асоратларга ва кўпинча ўлимга сабаб бўлмоқда. Шуни айтиб ўтиш керакки, ўпка сили бор беморларда антибактериал даволаш жараёнида сил менингитининг дастлабки даври енгил, белгилари унча юзага чиқмаган турлари учраяпти, шунинг учун бундай гуруҳ беморларга алоҳида эътибор бериш зарур, бошнинг доимо бироз оғриб туриши, уйқучанлик ва безовталаниш, бемор хатти-ҳаракатида ўзгаришлар кузатилса, менингитга гумон қилиб, дарҳол ташхис қўйиш учун орқа мияни пункция қилиш керак. Шундай қилиб, амалий жиҳатдан ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш катта аҳамиятга эга.

Сил менингитининг қиёсий диагностикасида этиологик жиҳатдан, бошқа менингитларни (йирингли, сероз, мия ўсмалари, ўткир юқумли касалликлар ва ҳоказо) кўзда тутиш керак.

+уйидагилар йирингли менингитларга киради.

1. Эпидемик цереброспинал – менингококкли менингит – касаллик кўпинча болаларга хос, 80-85% касалланиш кўрсаткичи ёш болаларга тааллуқли бўлади, минингококк микроби бурун-томоқ шилиқ пардаси ва ҳаво найлари (бронхлар), кўпинча қон, баъзи бир ҳолатларда лимфа томирлари орқали киради.

2. Пневмококкли менингит – ҳамма ёшда, кўпроқ болаларда учрайди. Пневмококкларнинг асосий ўчоғи шикастланган ўпка, баъзи ҳолларда эса бошқа аъзолардан (эндокардит, отит, бурун бўшлиғи ортиқларининг шикастланиши) микробларни лимфа қон орқали тарқалиши ҳисобланади.

3. Стафило- ва стрептококкли менингитлар – асосан ёш болаларда учрайди, касаллик ўчоғи ҳамма аъзоларда (ўпка, тери ва ҳоказо) бўлиши мумкин.

Йирингли менингитлар сил менингитидан қуйидаги асосий кўрсаткичлари билан фарқ қилади.

1. Ўткир, баъзи ҳолларда яшиндек ривожланади ва кечади, касаллик бошланишиданоқ тана ҳарорати кўтарилиб кетади. Сил менингити аста-секин бошланади.

2. Жараён бош мия ярим шарларининг юмшоқ пардаларида (қон томир пардасида) жойлашади (конвекситал менингит) одатда 12 жуфт нерв толалари зарарланиши кам кузатилади, учуқ тошади (сил менингитида тошмайди).

3. Орқа мия суюқлиги таркибида ўткир яллиғли ўзгаришлар: хира ёки йирингли ранг, ҳужайралар сони юқори (4-8 минг 1 мл^3) – нейтрофиллардан иборат, суюқликда касалликни келтириб чиқарган микроблар (менинго-, пневмо-, стрепто- ва стафило-кокклар) топилади, ўргимчак тўрисимон парда ҳосил бўлмайди.

4. +онда одатда лейкоцитларнинг сони ва ЭЧТ юқори бўлади.

5. Менингиал белгилар касаллик бошланишиданоқ яққол аниқланади.

6. Отит, зотилжам, эндокардит, чипқон ва хўппоз, бурун бўшлиғи касалликлари бирламчи инфекция ўчоқларига киради ва ҳоказо.

7. Кенг кўламда таъсир қиладиган антибиотикларни қўллашда касаллик белгилари тезда, яъни 10-15 кун ичида қайтади, бемор соғаяди, асоратлар қолмайди.

<u>Сероз (вирусли) менингитлар</u> (ўткир лимфоцитлар, тепки (паротит), полиомиэлит, грипп).

Бу турдаги менингитлар шиддат билан бошланиши, менингиал белгиларнинг бир қатор намоён бўлиши, бош мия тубидан чиқадиган 12 жуфт нерв таначаларининг кам зарарлаши, кўп ҳолларда орқа мия суюқлигида яллиғланишга хос озроқ ўзгаришлар бўлиши ва қанд миқдорининг меъёри, 5-9 кун ичида касаллик белгиларининг қайтиши ва эпидемиологик шароит билан тавсифланади.

Шуни ҳисобга олиш керакки, сероз менингитларда орқа мия суюқлигидаги яллиғли ўзгаришлар тезда қайтиши ва суюқлик тар-кибининг меъёрига келиши билан сил менингитидан фарқ қилади.

Умуман сил менингитининг йирингли ва сероз менингитлардан қиёсий диагностикаси 18.1-жадвалда келтирилди.

Шуни айтиб ўтиш лозимки, сероз (вирусли) менингитларнинг менингоэнцефалит турларида сил менингитидан фарқлаш анча қийин бўлади. Бундай ҳолларда силнинг фаол турлари бор-йўқлигини ҳамда

неврологик манзаранинг тавсифи ва орқа мия суюқлигидаги ўзгаришларни ҳисобга олиш керак.

Ёш болаларда яна бир вирусли касаллик борки, ундаги менингиал белгилар сил менингитидан фарқлашда анча қийинчилик туғдиради, бу полиомиэлит касаллиги. Бу касаллик бундан 100 йил олдин баён этилган бўлиб, Гейне-Медина касаллиги, деб ҳам номланади ва кўпгина тиббий адабиётларда болаларнинг эпидемик спинал (орқа мия) фалажи, деб аталади.

Касалликни келтириб чиқарган вирус – ниҳоятда филтрланувчи бўлиб, невротроп (мия тўқималарида яшайди) хусусиятлари билан кескин ажралиб туради. Вирус бош ва орқа мияда йиғилиб, ҳаракатлантирувчи соҳани, айниқса, орқа миянининг олдинги шохини, бўйин ва бел қисмларини зарарлайди. Вирус инсон танасига меъда-ичак ва бурун-ҳалқум орқали тушади. Полиомиелит асосан 5 ёшгача бўлган болаларни шикастлантиради ва бир умрга иммунитет қолдиради.

Полиомиелит ўзига хос қуйидагича даврий кечади:

а) яширин (инкубацион) давр – бир неча кундан, 2 ҳафтагача давом этади. Марказий нерв тизимини зарарлашидан олдин назофарингит (бурун-томоқ) ёки ошқозон-ичак фаолияти бузи лади, беморнинг ҳоли қурийди, боши оғрийди, лоҳаслик белгилари кузатилади;

б) фалажлик олди (препаралитик) даври умум юқумли касаллик белгилари билан кечади: ҳароратнинг кўтарилиши (4-5 кунга келиб, ҳарорат пасайиб, меъёрига тушади ва 2-3 кун

18.1 – жадвал

Сил менингитининг йирингли ва сероз менингитлардан дифференциал диагностикаси

Ривожланиш белгилари ва кечиши	Сил менингити	Йирингли менингитлар	Ўткир лимфоцитар менингит	Тепки (паротит) менингити
Бошланиши	Секин-аста, камдан-кам ўткир	Ўткир, камдан-кам секин-аста	Ўткир	Ўткир
Олдинги касаллик	Ҳамма турдаги сил (ўпка ва ўпкадан бошқа жойда)	Кўп ҳолларда умумий инфекция белгилари	Баъзан умумий инфекция белгилари	Тепкининг аниқ манзараси ёки пастки жағ бези яллиғланиши (субмаксиллит) белгилари кузатилиши мумкин
Шахс ўзгаришлари	Муқим (дармонсизлик, яккаланишга турланиш, лоқайдлик, таъсир-чанлик ва ҳоказо)	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Иштаҳа	Эрта бошланган иштаҳасизлик	Касаллик жуда авж олган даврда бузилган	Касаллик авжига чиққан даврда бузилган	Касаллик ривожланган даврда бузилган
Ошқозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши	Эрта ич қотиши, баъзида қорин оғриши ёки ич кетиши (ёш болаларда)	Хос эмас	Бўлмайди	+оринда оғриқ
Менингиал белгилар: энса мушакларининг тортишиши ва қотиши Керниг белгиси Бош оғриғи	Кучсиз; секин-аста кучаяди Секин-аста кучаяди, энса мушакларини тор-тишишига нисбатан кес-кин; кучли, ҳуружсимон	Касаллик энди бош-ланган даврда кучли Касалликнинг илк даврида кучли Кучли, ҳуружсиз	Касалликнинг илк даврида кучли Касалликнинг илк даврида кучли Касалликнинг илк даврида кучли	Касалликнинг илк даврида кучли Эрта пайдо бўлади Узоққа чўзилмайди

1	2	3	4	5
Бош мия жуфт нерви таначалари	Секин-аста III, VI, VII, VIII, XII жуфтларини фалажлиги ривожланади	Бош мия шикастланиши жараёнига тортилса	Эрта шикастланади	Менингэнцефалит турида кузатилади
+он томирлар таъсирчанлиги	+изил, ёйилган, турғун кеч пайдо бўладиган дермографизм, Труссо доғи (юз рангини тез-тез ўзгариб туриши)	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Соматик белгилар	Силга хос клиник ва рентгенологик белгилар	Баданга тошмалар тошиши, учуқ, бошқа турларда камдан-кам	Йўқ	+улоқ орқа ва жаг ости безларининг ўсмасимонлиги, мояк яллиғланиши ёки ошқозон ости бези яллиғланиши
Орқа мия суюқлиги: босими, ранги 1 мм^3 ҳужайралар: сони таркиби	Доимо баланд тиниқ, ксантохром ўртача 400-700 эрта даврда лимфо-цитар-нейтрофиллик	Юқорироқ ёки меъёрида лойқа, хира 1000 ва ундан ортиқ нейтрофиллик	Юқорироқ ёки меъёрида тиниқ 200-400 ва ортиқроқ лимфоцитар	Юқорироқ ёки меъёрида тиниқ 400-600 ва ортиқроқ лимфоцитар, озгина нейтрофиллик
Оқсил %	0,2-1,0-1,5	0,3-0,6 ва юқори	0,6-0,9 ва юқори	0,6-09 ва юқори
Оқсиллар реакцияси	(++++) кучли мусбат	Кучли мусбат	Мусбат (++;+++)	Мусбат (++;+++)
+анд миқдори	Доимо паст	Озгина паст	+оидада меъёрида	+оидада меъёрида
КЧБ (ВК) ва бошқа микроблар	КЧБ (ВК)+ 50-70% ҳолатларда	Кокклар (менинго-стафило- стрепто-пневмококклар)	-	-
Кечиши	Секин-аста ривожла-нади, ёш болаларда ўткир тўлқинсимон даволаш самарасиз бўлса, қайталаши мумкин	Ўткир, яшиндек	+айталамайди	+айталамайди

ўтгандан кейин кўтарилиб кетади), бош оғриғи кучаяди ва бемор қуса бошлайди). Керниг ва Ласег белгилари аниқланиб, нерв таначаларини босганда оғрийди, бош терлайди. Менингиал белги-ларнинг юзага чиқиши орқа мия суюқлигидаги таркибий ўзгаришлар билан намоён бўлади: ҳужайралар сони 50-100 мл^3, ўрта миёнали лимфоцитлардан иборат, оқсил миқдори кўпаймайди, қанд миқдори юқори, хлоридлар меъёрида. +ондаги ЭЧТ, лейкоцитлар сони ўртача;

в) фалажлик даври – тезда (касаллик бошлангандан 5-6 кун ўтгач) асосан оёқларда спинал (ланж) фалажлик ривожланади, мушаклар кичраяди, озади;

г) тикланиш даври – ўртача 3-4 ойдан, то 1 йилгача чўзилади, зарарланган нерв элементлари қайтади, оёқлар харакати аслига келади;

д) асоратли даври – оёқ бўғимларидаги ҳаракат бутунлай чекланиб (контрактура) қолади.

Тўғри диагноз қўйишда қуйидаги ёрдамчи белгилар аҳамиятли:

1) сил жараёни йўқлиги;

2) сил менингитига хос бўлмаган, касалликнинг илк давридаги 2 букрилик ҳарорат;

3) тезда, давосиз, менингиал белгилар ўз-ўзидан қайтиб кетади;

4) тезда ривожланадиган суст фалажлик;

5) орқа мия суюқлигидаги юқорида айтилган таркибий ўзгаришлар;

6) йил фасллари – кўпинча касаллик ёз-кузда (июл-октябр) кузатилади.

Оғриқнинг кучайиши ва нерв таначаларини босганда оғриқ бўлиши, ёруғликдан қўрқиш белгилари касалликнинг ўткир даврига хос.

+иёсий диагностикада асосий белгилар 18.2-жадвалда келтирилди.

18.2-жадвал

Сил менингити ва ўткир полиомиелит белгилари

Касалликнинг бошланиш белгилари ва кечиши	Сил менингити	Ўткир полиомиелит
Ривожланиши	Секин-аста, камдан-кам ўткир	Ўткир, камдан-кам, секин-аста
Илгариги касаллик	Сил касаллиги турлари	умумий инфекция бел-гилари, назофарингит, томоқ оғриши, ич кетиши
Руҳий ўзгаришлар	Муқим	Баъзан ўткир даврида
1	2	3
Ошқозон-ичаклар фаолиятининг бузилиши	Тез ич қотиши	Ич кетиши, диспепсия, аҳён-аҳёнда ич қотиши
Менингиал белгилар	Секин-аста кучаяди, кучли эмас	Ўткир ривожланади, Керниг ва Лассег белгилари устун бўлади
Ҳаракат бузилишлари, фалажлик	Ўткир даврида, баъзан гемиплегия	Эрта пайдо бўладиган моноплегия, проксимал жойлашган параплегия
Рефлекслар	Ўткир даврда умумий пай	Тизза ва товон реф-

	рефлекслари сўниши	лексларининг пасайиши ёки йўқолиши, ассиметрияси
Атрофия	Бўлмайди ёки умуман озиш	Шикастланган қўл-оёқларда локал атрофия (мушакларнинг озиши ва заифлашиши)
Сезгирлик	Оғриқни сезишнинг кучайиши, ёруғликдан қўрқиш	Оғриқни сезишнинг кучайиши замирида нерв таначаларини босганда локал оғриқ
12 жуфт бош мия нерви таначалари	3, 6, 7, 9, 10, 12 жуфтларни терминал даврида нимфа-лажлиги, кўз нерви пиёзчалари димланиши ёки яллиғланиши	7 жуфтликни ташқи тури кўринишидаги фалажлик; булбар нервлар зарарланиши, бошқа мия нервла-рининг ним фалаж-лиги хос эмас
Соматик белгилар	Сил жараёнига хос клиник-рентгенологик ўзгаришлар манзараси	Ўпканинг пучайиши, носпецифик зотилжам бўлиши мумкин, баъзан миокардит
Вегетатив қон-томир реакциялари	Кўпинча турғун, кеч ҳосил бўладиган қизил дермографизм, кечаси терлаш. Юрак уришининг секинлашиши, қон-босими ошиши	Ўткир даврда кўпинча ғарақ-ғарақ терлаш, асосан бошнинг терлаши. Хос эмас Булбар турда бўлади.
Орқа мия суюқлиги: Плеоцитоз 1 мм3 Ҳужайралар таркиби Оқсил (%) моддаси Глобулинлар реакцияси	 ўртача 200-400-700 Бошлангич лимфо-цитар-нейтрофилли ўртача 1-1,5 Кучли мусбат	 80-100; менингиал турида юқори Лимфоцитар устунроқ Ўртача ошган, менингорадикулит турида юқори, эрта оқсил-ҳужайра диссоциацияси Меъёрида ёки сал кўтарилган
1	2	3
+анд %	Муқим ёки жуда пасайган	Меъёрида ёки кўтарилган
Кечиши	Даво қилинмаса, кучаяди	+айтади (тузалиш), турғун қолдиқ асоратлар бўлиши мумкин

Сил менингитини ич терлама (қорин тифи)нинг менингиал туридан қуйидагилар билан фарқлаш мумкин: ич терламада клиник манзарада ичаклар фаолиятини бузилиши биринчи ўринга чиқади - қорин оғрийди, дам бўлади, ичаклар қулдирайди; касалликнинг 5-6 кунига бориб, тана ҳарорати

тезда кўтарилиб (39-40°), бирмунча вақтдан кейин тўсатдан тушади; томир уриши тана ҳароратига нисбатан секинлашади (номутанасиблик), кўпинча қонда лейкоцитлар сони пасайиб, лимфоцитлар кўпаяди; касал-ликнинг 8-10 кунида қорин териси сатҳида 5-20 дона юмолоқ, пушти, ташқи чегаралари аниқ доираси 3 мм бўлган яққол бўртиб чиққан тошмалар тошади; жигар ва қораталоқ катталашади; беморнинг қўл кафти ва товони териси сарғаяди (Филлипович
белгиси); тил қуруқшайди, маркази тўқ кулранг караш билан қопланади, тил четларида тиш излари кўринади; қон, сийдик, ахлатда экиш йўли орқали микроблар аниқланади ва Видаль реакцияси ташхисотда асосий ўрин эгаллайди, орқа мия суюқлигида кўпинча ҳужайралар сони кўпи билан 100 та бўлади, сифат жиҳатдан нейтрофил-лимфоцитар, тезда лимфоцитар шаклига ўтади, оқсил 0,5-0,9%; ўргимчак тўрисимон парда ҳосил бўлмайди; қанд миқдори юқори 60-70 мг%; хлоридлар меъёрида.

Сил менингити ва грипп

Амалий жиҳатдан сил менингитини гриппдан, айниқса нерв тизимидаги белгилари устун бўлган ҳолатлардан фарқлаш муҳим. Нерв тизимининг гриппдан зарарланиши белгилари умумий ва ўчоқли бўлиши мумкин, шунинг учун «нейрогрипп» деб номланган клиник тури тафовут қилинади. Мия пардаларининг зарарланиши кўпчилик ҳолларда симптоматик «менингизм» сифатида турли кўринишда намоён бўлади ва гриппнинг бошланғич даврида ривожланиб, нафас аъзоларида «шамоллаш» белгилари пайдо бўлиши билан, йўқолиб кетади.

Бош оғриши. бўғимлардаги синганга ўхшаш оғриқларни ҳис қилиш, титраб-қақшаш, тана ҳароратининг бирдан кўтарилиши, кўзнинг ёшланиши, тумов гриппнинг умумий белгиларига киради. Бу белгилар 2-3 кун ичида ривожланади. Ташхисотда эпидемиологик вазиятни ҳисобга олиш зарур. Кўпинча болаларда грипп вируси заҳари қон томир тизимига таъсир қилиши натижасида беморнинг ранги ўчади, кўз шилиқ пардаси қизаради (яллиғланади).

+онда лейкопения, нейтропения, эозинопения, мўтадил моноцитоз, ЭЧТ ўзгармайди. Вегетатив нерв тизими фаолияти бузилиши, юзнинг қизариши, терлаш, томир уришининг тезлашиши каби белгилар билан намоён бўлади, бемор 1-2 ҳафтадан кейин соғайиб кетади.

Менингиал белгилар мажмуаси, айниқса болаларда, мия пардаларининг заҳарланиши натижасида келиб чиқиши мумкин. Бундай ҳолатларда «менингизм» ҳақида сўз юритилади. Ўткир юқумли касалликлардан ўпканинг крупоз зотилжами, қизамиқ, грипп, диспепсия, дизентерия ва ҳоказолар, силнинг ўта тарқалган турларида – ўткир милиар, фиброз-кавакларида орга-низмнинг умумий заҳарланиши мия пардалари таъсирчанлигини оширади, менингитга ўхшаш белгилар ривожланади. Бундай ҳолларда клиник жиҳатдан бош оғриш хуруж сифатида намоён бўлиб, энса мушакларининг тортишиши ва Керниг белгилари бўлмаслиги ёки аниқ ривожланмаслиги мумкин. Белгилар бир неча кун ичида қайтиб кетади.

Орқа мия суюқлиги таркибида ўзгаришлар аниқланмайди, бу диагностикада ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Менингиал белгилар мажмуаси бош мияни ўчоқли зарарлаб (мия туберкуломаси, абсцесси ва ўсмаларда) ривожланганида, сил менингитидан фарқлаш керак бўлади. Кўп ҳолларда мия туберкуломалари болаларга хос, у ўпка силини ўта тарқалган (гематоген диссеминацияли) турларига боғлиқ бўлиб, неврологик ўзгаришлар кам намоён бўлади: менингиал белгилар мажмуаси аниқ кўзга ташланмайдиган бўлиши (мия пардаларини тўқнашиши таъсироти натижасида) ёки умуман бўлмаслиги мумкин, жуфт нерв таначалари зарарланмайди. Баъзи ҳолларда тутқаноқсимон хуружлар бўлиши мумкин, кўз тубида ўзгаришлар (кўз нерви пиёзчаси димланиши) мия ўсмасига шубҳа туғдиради. Орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар камроқ, қанд пасайиши мумкин. Диагностикада силнинг фаол турлари бор-йўқлиги ва силга қарши дориларнинг самараси ҳамда мияни рентгенологик текширишда олинган натижалар инобатга олинади. Туберкуломаларнинг жойлашишига қараб, неврологик белгилар турли кўринишда бўлиши мумкин: масалан, туберкулома миянинг пешона қисмида бўлса, хотира ва кайфият бузилади. Умуман туберкуломаларда бош оғриши ва қусиш, ўчоқли белгилар – тиришишлар, нимфалажлик, 12 жуфт нерв таначалари фаолияти бузилиши менингиал белгилардан олдин пайдо бўлади. Мия абсцессида бош оғриғи локал намоён бўлиб, ёрилганда, орқа мия суюқлигини таркибий ўзгариши йирингли менингитга ўхшаб кетади.

Сил менингити ва мия ўсмалари

Мия ўсмаларининг секин ривожланиши ва ўчоқли белгиларнинг пайдо бўлиши, кўз пиёзчасининг димланиши, бош оғриғи локал бўлиб, қусиш кузатилади, бу белгилар бошнинг ҳолати ўзгаришига ёки ҳаракатланиш вақтига боғлиқ. Беморлар анам-незида тутқаноқсимон хуружлар бўлиб ўтганлиги тўғрисида маълумот олинади. Бундай белгилар менингитдан фарқлаш учун асос бўлади. Мия суюқлигида оқсил-ҳужайра номутаносиблиги эрта кузатилиб, қанд миқдори юқорилиги аниқланади. Умуман мия ўсмаларида 3 та белги, яъни кучли локал бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бир оз пасайиши, вақти-вақти билан қусиш, кўнгил айнаши. Компютер томографияда ўсмани аниқлаш, ҳажми, жойлашган ўрнини тўғрисида тўлиқ маълумот олинади.

Мия ўсмаларининг қаерда жойлашганига қараб, кўзга ташланадиган ёки аниқланадиган белгилар ҳар хил бўлади, шунинг учун ҳам фарқлаш анча қийин бўлади. Масалан, миянинг III қоринчасида жойлашган ўсмаларда ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши (жуда семириб ёки озиб кетиш), иштаҳа бузилиши ва чанқаш, бош оғриши, қусиш, уйқунинг бузилиши ва руҳиятнинг кескин ўзгариши рўй беради. IV қоринчада ривож-ланса, менингиал белгилар аниқ намоён бўлиб, таранглашган тиришишлар кузатилади.

Сил менингитини фарқлашда қийинчилик туғдирадиган яна бир касаллик ***субарахноидал қон қуйилишидир***, чунки менингиал белгилар тезда

ва яққол ривожланади. Диагностикада, асосан, беморнинг ёшини (қарияларда) ва мия суюқлигига қон аралаш-ганини ҳисобга олиш керак.

Даволаш. Сил менингити бор беморларни даволаш, ҳаёти учун хавфли бўлган мия пардаларининг яллиғланишини ва асосий сил жараёнини бартараф қилишга қаратилади. Беморларни дарҳол ихтисослашган сил касалхонаси бўлимига ётқизиш зарур. Касаллик узоққа чўзилганида, тўла-тўкис даволаш, кимётерапия, патоге-нетик, умумий соғайтириш, симптоматик воситаларни қўллаш керак бўлади, парҳез буюрилади. Даволаш усуллари 18.3, 18.4, 18.5, 18.6, 18.7-жадвалда берилди.

Жадал даволаш даврида (3 ой) 4 ёки 5 та асосий силга қарши (изониазид, рифампицин, стрептомицин, пиразинамид, этамбутол) дори воситалари буюрилади. Клиник-рентгенологик натижа яхши бўлса, даволаш яна 3-4 ой, 3 та дорилар (изониазид, рифампицин ва пиразинамид) билан давом эттирилади. Касалликнинг бошланиш даврида дориларни қон томирга ёки мушак ичига юбориш жуда яхши самара беради. Булардан ташқари, айни вақтда истисқога қарши курашиш керак. Бунинг учун сийдик ҳайдовчи дорилар: лазикс, фуросемид, диакарб, гипотиазид, маннитол, мочевина, магний сулфати тайинланади ва ҳафтасига 2 марта, кейинчалик мия суюқлиги таркиби меъёрига келгунча ҳар ойда 1 марта берилади ва кўрсатмаларга мувофиқ эндолюмбал пункция қилинади.

18.3 - Жадвал

СИЛ МЕНИНГИТИНИ АНТИБАКТЕРИАЛ ДАВОЛАШ

Сил менингити турлари	Шифохона-да ўртача даволаниш вақти	Ш и ф о х о н а д а				
		Дориларнинг номи, миқдори ва берилиш давомияти				
		H-изониазид	R-рифампицин	S-стрептомицин	E-этамбутол	Z-пиразинамид
Катталарга						
Базилляр Менинго-энцефалит	Камида 6 ой 9-10 ой	10-15 мг/кг, кундалик ўртачаси -0,6-1,0г 10% эрит-маси қон томир, мушак ичига 2 миқ-дорда шамчаси ҳукна қилинади. Фтивазид 30-40 мг/кг, кундалик ўртача -2,0г, ҳукна шам-часи- 2,0 х 2 марта. Бутун даволаш давомида берилади	450 мг-50 кг гача бўлганларга, 600 мг -50 кг ортиқ бўлганларга кунига 1 марта. Шу миқдорда мушак ичига, 5% глюкоза ёки декстрозадаги эритмаси қон-томирга 6-8 ойгача даволаш давомида берилади.	0,5-1,0 г мушак ичига. Касаллик кеч аниқланганда хлор-калций комплекси 0,075-0,1 г эндолюмбал юборилади. Ножўя таъсири, кузатилганда канамицин ёки флоримицинга алмаштириш мумкин. 2-4 ойгача даволаш мобайнида берилади.	25 мг/кг, кундалик ўртача миқ-дори -1,2 г. Бутун даволаш давомида берилади.	25-30 мг/кг, ўртача миқдори 1,0-1,2 г ку-нига. 2-6 ой даволаш давомида берилади.
Болалар ва усмирларга						
Церебро-спинал	1 йил ва бундан узоқ	10 мг/кг, кундалик ўртача миқдори 0,5-0,75г эритма ва шамча шаклида ки-ритилиши мумкин. Фтивазид 40-50 мг/кг, ўрта кундалик миқдори кўпи билан 1,5 г	10-20 мг/кг, ўртача кундалик миқдори кўпи билан 450 мг	15-20 мг/кг, ўртача кундалик миқдори кўпи билан 0,75г. Хлоркалцийлик комплекси 0,02- 0,1 г эндолюмбал юборилади (ёшга қараб)	20-25 мг/кг ўртача кундалик миқдори кўпи билан 1,0 г	20-30 мг/кг, ўртача кундалик миқдори кўпи билан 1,5 г.

Агар қўл-оёқлар нимфалаж ва фалаж бўлса, бемор аҳволи яхшиланиб, менингиал белгилар анча камайгандан кейин, орадан 4-5 ҳафта ўтгач, уқалаш, даво бадан тарбия ва дори воситалари билан даволаш (прозерин, дибазол) муолажалари ўтказилади. Уму-ман сил менингити асоратлари турларига, даволаш кўрсатмаларига мувофиқ олиб борилади.

Сил менингити бор беморлар орқа мия суюқлигининг таркиби меъёрига келиб, менингиал белгилар йўқолмагунча ўрин-кўрпа қилиб ётиши шарт, кейин секин-аста фаол ҳаракатга ўтадилар. Касаллик тузалиб келаётган даврда шифохонадан чиқарилиб, сил сиҳатгоҳига жўнатилади ва бутунлай соғайиб кетгунича даволаш давом эттирилади. Сил менингитини ўтказган беморлар диспансернинг 3-гуруҳида 1-3 йил назоратда бўладилар.

Ҳозирги вақтда сил менингитини даволашда гормонал дори воситаларини қўллаш маълум аҳамиятга эга. Касалликнинг ўткир даврида бош мия шишганда, мия пардаларида талайгина яллиғланиш жараёни бўлганда, гормонал воситалар яхши натижа бермоқда. Гормонал воситалар беморлар аҳволининг тезроқ яхшиланиши, тана ҳарорати пасайиши, менингиал белгилар ва орқа мия суюқлиги таркибини тезда меъёрлашишига олиб келади. Бундан ташқари, гормонлар субарахноидал бўшлиқ блокадаси содир бўлмаслигига, мабода бўлса, йўқотишга имкон беради.

Биз ўтказиб келаётган амалий тажриба (Саидаҳмедов А.А., Муҳамедалиев Э.С., Маҳаматов +.М.) шуни кўрсатдики, субарах-ноидал бўшлиқ блокадасида ва сил менингитининг оғир турларида гидрокортизон эритмасини эндолюмбал юбориш жуда яхши натижа беради. Гидрокортизонни эндолюмбал юбориш 18.4-жадвалда кўрсатилди.

18.4- Жадвал

	Гидрокортизон эритмасидаги миқдор	Юбориш вақти	Бемор ёши
Субарах-ноидал бўшлиқ блокадаси ва олдини олиш	2 мг; 3 мг; 4 мг; 5 мг; 6 мг; 8 мг; 10 мг, 12,5 мг –ҳар бир миқдор 2 мартадан	Кун ора	1-3 ёш
	3 мг; 4 мг; 5 мг; 6 мг; 8 мг; 10 мг, 12,5 мг; 15 мг –ҳар бир миқдор 2 мартадан	Кун ора	4-8 ёш
	4 мг; 5 мг; 6 мг; 8 мг; 10 мг, 12,5 мг; 15 мг; 18 мг; 20 мг; 25 мг –ҳар бир миқдор 2 мартадан	Кун ора	8-15 ёш
	0,2 мл; 0,3 мл; 0,4 мл; 0,5 мл; 0,6 мл; 0,7 мл; 0,8 мл; 1 мл; 1,2 мл; 1,4 мл; 1,6 мл; 1,8 мл; 2 мл – ҳар бир миқдор 2 мартадан	Кун ора	15 ва юқори ёш

18.5-Жадвал

Сил менингитининг асоратларини даволаш, олдини олиш

<table>
<tr><td rowspan="2">Асоратлар тури</td><td colspan="5">Дорилар номи ва миқдори</td></tr>
<tr><td>Манит ёки ман-нитолнинг 15% эритмаси</td><td>Сорбилакт ёки реосорбилакт</td><td>25% магний сулфат эритмаси</td><td>20-40% глюкоза + 5% витамин С</td><td>Диуретиклар</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Истисқо-гидроцефалия</td><td colspan="4">Ката ёшдагиларга</td><td rowspan="5">Диакарб, фуроссемид ва бошқалар. Кўрсатмаларга мувофиқ кун ора, 3-5 кунлик курслар билан.</td></tr>
<tr><td>1,5 г/кг, 400 мл қон томирга 4-6 кун ҳар куни ёки кун ора</td><td>5-10 мл/кг (200-400 мл) қон томирга 3-9 кун ҳар куни ёки кун ора</td><td>7-10 мл + 2 мл 0,5% новокаин, мушак ичига кун ора № 15-20</td><td>4-20 мл + 3-4 мл қон томирга кун ора № 15-20</td></tr>
<tr><td colspan="4">Болалар ва ўсмирларга</td></tr>
<tr><td>0,5-1,0 г/кг, 50-100, 100-200 мл қон томирга 4-6 кун</td><td>5-10 мл/кг, ўртача 200 мл,
3-6 кун

Фосфат ва карбонатли эритмалар билан аралаштириш мумкин эмас</td><td>3-5 мл + 1-2 мл новокаин, мушак ичига, кун ора № 15-20</td><td>5-10 мл + 1 мл 10-15 мл + 2 мл, қон томирга, кун ора № 15-20</td></tr>
<tr><td colspan="6">Ичилган суюқликни ва диурезни ҳисобга олиш керак.</td></tr>
</table>

18.6-Жадвал

Асоратлар тури	Дорилар номи ва миқдори				
	Дибазол (папазол)	Прозерин	Тропацин	Мелликтин	Галантамин: 0,25%, 0,5%; 1,0%
Нимфалаж ва фалажлик (парез ва фалажлик)	**Катта ёшдагиларга**				
	0,05 г. кунига– 3-4 ҳафта, оғир ҳолат-ларда 1%-1 мл мушак ичига. Даволаш 2-3 курсни ташкил қилади, курслар орасидаги танаффус 15 кун. 3 ойгача папазол – 0,03 г кунига 2 марта	0,01-0,015 кунига 2-3 марта, овқатдан 30 мин. олдин; 0,05%-1 мл тери остига, 25-30 кун (ўртача 20 кун), курслар орасидаги танаффус 1 ой.	0,01-0,015 кунига 2 марта, овқатдан кейин; 1% эритмаси – 10-15 томчидан кунига 2-3 марта. 3 ҳафтагача бериш мумкин.	0,02 кунига 2-5 марта, 3 ҳафта. 2 ойгача бериш мумкин	1% - 0,2- 1,0 мл 1-2 марта, тери остига, 30 кун. Даволаш курсини 3-4 ойдан сўнг такрорлаш мумкин
	Болалар ва ўсмирларга				
	1 ёшгача – 0,001 г; 1-3 ёшгача- 0,002г; 4-8 ёшгача-0,003г; 9-12 ёшгача-0,004г; 12 ёшдан юқори – 0,005 г. Кўрсатмага мувофиқ 3-4 ҳафтадан кейин, курсни яна такрорлаш мумкин	10 ёшгача-0,001 г; ёшга нисбатан кунига 1 марта, 10 ёшдан юқори- 0,01 г. дан ошмаслик керак; 0,05% - 0,1 мл ёшга нисбатан, 0,75 мл дан ошмаслик керак, 20 кун	3 ёшгача -0,001-0,002 кунига 1 марта; 3-5 ёш-0,003-0,005; 6-9 ёш – 0,005-0,007; 10-12 ёш - 0,007 – 0,01 г	0,02 г кунига – 2-3 марта кунига, 3 ҳафта. 2 ойгача бериш мумкин.	0,25% эритмаси 2 ёшгача-0,1-0,2 мл тери остига 3-5 ёш-0,2-0,4 мл 6-8 ёш-0,3-0,8 мл 9-11 ёш -0,5 мл; 0,5%-0,6 мл; 12-14 ёш-0,7 мл; 0,5% - 1 мл; 15-16 ёш -0,2-0,7 мл 1% эритмасини кунига 1 марта 30 кун.
Дибазол ва прозеринни айни бир вақтда қўллаш мумкин эмас, улар билан даволангандан кейин мелликтин, тропацин ёки галантамин тавсия этилади, галантаминни бир вақтда мелликтин билан бериш мумкин.					

18.7- Жадвал

Б.А.ТОКАРЕВА УСУЛИ

I КУРС			
Кўз нерви неврити ва атрофияси	**Кўзга:** 1% пилокарпин	Кунига 3 марта	1-12 ёш
	Ионофорез Бургенен усули билан (кўз косачалардан орқали):		
	2% калий йод, ҳар бир кўзга 10 сеанс;	Кун ора	1-5 ёш
	2%; 3%; 4% ҳар бири 5 сеансдан, ҳар бир кўзга;	Кун ора	5-8 ёш
	3%; 4%; 5% ҳар бири 5 сеансдан, ҳар бир кўзга.	Кун ора	8-12 ёш
	Ичишга: витамин С – 0,1 г.	Кунига 3 марта	1-12 ёш
	Дибазол - 0,002 г, 12-14 кун	Кунига 2 марта	1-3 ёш
	0,005 г, 12-14 кун	Кунига 2 марта	3-8 ёш
	0,01 г, 12-14 кун	Кунига 2 марта	8-12 ёш
	Мушак ичига: 0,25% хлор калций 2 г то 4 г, ҳар бири № 10	Кун ора	1-5 ёш
	2 г то 6 г, ҳар бири № 6	Кун ора	5-12 ёш
	Азот натрий тузини эритмаси: 1%-0,2г; 0,3г; 0,4г; 0,5г; 0,6г.	Ҳар куни	1-3 ёш
	2% - 0,2г; 0,3г; 0,4г; 0,5г; 0,6г.	Ҳар куни	1-3 ёш
	3%, 4%, 5% - ҳар бири юқоридаги миқдорда	Ҳар куни	1-3 ёш
	1%, 2%, 3%, 4%, 5% - ҳар бири 0,2 г; 0,5 г; 1 г.	Ҳар куни	3-5 ёш
	1% то 8% - ҳар бири 0,2 г; 0,5 г; 1 г.	Ҳар куни	5-8 ёш
	1% то 10% - ҳар бири 0,2 г; 0,5 г; 1 г.	Ҳар куни	8-12 ёш
	Витамин В1 – 05% - 1,0 г № 30-50	Кун ора	1-12 ёш
	Даволашни I курси тугагач, дарҳол II курсга ўтиш керак.		
	II КУРС		
	Мушак ичига: Алоэ 1 г - № 30	Ҳар куни	1-12 ёш
	Витамин РР – 0,5% - 1 мл № 10	Кун ора	5-8 ёш
	1,0% - 1 мл № 10	Ҳар куни	8-12 ёш
Агарда 2 марта ўтказилган курсларни самарадорлиги кам бўлса (кўриш ўткирлиги меъёридан паст, кўриш миқдори қисқарган ҳолатда бўлса) III курс 1-2 ой танаффусдан кейин ўтказилади.			
1	2	3	4

III КУРС ДАВОЛАШ			
Кўз нерви неврити ва атрофияси	**+он томирга:** Натрий йод: 10% - 2 г - № 10 10% - 5 г - № 10 10% - 6 г - № 10 **Кўзга:** Ионофорез Бургенен усули билан Калий йод ҳар бир кўзга 3% - 10 сеансдан 5% - 10 сеансдан 5% - 5 сеанс; 6% - 5 сеанс 6% ва 8% - ҳар куни 5 сеансдан **Ичишга:** Дибазол – 0,003 г – 12-14 кун 0,005 г – 12-14 кун 0,01 г - 12-14 кун 0,02 г - 12-14 кун **Кўзга:** 1% пилокарпин	 Кун ора Кун ора Кун ора Кун ора Кун ора Кун ора Кун ора Кунига 2 марта Кунига 3 марта Кунига 3 марта Кунига 3 марта Кунига 3 марта	 3-5 ёш 5-8 ёш 8-12 ёш 1-3 ёш 3-5 ёш 6-8 ёш 8-12 ёш 1-3 ёш 3-5 ёш 5-8 ёш 8-12 ёш 1-12 ёш

Илова: 1. Беморларнинг ёшидан, асосий даволаш курсларидан қатъий назар кўшимча тарзда 2-3 г 4-5 кун оралатиб, 4-5 марта тери остига ёки кўзнинг пастки қовоқ тагига консерваланган қонни юбориш керак. Даволашнинг III курсида йод натрий эритмасини қон томирга юбориш тўхтагандан сўнг, 0,1% стрихнин эритмасини 0,2 - 1 мл миқдорда кун ора ҳар бир кўз учун 10 мартадан чакка териси остига юбориш зарур.

2. Мушак ичига юборилган азот натрий тузи эритмаси ўрнига атропин эритмасини 1:1000 0,1-0,5 мл миқдорда ёки 5% ацетилхолинни 0,1 мл кун ора ҳар бир кўз учун 10 мартадан ретробулбар инъекция қилиш мумкин.

Ўпка сили ва сил менингитининг турларидан қатъий назар, антибактериал даволашнинг 4-6 кунидан бошлаб, таъсир қилувчи механизмнинг мувофиқлигини ҳисобга олган ҳолда, яллиғланишга қарши преднизолонни қуйидаги миқдорда бериш тавсия этилади:

1-3 ёш	-7,5 мг (1,5 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 1 марта	-7 кун; -7 кун; -7 кун;
4-7 ёш	- 10 мг (2 табл.) х 2 марта 7,5 мг (1,5 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 1 марта	-7 кун; -7 кун; -7 кун; -7 кун;
8-10 ёш	- 12,5 мг (2,5 табл.) х 2 марта 7,5 мг (1,5 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 1 марта	-7 кун; -7 кун; -7 кун; -7 кун;
10-15 ёш ва юқори	- 10 мг (2 табл.) х 3 марта 10 мг (2 табл.) х 2 марта 7,5 мг (1,5 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 2 марта 5 мг (1 табл.) х 1 марта	-7 кун; -7 кун; -7 кун; -7 кун; -4 кун ёки 7 кун

Гормонлар билан даволашда, калий тузини чиқариб ташлашини ҳисобга олган ҳолда, беморларга калийга бой бўлган мева-сабзавотлар, панангин, аспаркам, 2% калий йод ёки калий хлор дориларини мунтазам бериб туриш керак.

Сил менингити асоратларини (истисқо, нимфалажлик, фа-лажлик, кўз нерви пиёзчалари димланиши ёки атрофияси) бартараф этиш ва олдини олиш учун 5, 6,7 жадвалда берилган даво муолажаларини ўтказиш лозим.

Сил менингитини даволаш усулларининг такомиллаштириб борилиши натижасида ҳаракат бузилишлари жуда камаяди. Илгари нимфалаж ва фалажлик 40% беморларда кузатилган бўлса, ҳозирги вақтда 6 – 8 % ташкил қилмоқда, холос.

Аёллар жинсий аъзолари сили диагностикаси ва дифференциал диагностикаси

Аёллар жинсий аъзолари сили диагностикаси кўпчилик ҳолларда қийинчилик туғдиради. Ҳатто аёллар жинсий аъзолари сили

ривожланишининг эрта босқичларида диагноз қўйиш мумкин бўлмаслиги ҳақида фикрлар айтилган.

Бунинг сабаби шундаки, аёллар жинсий аъзолари сили кўп ўчоқли ва полиморфизм билан тавсифланади, шунингдек, клиник манзараси билан бошқа гинекологик касалликларга ўхшаб кетади, хусусан эрта босқичларида аниқлашда қийинчиликлар туғдиради.

Аёллар жинсий аъзоларининг сили биринчи босқичи аёллар маслаҳати хонасида аниқланади. Гинеколог бепуштлик, бачадон ортиғининг сурункали яллиғланган, ҳайзи бузилган беморлар ўртасида "хавфли гуруҳ" ни тузади. Асосий гуруҳни экстрагенитал сил турларини (ўпка сили, умуртқа сили, суяк-бўғим сили, шунингдек сийдик ажратиш аъзолари ва қорин, лимфа тизими) бошидан кечирган беморлар ташкил қилади.

Бемор аёллар жинсий аъзолари силига шубҳа қилинганда, силга қарши диспансерларда, стационар шароитида тўлиқ комплекс диагностик чора-тадбирлар ўтказилиб диагноз қўйилади.

Асосий диққатни анамнестик маълумотларга – сил беморлар билан мулоқотда бўлганми, болаликдаги сил синамаси виражи, шунингдек экстрагенитал сил билан касалланганлиги ёки ҳозирги пайтда борлиги эътиборга олинади.

Беморлар шикоят қилганда асосан оғриқнинг табиатига, жойлашган ўрнига эътибор бериш лозим. Ҳайз келиши, ўтиши ҳолатини аниқлаш керак (ҳайзнинг кеч бошланиши, оғриқли ўтиши, вақт-вақти билан тўхтаб қолиши ёки умуман келмаслиги).

Мавжуд бепуштлик сабабини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Бунга абортдан кейинги яллиғланиш касалликлари, бола тушиши, туғруқ ва жарроҳлик операциялари сабаб бўлиши мумкин. Сурункали интоксикация белгилари аниқланади (умумий дармонсизлик, кўп терлаш, иштаҳа пасайиши, уйқунинг бузилиши, озиш, ўқишда орқада қолиш, меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиши).

Текшириш жараёнида беморларда қин ажралмасини ва ҳайз қонини бактериологик ва бактериоскопик текширилади.

Аёллар жинсий аъзолари сили комплекс диагностикасида рентгенда текшириш алоҳида аҳамиятга эга, яъни кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи рентгенографияси бажарилади (янги ўчоқларни ёки петрификатларни аниқлаш, бу олдин сил билан касалланган-ликни билдиради). Гистеросалпингография ўтказганда қуйидаги рентгенологик ўзгаришлар аниқланади:

Эндометрийнинг ўчоқли зарарланишини рентгенда аниқлаб бўлмайди, аммо бачадон бутунлай зарарланганда ўзгаришлар табиати, тарқалганлик даражаси ва касалликнинг давомийлигига боғлиқ бўлади (кўрсатгич бармоқ кўринишида бачадон бўшлиғи шаклининг қисман ва бутунлай ўзгариши, ҳатто тўлиқ облитерациясигача).

Сил салпингитида рентгенологик тасвир, жараённинг қанчалик тарқалганлиги ва касалликнинг давомийлигига боғлиқ бўлади (бачадон

найлари регидлиги, ингичкалиги, найнинг кенгайган қисми кўринмаслиги, чекиш трубкаси кўринишидаги бачадон найининг нуқсони). Айрим ҳолларда контурдан ташқаридаги соялар аниқланади.

Аёллар жинсий аъзолари силида рентген тасвири касалликнинг давомийлиги, фаоллиги ва тарқалиш даражасига бевосита боғлиқ бўлади. Патологик жараён ривожланишининг эрта босқичларида (салпингит ва эндометритнинг ўчоқли турлари) кўринарли рентгенологик ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Бачадон найлари 2% дан 25% гача ўтказувчан бўлиши мумкин.

Аёллар жинсий аъзолари силининг ишончлилигини патомор-фологик усул билан аниқласа бўлади. Бунда бачадон бўшлиғидан олинган материал (ажралма, бачадон бўшлиғидан олинган шиллиқ ёки қиринди)ни текшириб, сил эндометрити диагнози қўйилса бўлади.

Диагноз қўйиш мақсадида бачадон бўшлиғи шиллиқ қаватидан ҳайз келишидан 1-2 кун олдин қиринди олинади. Шунингдек, олинган материал айни бир вақтнинг ўзида гистологик, цитологик ва бактериологик текширишга юборилади. Бактериологик текши-риш ҳам гистологик текширишга ўхшаган аёллар жинсий аъзолари сили диагностикасида жуда муҳим усуллардан ҳисобланади. Бактериологик текшириш учун бачадон бўшлиғидан олинган қиринди, операцион материал, асцит суюқлиги, қин ва бачадон бўшлиғи ажралмаси ишлатилади. Натижа яхши бўлиши учун қайта-қайта текширилади. Шу билан бирга, биологик усул ҳам қўлланилади, бунда олинган материал денгиз чўчқачасига юқтирилади, аммо бу усулнинг камчилиги бир неча ойга чўзилади. Сил жараёнининг фаоллигини провакацион сил синамалари билан ҳам аниқланади, булар ўз навбатда латент кечаётган аднекситнинг қўзғалишига олиб келади. Бунинг учун нормоэргик ва манфий Манту реакциясида 50 ТБ, гиперэргик реакцияда – 20 ТБ гача туберкулин ишлатилади. Бироқ провакацион сил синамаси ўтказишда монеликларни, яъни бошқа аъзолардаги фаол сил жараёни, ревматизм, тери касалликлари борлигини унутмаслик керак.

Бизнинг текширишларимизда жинсий аъзолар сили диагнос-тикасида трансфармацион контрастли эхография услуби ишлаб чиқилди ва исбот қилинди. У туберкулин таъсирида бачадон ва ортиғи, шунингдек бошқа сил билан зарарланган аъзоларнинг эхографик текстураси трансформациясини ўз ичига олади. Туберкулин юборилгандан кейин бошқа патологик жараёнлар фаоллашмаслиги, бу усулнинг ўзига хослигини таъминлайди.

Текшириш даврида беморларга кичик чаноқ аъзолари УТТ ўтказилади. Асосан, бемор клиникага ётқизилганидан кейин тери ости синамаси қўйилиб, ҳар 24, 48 соатда назорат қилиб турилади.

Натижалар ҳайз циклига боғлиқ бўлиб, физиологик цикл-ларнинг ўзгариши билан баҳоланади. Ўчоқли реакцияни мусбат-лигини тасдиқловчи белгиларга бачадон найи интрамурал бўли-мининг кўриниши, сактосалпинкс ҳолатини ва ҳажмининг ўзга-риши билан тавсифланади, бу ўзгаришлар ўзига хос провакация замирида ривожланиши ва бошқа УТТ белгиларининг

кузатилиши, провокация таъсирида дуглас чуқурликларида сув йиғилиши ички жинсий аъзоларда яллиғланиш жараёни борлигидан далолат беради.

Ўчоқли реакция қовуқда (қориннинг пастки қисмида) ва белда оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайиши, қорин парданинг таранглашиши ва пайпаслаганда оғриши, қиндан шиллиқ ёки қонли ажралмалар чиқиши, бимануал текширишда бачадон ортиғи соҳасида оғриқ ва шиш борлиги билан тавсифланади, бу эса катта аҳамиятга эга. Синама 24-48 соатдан сўнг баҳоланади.

Бачадон ортиғи силида, гистологик ва бактериологик усуллар сохта манфий натижалар берганда иммунологик диагностика ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Кейинги йилларда ҳужайра ва гуморал иммунитет кўрсаткичларини ўрганиш кенг тараққий этди ҳамда бошқа усуллар билан бирга аёллар жинсий аъзолари сили фаоллигини аниқлашда ва дифференциал диагностикасида кенг қўлланилмоқда. Серологик реакциялар бажарилишининг осонлиги ва юқори самарадорлиги билан ажралиб туради.

Янги технологияларнинг жорий этилиши, шунингдек лапароскопия усули, диагностика имкониятларини янада кен-гайтирди. Чунончи, лапароскопия усули аёллар жинсий аъзолари диагностикасида алоҳида ўрин эгалламоқда ва кўп беморларда жарроҳлик муолажаси ўрнини босмоқда.

Аёллар жинсий аъзолари силининг ривожаниш эҳтимоли бор гуруҳлари учун эрта диагностик алгоритми ишлаб чиқилди.

Аёллар жинсий аъзолари силининг дифференциал диагнос-тикаси. Аёллар жинсий аъзолари силининг дифференциал диагностикасини бачадон ортиғи сурункали яллиғланиши билан ўтказилади. Бу гуруҳ беморларда 10-11% ҳолларда сил аниқланади, бу эса 10-22% аёлларда бепуштлик борлигини кўрсатади, 15% сил эндометриоз билан бирга келади. Ҳайзнинг бузилиши, специфик аднекситга боғлиқ бўлиб, 8-9% ҳолларда намоён бўлади. Сил аднекситининг юқоридаги касалликлар билан дифференциал диагностикаси асосини анамнестик маълумотларнинг тўлиқ таҳлили, клиник-лаборатор текширишлари: гистологик, бакте-риологик, иммунологик, биокимёвий ва ГСГ маълумотлар ташкил қилади. Диагноз қўйишда хатолар қилиш асосан, бу беморларни ва диагнозини қўйишда умумий даволаш тизимидаги шифокорларнинг эҳтиётсизлигига, ҳатто билими пастлигига боғлиқ бўлади. Бу беморлар диагнозини аниқлаш ва даволаш, асосан, силга қарши диспансер фтизиогинекологи зиммасига юклатилган. Аёллар маслаҳатхоналарида умумий даволаш тизими гинекологлари ёрдамида силга тахмин қилинган беморлар аниқланади. Шифокорлар малакасини турли йўл билан, яъни машғулот ва семинарлар ўтказиш ва ҳ.к. билан оширилади. Беморлар муҳокама қилиниб, диагностикада йўл қўйилган хатолар таҳлили кўриб чиқилади ва маслаҳатлар берилади.

Хавфли гуруҳларда аёллар жинсий аъзолари силини аниқлаш алгоритми

Жинсий аъзолари силига гумон бемор аёллар

↓

Клиник ва гинекологик текширишлар

↓

Анъанавий эхография

↓ ↓ ↓

I гуруҳ	II гуруҳ	III гуруҳ
Бепуштлик	Ҳайзнинг бузилиши	Жинсий аъзоларнинг узоқ вақт яллиғла-ниши
1. Гистеросалпинго-графия	1. Бачадон бўшли-ғидан олинган қи-риндини гистологик текшириш	1. Трансформацион контрастли эхогра-фия
2. Трансформацион контрастли эхогра-фия	2. Трансформацион контрастли эхография	2. Гистеросалпинго-графия
3. Бачадон бўшли-ғидан олинган қи-риндини гистологик текшириш	3. Гистеросалпинго-графия	3. Бачадон бўшли-ғидан олинган қи-риндини гистологик текшириш

Суяк-бўғим силининг дифференциал диагностикаси

Тизза бўғими сили (гонит).

Тизза бўғими силини кўпинча сурункали носпецифик синовитлар билан таққослашади.

Тизза бўғими сили – синовиал парданинг чегараланган инфекцион–аллергик яллиғланишидир. Самарадор замонавий даволаш усулларига қарамасдан, бу касалликда бўғим шишади, суюқлик йиғилади, оғрийди, бўғим фаолияти бузилади, даволаш эса узоққа чўзилиши мумкин. Сил ўчоғи мавжудлиги узоқ вақт аниқланмаганлиги сабабли, организмда аллергик ҳолат юзага келиши билан тушунтирилади.

Тизза бўғими сили (синовити)ни аниқлаш 3 босқичдан иборат.

1. Маълум этиологияли сурункали синовитларни аниқлаш.

2. Беморларда клиник, рентгенологик, лаборатор текширувлар натижасида касалликнинг силга хослигини аниқлаш.

3. +он зардоби ва синовиал суюқликларда силга қарши антитаналар титрини аниқлаш билан бирга иммунологик тестлар ўтказиш.

Бўғим ҳосил қилувчи суяклар остеомиелитида клиник белгилар рентгенологик белгиларга нисбатан 3–4 ҳафта олдин пайдо бўлади.

Клиник-рентгенологик текшириш: касалликнинг ўткир бошланиши, кун давомида тана ҳароратини бирдан фебрил даражагача кўтарилиши, бўғимда кучайиб борувчи оғриқ, параартикуляр тўқимада шиш ривожланиши, маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиши, бўғим соҳасини пайпаслаб кўрилганда тарқоқ оғриқ аниқланади. Касаллик бошлангандан кейин қисқа вақт ичида бўғимнинг фаол ҳаракати чекланиб қолади. Суяк кортикал қаватининг қалинлашиши ҳисобига остеомиелитда секвестрлар бирмунча катта ва пластинкасимон шаклда бўлади.

Ретгенологик белгилар яллиғланган соҳада склероз ва деструктив ўзгаришлар билан тавсифланади. (Силда эса остеопороз деструктив ўзгаришлар билан учрайди).

Суякнинг марказий абсцесси 80% ҳолларда, катта болдир суягининг метафиз қисмида, кўпроқ эркакларда учрайди. Касаллик кучсиз оғриқ, жараённинг камдан-кам бўғимга ўтиши ва деярли оқма ярасиз кечади. Рентгенда: склеротик парда билан ўралган овал, ярим ойсимон ўчоқ деструкциялари аниқланади, секвестрлар аниқланмайди.

Инфекцион артритлар– бемор дизентерия, қорин тифи, сўзак, скарлатина каби касалликларни ўтказгандан сўнг 1–3 ой ўтиб ривожланади.

Клиник манзараси: ўткир бошланади, тана ҳарорати жуда баланд бўлади, интоксикацион синдром кузатилади.

Захмда– иккала бўғим зарарланади кучсиз, тунги оғриқ, қисман мушакларнинг гипотрофияси кузатилади, бўғимда конт-рактура ривожланмайди. Серологик реакция мусбат натижа беради.

Яллиғланишсиз хасталиклар билан дифференциал диагностика. Суяк кистаси–асосан ёш болаларда учрайди, аломатларсиз кечади, кўпинча рентгенологик текширувларда киста аниқланиб қолади. Киста суяк скелетининг ҳамма жойида бўлиши мумкин. Бола ўсар экан, катталашиб, суяк тўқимасининг айрим қисмларида бўшлиқлар кенгайиши оқибатида, патологик ўзга-ришлар рўй беради.

Узун суякларда суякланишнинг бузилиши натижасида фиброзли кортикал етишмовчилик пайдо бўлади. Касалликнинг ривожланишига, бўғимга тушадиган оғир юк ва ўтказилган жароҳат асосий сабаб бўлади. У асосан ўғил болаларда бўй тез чўзилаётган даврда учрайди.

Клиник белгилар: Оғирлик тушганда билинар–билинмас оғриқ пайдо бўлади, юриш қийинлашади. Рентгенда суякнинг кортикал қавати чандиқланган думалоқ ўчоқлар бўлади.

Гемофилия артрози–асосан ёш болалар ва ўспиринларда учрайди. Бўғим бўшлиғига тез-тез қон қуйилиши натижасида ривожланади. Рентгенологик текширувда: бўғимларда артроз аломати билан бир қаторда, нотекис бўртмалар кўринади. У силга ўхшаш бўғим пардасида бириккан жойларда эмас, балки бўғим суяклари марказида учрайди.

Бўғим хондроматози–синовиал парда сўрғичларида хондрома таначалари ривожланади. Силга хос деструктив ўзгаришлар рўй бермайди.

Кениг касаллиги (остеохондрит)– асосан жисмоний оғир меҳнат қиладиган кишилар ва спортчиларда учрайди. Кўпинча сон суяги зарарланади. Касалликнинг клиникаси бўғимдаги оғриқ, синовит аломатлари, бўғим функциясининг бузилиши ва бўғимда ҳаракатнинг йўқлиги билан кечади. Рентгенда текширганда суяк-нинг эпифиз қисмида ликопча шаклидаги нуқсон аниқланади. Унда узилган тоғай ва суяк тўқималари жойлашади.

Катта болдир суяги бўртмаси остеохондропатияси (Осгуд–Шлаттер касаллиги). Кўпроқ 12–16 яшар ўсмирларда тизза қопқоғи хусусий бойлами бирлашган жойда, шишга ўхшаш бўлади.

Рентгенда кўрилганда: кўст соҳасида суякни асептик некрози аниқланади, ажралган суяк фрагментга айланади, вақт ўтгани сайин сўрилиб, ўрнида яна суяк тўқимаси ҳосил бўлади.

Тизза бўғими сили дифференциал диагнози яна бир қанча **ўсма касалликлари (гемангиома, хондрома, хондробластома, саркома) ҳамда артрозлар, Педжет ва Реклингхаузен** касалликлари билан ўтказилади ва чаноқ-сон бўғими сили касалликларидаги дифференциал диагноз мезонларига асосланади.

Елка бўғими сили дифференциал диагностикаси ўчоқли гематоген остемиелити, суяклар ўсма касалликлари билан ўтказилади.

Тирсак бўғими сили кўпинча остеомиелит, ўсма касалликлари билан қиёсий таққосланади.

Ёнбош думғаза бирикмаси сили (сакроилиит): гематоген остемиелит, Бехтерев касаллиги, ўсмалардан, кўпинча, остегоен саркома билан қиёсий ташхисланади.

Бруцеллез ҳам шу соҳани кўпроқ зарарлайди (остесклероз, қопловчи тоғай қатламининг тезликда емирилиши ва бўғим юзаларинг суякланиши кузатилади).

Сон-чаноқ бўғими сили (коксит).

Чаноқ-сон бўғими сили, асосан, уч гуруҳ яъни, чаноқ-сон бўғимининг носпецифик яллиғланиши, бўғимнинг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари ва ўсма касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказилади.

Бўғимнинг носпецифик яллиғланиши. Носпецифик кокситга– бўғимнинг йирингли, ревматоидли, юқумли касал-ликлари ва шикастлангандан кейинги яллиғланишлари киради.

Бўғимнинг йирингли яллиғланишида: бўғимга яқин жойлашган суяк остеомиелити ва бўғимга реактив артрит ҳолатини бериши кузатилади. Остеомиелитда бўғимдаги яллиғланиш ўткир бошла-нади, тана ҳарорати 39–40 даражагача чиқади, кучли инток-сикация кузатилади. Бўғимда кучли оғриқ, тез ривожланган оғриқнинг такрор хуружи, мушаклар гипотрофияси кузатилади. Рентгенда текширганда бўғим ҳосил қилувчи суяклар остеопорози, уларда юза ва тарқоқ емирилиш ва бўғим оралиғининг бир текис торайгани кўринади.

Бўғим шикастлангандан кейинги артритда беморнинг яқин вақтларда ўтказган жароҳатини аниқлаш зарур бўлади.

Ревматоидли артритда камдан-кам болаларда бўғим бир томонлама шикастланади. Бунда ревматоидли полиартритга хос ўзгаришлар рўй беради, рентгенда қўл ва оёқ кичик бўғимларининг шикастлангани кўринади, қон зардобида серологик синама мусбат бўлади.

Носпецифик инфекцион артритлар– бошдан кечирилган қатор юқумли касалликлар (ич терлама, сўзак, қизилча, куйдирги, ўлат, дизентерия) дан кейин бўғимда пайдо бўладиган асоратлардир.

Чаноқ–сон бўғими дегенератив-дистрофик шикастланиши. Сон суяги бошчасининг асептик емирилиши, кўпинча, оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланадиган одамларда (спортчиларда, оғир юк ташувчиларда), ичкиликбозларда, узоқ муддат гормон қабул қилганларда ва шу бўғими қаттиқ шикастланганларда учрайди. Касаллик клиникасида: бўғим соҳасида оғриқ аста-секин кучайиб боради, бўғимда ҳаракат чекланиб қолади, бемор оқсайди. Мушаклар гипотрофияси учрамайди. Суяк тўқимаси кўпроқ юк тушадиган соҳаларда емирилади, баъзан кеч аниқланганда сон суяги бошчаси бутунлай емирилади.

Касаллик бошланишида–рентгенда бўғим оралиғида ўзгариш кузатилмайди. Касалликнинг охирги босқичларида бўғим оралиғи тораяди. Бунда бўғим силига хос яққол артрит аломатлари ва ҳамроҳ суяклар емирилиши кузатилмайди.

Коксартрозлар келиб чиқишига кўра, идеопатик, диспластик шикастланиш ва инфекцион касалликлардан кейин пайдо бўлиши мумкин. Бунда умумий заҳарланиш рўй бермайди, бўғим соҳаси яллиғланмайди.

Рентген текширувда бўғимларни ҳосил қилувчи суяклар юзасида ўзгаришлар, бўғим оралиғи торайгани, субхондриал қотиш (склероз) ва суяк–тоғай экзостозлари аниқланади.

Педжет касаллиги–шаклни бузадиган остоз. Касалликнинг нима сабабдан пайдо бўлиши номаълум. Кўпроқ катта ёшдаги беморларда учрайди. Бунда кортикал қатлам ҳисобига суяк ҳажми катталашади. Суякларнинг барча соҳасида учраши мумкин.

Реклингхаузен касаллиги (паратироидли остеодистрофия) тизимли касалликларга киради. У қалқонсимон олди безларининг фаолияти ошганда кузатилади. Касаллик суякда модда алмашишини умумий бузилишига ва емирилиб, бўшлиқлар (киста) ҳосил бўлишига, суяк ҳажмининг катталашишига ва кенгайишига олиб келади.

Чаноқ-сон бўғими суяк ўсмаси. Гемангиома–хавфсиз ўсма бўлиб, қон томирлардан ҳосил бўлади. Касаллик бошланишида сийрак клиник манзарага эга бўлади. Гемангиома эволюциясида касаллик метафиздан бошланиб, эпифизга ва ундан бўғим оралиғига ривожланиб боради ҳамда касалликнинг биринчи аломатлари чунончи оғриқ, бўғим ҳаракатининг чеклангани, оқсаш кузатилади. Ренгенологик текширувда суякда бурун тешикларига ўхшаш бўшлиқлар кўринади. Томир атрофида эса оҳаксимон чўкма кўринади.

Хондрома–хавфсиз ўсма бўлиб, суяк тўқимаси тоғай тўқимасига айланади. Касаллик сийрак клиник белгилар билан бошланади. Рентген текширувда суяк қатламининг ўчоқли емирилгани кўринади, у нозик қотган суяк билан чегараланади, ичида нотекис қаттиқ тўқима, кўпинча оҳаксимон чўкма бўлади.

Хондробластома–хондрома билан остеобластокластоманинг бир-бирига ўтадиган тури. Кўпроқ 20 ёшгача учрайди. Суякнинг эпифиз ёки метафиз қисми шикастланади, суякнинг ўсувчи қисми орқали тарқалади. Бунда сил оститига нисбатан оғриқ кучли ва давомли бўлиб, бўғим оралиғи текисланади.

Рентгенологик текширувда марказдан узоқроқда жойлашган суяк чандиғи билан ўралган думалоқ ўчоқли ўзгариш кўринади. Суякнинг кортикал қатлами шикастланган жой шишади.

Остеобластокластома (гигант ҳужайрали ўсма). Кўпроқ катталарда учрайди, хавфли ўсмага айланишга мойил. Кистоз ва остеолитик турлари бор.

Рентген-клиник тафовути: кучсиз оғриқ, бўғим фаолияти-нинг тезда бузилиши, суякнинг эпиметафиз қисми уясимон кўри-нишда бўлади. Уялар катталиги ҳар хил, бир-биридан чандиқсимон суяк тўсиғи билан ажралгани, кортикал қатлам юпқалашгани, суякнинг илик канали кенгайгани кўринади, суяклар оралиғидаги емирилиш бир-бирига ўтмайди.

Остеоид-остеома (скелетнинг барча қисмида) кўпроқ сон- чаноқ бўғимига яқинроқ жойда учрайди. Аксарият болалар ва ўсмирлар касалланади. Хавфсиз ўсма. Баъзи муаллифларнинг фикрича, отеоид–остеома сурункали йирингсиз ўчоқли некрозли отеомиелитдан ҳосил бўлади. Беморлар доимо бир жойда, шикастланган суяк соҳасидаги кучли оғриқдан шикоят қиладилар.

Касалланган соҳани тукиллатиб кўрилганда чегаралганган оғриқ сезилади. Рентгенда суякнинг ғовакли ва кортикал қисмида ўчоқли емирилиш аниқланади. Ўчоқли ўзгариш марказида секвестирсимон киритма бўлиб, ўзаги ва девори ўртасида оралиқ бўлади. Касаллик ривожлангани сайин ўзак қисми яна суяк тўқимаси билан тўлишади. Энг муҳими, кўпроқ тунда оғриқ туради, яллиғланишга қарши дорилар ичганда оғриқ босилади. Ўсмани радикал олиб ташлаш ва пластика қилиш касалликнинг бирмунча тузалишига олиб келади.

Саркома бўғимларнинг хавфли ўсмаси. +исман сон-чаноқ бўғими силига ўхшаб кечади. Буйрак, ўпка, қалқонсимон ва простата безларининг хавфли ўсмаси суякка метастаз бериши натижасида келиб чиқади. Клиник–рентгенологик тафовути шундаки, саркомада мунтазам кучайиб борадиган оғриқ бўлиб, нотекис деструктив ўзгариш суякнинг метадиафиз қисмида жойлашган ва бир камерали, ноаниқ чегарали, периостал ва юмшоқ тўқимаси бирикмасидан иборат.

Умуртқа поғонаси сили (спондилити). Сил спондилитининг дифференциал диагностикаси яллиғланиш, саратон хасталиги, коллагеноз,

дегенератив–дистрофик хасталиклар ва умуртқалар шикастла-ниши билан ўтказилади.

Яллиғланиш хасталиклари орасида умуртқа **гематоген остеомиелити** сил спондилитига жуда ўхшаб кечади. Умуртқанинг ўткир гематоген хасталигига хос белгилар: анамнезда бошдан кечирилган яллиғланиш хасталиклари, жарроҳлик амалиёти, шикастланишдан кейинги даврда хасталикнинг юқори тана ҳарорат билан бошланиши, қаттиқ оғриқ, юқори нейтрофил реакцияли лейкоцитоз, ЭЧТ юқорилиги, ўткир босқич кўрсаткичларнинг кўплиги кузатилади. Рентгенологик текширувда бир-бирига яқинлашган иккита умуртқа таналари тўқимасининг юза тегиб емирилиши, кўпроқ учта умуртқада рўй беради. Емирилган соҳа деярли склероз билан қопланади, умуртқа таналари орасидаги диск эса емирилади. Бундан ташқари, умуртқа олди ва атрофида юмшоқ тўқима кенгаяди ва қотиб қолади. 2–3 ойдан кейин умуртқа танаси четларида суякли илмоқчалар кўринишида остеопериостал реакция пайдо бўлади. Остеомиелитда сил жараёнига нистабан секвестр ва абсцесслар кам бўлади. Шу билан бирга, орқа мия фаолиятинг оғир турдаги бузилишлари нисбатан тезроқ пайдо бўлади. +ўшимча ташхис мезонлари: манфий туберкулин синамаси, Jg A ва силга қарши антителолар концентрациясининг ФГА га (фитогемаглютинин) жавобан пастлиги, Т–лимфоцитлар пролиферативфаоллиги юқорилиги ва ППД га паст жавоби, нейтрофилли гранулоцитларнинг паст лизосомал–катионли тести, Jg G миқдорининг кўтарилиши, цитокинларнинг иши (ФНО–а, ИЛ–2), суяк тўқимасидаги ўчоқдаги ёки абсцессдан стафилококк ёхуд бошқа носпецифик кўзғатувчилар топилади.

Захм спондилити кам учрайди, асосан захмнинг учламчи, гуммозли босқичида, кўпроқ 30–40 ёшларда учрайди. Зарарланган умуртқада склероз ва умуртқа танаси емирилади. Умуртқа тана-лари орасидаги диск сўрилади ва кўплаб хаотик периостал қат-ламлар пайдо бўлади. Сил спондилитидан фарқли ўлароқ захмга хос мусбат специфик реакция ва тунги оғриқлар куза-тилади.

Тиф спондилити умуртқада кучли оғриқлар , баланд тана ҳарорати билан кечган ич терлама (қорин тифи), тошмали терлама ёки қайталама терламадан кейин бошланади. Жараён, одатда бел умуртқа-ларида кузатилади. Жараён қўшни умуртқаларнинг бирикувчи юзаси ва таналари орасидаги дискни қамраб олади. Рентгенологик текширувда умуртқа таналари орасидаги диск бузилган, умуртқалар танаси аро юзасида юза емирилиш, остеосклероз аниқланиб, бойламларнинг суякланиши, ривожланган остеопериостал реакциялар натижасида қисқа вақт ичида зарарланган умуртқа таналари бир-бирига қўшилиб кетади ва битта суяк блоки ҳосил бўлади. Суякнинг емирилишдан олинган материални экиб ўстирилганда қўзғатувчи топилади.

Умуртқа актиномикози ҳам кам учрайди. Бунда умуртқа танасида, қўзғатувчи нурли замбуруғлар таъсирида кўплаб яллиғланган гранулёмалар

пайдо бўлади. Кўпинча тери устида нуқталар кўринишидаги оқма яралар ҳосил бўлади. Оқма яра йирингидан замбуруғ шодалари топилади. Рентгенологик текши-рувда кўплаб майда, атрофи склерозланган, суякнинг тарқоқ емирилгани аниқланади.

Умуртқалар эхинококкида эхинококк пуфакчалари секин ўсиб, бир неча йилга чўзилади. Клиник манзараси сийрак. Умуртқа танаси патологик синганда оғриқ азоб беради, эпидурал бўшлиққа эхинококк пуфакчалари кириши натижасида неврологик ўзгаришлар пайдо бўлади. Рентгенологик текширувда умуртқа танасида кичик уяли тўрсимон тасвир кўринади. Суяк атрофидаги тўқимада реактив ўзгаришлар кам ривожланади.

Умуртқа остеоид–остеомаси кўпроқ кичик ёшда учрайди. Асосий белгиси шуки, кечаси, маълум бир вақтда, бир соҳа азоб беради. Шикастланган умуртқани босганда оғриқ кучаяди. Атрофдаги юмшоқ тўқималар яллиғланмайди, тери ўзгармайди. Клиник ва лаборатор текширувларда яллиғланиш белгилари топилмайди. Рентгенологик текширувда остеоид–остеомага хос белгилар мажмуаси мавжудлиги ғовак ёки қаттиқ қатламда овал шаклда қорайгани маълум бўлади. Чегараси аниқ, ўчоқ атрофи тўқимасида ёриқ бўлади. Ёриқ атрофида қотган (склероз) ғовак суяк жойлашади. Ўчоқ яқинида қатлам-қатлам суяк тўқимали периостит бўлади. Жарроҳлик йўли билан шу ўчоқ олиб ташланганда оғриқ бутунлай йўқолади.

Хавфсиз ўсмалар орасида умуртқа остеобластокластомаси ва гемангиомалар биринчи ўринда туради. Умуртқа гемангиомаси (кўпроқ пастки кўкрак ва бел) қон–томир ўсмаси бўлиб, суякнинг қизил кўмигидан ривожланади, ҳар хил ҳажмдаги қонли бўшлиқлар сифатида бўлади. Ўсманинг эзиши таъсирида суяк устунларининг бир қисми остеокластик сўрилади, бошқалари эса реактив қалинлашади. Ўсманинг рентгенологик кўриниши ўзига хос. Суяк тузилмаси бузилиб, қалин трабекулалар кўринишида, уясимон бўлади, умуртқа таналари орасидаги диск одатда ўзгар-майди. Клиник белгилари сийрак. Касаллик кўпинча рентгенологик текширувда вақтда аниқланади.

Остебластокластома кўпроқ 30–40 ёшда учрайди. Зўрайиб борувчи оғриқ кузатилади. Ўсма умуртқа танаси орқа қисмига ўтиб, орқа мияга киради, орқа миянинг қисилиши натижасида фаолияти бузилади. Рентгенологик кўриниши умуртқа танаси марказидан чапда, тузилиши ноаниқ, суяк уясимон кенгаяди. Умуртқанинг хавфли ўсмалари хавфсиз ўсмаларига қараганда кўп учрайди. Бирламчи ва иккиламчи (метастатик) бўлади.

Катталарда бирламчи хавфли ўсмалардан **остеоген саркома, ретикулосаркома ва хондросаркома** аниқланади. Ўсма умуртқа каналига ўсиб кириб, қаттиқ оғрийди ва орқа миянинг сиқилиши белгилари юзага келишига сабаб бўлади. Метастатик ўсмалар бирламчи ўчоқдан ўсма ҳужайраларининг тарқалишидан пайдо бўлади. Клиник кўриниши асосан иккита: доимий оғриқ ва неврологик ўзгаришлардан иборат. Рентгенологик

текширувда суякдаги емирилиш силдан фарқ қилиб, фақат умуртқа таналарига тарқалмасдан, умуртқанинг бошқа жойларига, ўсиқларига ҳам тарқалади. Ўсма жараёни умуртқа таналари атрофида қалин, ғадир-будур соя кўринишида, ташқи кўриниши сил абсцессидан фарқ қилиб, юмалоқ ва четлари текис бўлади.

Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим сили касаллигининг дифференциал диагностикаси

Ултратовушли текширув усулларининг аҳамияти нафақат сил касаллигига "мойил гуруҳ" даги беморлар орасидан суяк сили касаллигини барвақт аниқлашда эмас, балки бу касалликни дифференциал диагностика ва даволаш жараёнидаги самара-дорлигини назорат қилиш хусусида ҳам ултратовушли текширув усулларидан фойдаланилади.

Ултратовушли текширув усуллари	Дастлабки кўрсаткичлар	50 ТБ билан Кох синамасидан кейинги кўрсатгичлар
Эхоостеометрия	Суяклардан товуш ўтиш тезлигини 5% гача камайиши, симметрик суякларга нисбатан.	Суяклардан товуш ўтиш тезлигини 3-5 суткасида, дастлабки кўрсаткичлари-дан 10,7 дан 15,4% гача янада пасайиб бориши.
Эхотомография	Юмшоқ тўқима, бўғим халта девори, суяк устки қатлами ва лимфа тугунларининг қотиб, катталашиши, сим-метрик ҳолатга нисбатан.	Юмшоқ тўқима ва бўғим халта деворлари кенгайиб, суяк усти қатламини ва яқин жойлашган лимфа тугунларини 0,5 см дан қотиб қалинлашиши

Текширув натижаларига асосланиб, суяк-бўғим силини ултратовушли диагностик тизими ишлаб чиқилди. Суяк –бўғим силини дифференциал диагностикаси, носпецифик, ревматоидли артрит, остеомиелит ва ўсма касалликлари билан олиб борилади. Бу касалликларда ҳам суякларда остеопоротик ўзгаришлар қайд қилинади. Сил касаллигини аниқлаш туберкулинга реактив ўзгаришлар асосида олиб борилади.

Суяк-бўғимлар силини такомиллаштирилган туберкулин-ултратовушли дифференциал диагностика усулини ишлаб чиқиб, амалиётга тадбиқ этилган. Усул шунга асосланганки, текширилган беморнинг суяк-бўғимлар ҳолати ва периферик лимфа безлари ултратовушли текширув (эхоостеометрия ва эхография) ёрдамида текширилиб, 2ТБ туберкулин синамаси манфий ва кам мусбат бўлган бемор ларга тери остига 50 ТБ туберкулин юбориб, кейинги 5 кун давомида ултратовушли текширув усули бир хил шароитда ва бир хил ҳолатда олиб борилади. Бу усул билан

текширилганда, 90,5% ҳолларда суяк-бўғимлари сили эрта босқичларида аниқлангани.

18.1-расм. Суяк сили касаллигини аниқлаш (алгоритми)

VI БЎЛИМ
СИЛНИ ДАВОЛАШ

19 БОБ
СИЛ ДАВОСИНИНГ УМУМИЙ АСОСЛАРИ

СИЛ КАСАЛИГИНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Ҳозирги замон фтизиатрия фанининг ривожланиши, сил хасталигини даволаш учун кенг имкониятлар яратди. Силни даволаш бекаму кўст олиб

борилиши шарт, унинг асосий тамойиллари мавжуд ва қуйидагилардан иборат.

1. **Кимётерапия ўз вақтида, имкон қадар, барвақт бошланиши самарали даволашнинг асосидир.** Сил касаллигини барвақт аниқлаш ва ўз вақтида тўла-тўкис даволаш сил жараёнининг кичик ҳажмдаги енгил, инволютив кечадиган турларининг қолдиқ ўзгаришларсиз, батамом сўрилиб кетишига олиб келади. Жараён кеч аниқланганда, фиброз, чандиқли ўзгаришлар ривожланиши, бронхлар дренажининг бузилиши, даволашни қийинлаштиради ва кўпинча бошқа касалликлар қўшилиши, дориларнинг ножўя таьсири, дориларга турғунлик даволаш самарасига ёмон таъсир қилади.

2. Махсус силга қарши дориларни тўла қўлланиши. Иккита ва ундан ортиқ кимёвий дориларни бирга қўллаш, уларнинг бактериостатик хусусиятларини кучайтиради ва дориларга турғунлик ривожланишининг олдини олади.

3. **Силни даволаш муддати** силнинг тури, даври, СМБ ажратиш муддати, дориларга турғунлик, даволаш самараси билан белгиланади.

4. **Сил касаллигини даволашнинг давомийлиги-** силга қарши дориларни узоқ вақт давомида стационар, санаторий ва амбулатория шароитида мунтазам қабул қилиш самарали даволашнинг асосларидан ҳисобланади. Маълумки, буюрилган дориларни мунтазам қабул қилмаган беморларда сил жараёни қайталаниши ҳамда дориларга турғунлик ривожланиши хавфи юқори бўлади.

5. **Силга қарши дориларнинг меъёрий миқдорини тавсия этишда** - беморнинг ёши, вазни, қўшилиб кечаётган хасталик-ларнинг бор ёки йўқлигини инобатга олиш керак. Дориларнинг энг меъёрий кундалик миқдорини аниқлашда уларнинг диффуз хусусиятларини, бемор қонидаги миқдорини, организмдан чиқиб кетиш йўлларини ва вақтини ҳисобга олиш лозим. Ёш болалар ва катта ёшдаги беморларга қўлланиладиган дорилар миқдори (дозаси) стандарт миқдордан ўртача 1/3 га кам бўлиши керак.

6. **Силга қарши дорилар беозор усулларда** юборилиши керак. Силга қарши дорилар кўпроқ таблетка, капсула, кукун шаклида бўлади, 2-3 маҳал ичиш тавсия қилинади. Рифампицин, этамбутол, пиразинамид, стрептомициннинг эса кундалик миқдорини бир маҳал ичиш мақсадга мувофиқ. Стационарда силга қарши дориларни бемор ҳар куни канда қилмай ичиб туриши керак (19.1-жадвал).

19.1-жадвал

+ўлланиладиган махсус кимёдориларнинг стандарт ва кундалик миқдори

Дори	Бир марталик миқдори	Кунлик миқдори	мг/кг
1.Изониазид	0,3-0,6	0,6	10
2.Фтивазид	0,5-1,5	1,0-1,5	20-25

3.Метазид	0,5	1,0	15
4.Рифампицин	0,6	0,6	10
5.Этамбутол	1,2-1,8	1,2-1,8	20-25
6.Стрептомицин сульфат	0,5-1,0	1,0	15
7.Этионамид	0,25-0,5		
8.Протионамид	0,25-0,5	0,75-1,0	10-15
9.Пиразинамид	0,25-0,5	1,5-2,5	25-30
10.Циклосерин	0,25	0,75	10-12
11.Канамицин	0,5-1,0	1,0	15
12.Натрий параминоса-лицилат (ПАСК-натрий)	3,0-12,0	9,0-12,0	150-200
13.Тиоацетазон (тибон)	0,05	0,10-0,15	0,5-1,0
14.Рифабутин	0,15	600	
15.Таривид (офлодекс, квинтор, ципролет)	400	800	
16.Капреомицин	0,5-1,0	1,0	15

Силга қарши баъзи дориларнинг кунлик дозасини бир маҳал ичиш давонинг самарасини оширади, чунки бемор қонида ва сил ўчоқларида дорининг юқори концентрацияси ҳосил бўлади. Бундан ташқари, тиббиёт ходимларининг бемордаги даволаш самарасини назорат қилиши осон бўлади. Бу, айниқСА, изониазид, рифампицин, этамбутол учун зарур. Силга қарши захирадаги дориларни шу тартибда қўлланилиши, уларнинг заҳарлаш таъсирини оширади. Махсус дориларни, чунончи изониазид ва рифампицин, этамбутол, пиразинамидни **кун ора** (интермиттик) **усулда** ичиш ҳали ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Бу усул, айниқса, амбулатория шароитида даволашни енгиллаштиради. Махсус дориларни кун ора буюрганда кундалик миқдори ортиқроқ, чунончи рифампицин-20-25 мг/кг, изониазид-15 мг/кг, этамбутол- 40-50мг/кг, пиразинамид- 75-100 мг/кг буюрилади. МДҲ мамлакатларида кенг тарқалган **усуллардан бири - махсус дориларни томирга юбориш.** Дориларни томирга юборилганда юқори бактериостатик концентрация ҳосил қилади, ошқозон-ичакка салбий таъсир қилмасдан, бемор организмига қон орқали тушади. Томирга изониазид, рифампицин, ПАСК-натрий, этионамид, офлодекс, ломефлаксацин юборилади. Силнинг оғир, ҳатто катта ҳажмдаги ўзгаришлар билан кечадиган миллиар, казеоз зотилжам, сил менингити каби турларида дориларни томирга юборилади. Ошқозон-ичак хасталикларида сил беморларга ҳам томирга юборган маъқул.

Монеликлар: флебит, тромбофлебит, қон ивиши жараёни-нинг бузилиши, қон айланиши етишмовчилиги, 2-3 даражадаги гипертония, тарқоқ атеросклероз, декомпенсация давридаги гепатит ва жигар циррози, нефроз, ўпкадан қон оқиши, микседема, эпилепсия. Ёши 60 дан ошган

беморлар, дориларни томирга юборишни хоҳламайдилар, шунинг учун уларнинг кўнглига қараш керак.

Рифампицин, стрептомицин, канамицин **эндобронхиал йўл** билан юборилганда ўпка сили ва носпецифик хасталикларда, бронхларда силга хос ўзгаришлар бўлганда самарали бўлади.

Силга қарши дориларни аэрозол ва ингаляция йўли билан юбориш сил беморларни даволашда ўз аҳамиятини йўқотмаган.

Монеликлар: беморнинг оғир аҳволи, муолажадан кейин брохоспазм, узоқ муддат оғир кечадиган йўтал.

Эндобронхиал ва бошқа усуллар билан олиб борилганда яхши натижа беради.

Силга қарши дориларни қабул қила олмаслик, ошқозон- ичак, жигар хасталиклари мавжудлиги дорилардан-рифамицин, изо-ниазид, этионамидни **шамча сифатида** ҳуқна қилишга кўрсатмадир.

Сўнги йилларда силга қарши дориларни **лимфотроп** юбориш кенг қўлланилмоқда. Бу усулда лимфа тизимида махсус дори катта миқдорда ҳосил бўлади ва иммун тизим кўрсаткичлари яхшиланади, дорилар жигар ва овқат ҳазм қилиш тизимига бормасдан, тўппа-тўғри лимфа ва қонга ўтади. (Белоцерковец В.Г., 2002). Изониазид ва канамицин лимфотроп усулда юборилади, микррокорректор сифатида гепарин, лидаза, новакаин қўлланилади.

Кимётерапия - сил билан хасталанган бемор организмида сил таёқчалари популяциясини йўқотишга олиб келадиган этиотроп даволаш усулидир.

Ҳозирги вақтда кимёпрепаратларни мажмуавий (қўшиб) қўллаш бутун дунёда тан олинган бўлиб, дориларга турғунлик пайдо бўлишининг олдини олиб, бактериоцид самарадорликни оширади.

Ҳозирги замон молекуляр биологиянинг тараққиёти, силга қарши турли дориларнинг микроб ҳужайрасига таъсир механизмини ўрганиш имконини берди.

Маълумки, изониазид бактерия ҳужайралари деворидаги микон кислота синтезини кескин сусайтириш ҳамда цитоплазма ДНКдан ташкил топган грануляр субстанциясини бузиши туфайли, сил таёқчаларига, айниқса кўпайиш хусусияти юқори бўлган ёш микроб ҳужайраларга бактериоцид таъсир қилади. Рифам-пициннинг ҳам ДНК синтезини тезлатадиган рибосомадаги РНК фаоллигини сусайтирадиган бактериоцид таъсири бор. Рифампицин, изониазид сингари тез таъсир қилишдан ташқари, секин кўпаядиган, ҳатто персистенция ҳолидаги сил микобактерияларига ҳам таъсир қилади.

Пиразинамид фақат секин кўпаядиган ва жумладан, макрофагларда ҳужайра ичида жойлашган СМБ ларга бактериоцид таъсир қилади. Пиразинамиднинг таъсир механизми батафсил ўрганилмаган, лекин энг

самарадор натижа — pH 5,5 бўлган кислотали муҳитда персистенция ҳолидаги сил таёқчаларига нисбатан таъсири кузатилган.

Стрептомицин нисбатан кучсиз бактериостатик хусусиятга эга бўлиб, асосий таъсир механизми рибосомал протеинларни боғлаш, синтезини секинлаштириш билан намоён бўлади. Стрептомициннинг бактериостатик хусусияти бирданига эмас, балки кўпайиш босқичида бўлган ва ҳужайра ташқарисида жойлашган микроб ҳужайралар авлодидан сўнг намоён бўлади. Этамбутол фақат катта дозада (24 мг/кг) микроб ҳужайраси деворини бузиб, бактериоцид таъсир кўрсатади.

Силни даволаш учун қўлланиладиган кимё воситалар уч гуруҳга бўлинади:

1-гуруҳ- сил таёқчаларига таъсири жиҳатидан фаол дорилар - изониазид ва унинг аналоглари, рифампицин;

2-гуруҳ- ўртача фаолликдаги дорилар - этамбутол, про-тионамид, пиразинамид, стрептомицин, канамицин, флорамицин;

3-гуруҳ: унча фаол бўлмаган дорилар- пара-аминосали-цилат кислота (ПАСК) ва тибон (тиоцитозон).

Ҳамда амикацин, этионамид, ёки протионамид, офлоксацин (таривид) ва ципрофлоксацин (ципробай) ҳам тавсия этилади. Янги дорилардан спарфлоксацин, кларитромицин экспериментал ўрганилмоқда.

Сўнги йилларда бутун дунёда силга қарши кўп компонентли дорилар кенг қўлланиладиган бўлди. Бу дориларнинг афзаллиги қуйидагилар:

1. Кунда 1 марта қабул қилинади.

2. Тиббиёт ходимлари назорати осон бўлади.

3. Кўп компонентли силга қарши дориларни қўллаш кимётерапия тартиби бузилишининг, монотерапия ва дориларга турғунлик ривожланишининг олдини олади.

Силга қарши кўп компонентли дорилар қўлланишининг салбий томони - беморга дорилар ножўя таъсир қилганда ва сил таёқчаларида дориларга турғунлик пайдо бўлганда, дориларнинг қайси компоненти ҳисобига эканлигини аниқлаш қийин ва ҳар бир беморнинг ўзига хос ёндошишни қийин-лаштиради (19.2-жадвал).

19.2-жадвал

Кўп компонентли силга қарши препаратлар

Номи	Таркиби
1.Рифатер	Ҳар бир таблеткада H50мг+R120мг+Z300мг
2.Рифамат	Ҳар бир таблеткада- H300мг+R600мг
3.Зукокс плюс	Ҳар бир капсулада- H300мг+R450мг
4.Римстар-4/DC	Ҳар бир капсулада -H75мг+R150мг+E275 мг +Z400мг
5.Римкуре-4/DC	Ҳар бир капсулада- H75мг+R150мг+

	Z400мг
6.Римоктазид	Ҳар бир таблеткада H75мг+R150мг
7.Изоэрефат	Хар бир таблеткада H300мг+R450мг
8.Майрин	Ҳар бир таблеткада H75мг+R150мг+ E300мг
9.Рифапентин	Ҳар бир таблеткада H300мг+R600мг
10.Т-рифамизон	Ҳар бир таблеткада H150мг+R300мг
11.Зукокс кит	Ҳар бир блистерда 1 капсула 300мг H+ R450мг+ 2 капсула Z800мг бор
12.Зукокс Е	Ҳар бир блистерда 1 капсула 300мг H+ R450мг+ 2 капсула Z800мг+ 2капсула ҳар бири 800 мг бўлган этамбутол бор
13.Тубитал-1	Таркибида 1 капсула 300мг H+ R450мг+ 2 капсула Z1000+E1200мг бўлган 9 блистердан иборат
1	2
14.Тубитал-2	Таркиби 1 капсула 300мг H+ R450мг+ 2 капсула E1200мг иборат 18 блистер
15.Анакокс кит форте	Ҳар бир блистерда 1 капсула 150мг H+ 2 капсула R300мг+ 2 капсула Z 750мг+ 2 капсула E 600 бор. R600+H300+E1200+Z1500
17.Рифинаг	R100+H150
18.Тибинекс	R150+H100
19.Фтизоэтам	H150+E150+витаминB6 (30)
20.Рифакомб	R150H100+витамин B610
21.Римкур	R150H150Z400
22.Тубовит	R150+H100+витамин B610
23.Трикокс	R150H150Z350
24.Изокомб	R120+H60+Z300+E225+ витаминB6-(10 мг)
25.Ломекомб	Ломеофлакцацин200+H135+Z370+E325+ витаминB6-(10 мг)
26.Противокомб	Ломеофлакцацин 200+ протионамид(188) + Z(370) +E(325) + витамин B6-(10 мг)

Изоҳ: H- изониазид, R- рифампицин, Z- пиразинамид, E-этамбутол.

Текширишлар, силга қарши кўп компонентли дориларнинг фармакокинетик кўрсаткичларининг ҳар бири алоҳида ичилган силга қарши дорилар кўрсаткичларидан қолишмаслигини кўрсатди. Кўп компонентли силга қарши дориларни, дориларга сезгир, илк бор сил билан хасталанган беморларни жадал даволашнинг кўмак босқичларида қўллаш тавсия этилади. Бундан ломекомб ва протиокомб истисно. Бу дорилар таркибида

ломеофлоксацин борлиги изониазид ва рифампицинга турғун сил турларини даво-лашга кўрсатмадир. Силга қарши кўп компонентли дориларнинг ножўя таьсири ҳар бири алоҳида қўлланиладиган силга қарши дорилар ножўя таъсирлари билан бир хил.

Ҳозирги вақтда, биринчи марта сил жараёни аниқланган беморларда кимётерапияни икки босқичда олиб бориш асосланган.

Биринчи босқичда — даволашнинг илк босқичи - 2-3 ой давомида 4-5 та кимёвий дориларни қўллаб, сўнгра 2 кимёвий дори қўлланилади. Айни вақтда бактериоцид хусусиятга эга бир нечта дори бериш даволаш муддатини 6— 8 ойгача қисқартириш имконини беради.

Кимётерапия биринчи босқичининг асосий мақсади тез кўпаядиган микроб ҳужайралари ҳисобига бактерия популя-циясини кескин камайтириш бўлса, иккинчи босқич эса, тез кўпаядиган персистенция ҳолидаги бактерияларнинг янгидан-янги кўпайиши олдини олишга қаратилган.

Кимётерапия усулларини танлашда сил хасталигининг клиник турлари эмас, балки балғамда сил микобактерияларининг борлигини белгилайдиган бактерия популяциясининг миқдори, сил билан зарарланган аъзолардаги зарарланиш ҳажми, бемор аҳволининг оғирлиги муҳим аҳамиятга эга.

Кимётерапияни қўллаш кўрсатилган барча беморлар даво-лашнинг турли усулларига кўра, 4 гуруҳга бўлинади (Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 160-буйруғи).

1-гуруҳ, жуда катта аҳамият беришни талаб қилади. **Бу гуруҳга балғамда оддий, тўғри микроскопия усулида СМБ топилган, эпидемиологик жиҳатдан хавфли бўлган, ўпкасида биринчи марта сил аниқланган беморлар киради.** Бу беморлар махсус шифохоналарда даволаниши шарт (19.3-жадвал).

19.3-жадвал

Беморларни даволаш тартиблари

Тоифа	Интенсив босқич	Кўмак босқич
1 тоифа	2(3)HRZE (S)	4H3R3 ёки 4HR ёки 7H3R3 ёки 7HR ёки 6HR
2 тоифа	2HRZES/1(2)HRZE 2HRZES/1(2)HRE	5H3R3E3 ёки 5HRE
3 тоифа	2HRE	4H3R3 ёки 4HR ёки 6HR

Изоҳ: H-изониазид, R-рифампицин, Z-пиразинамид,
E -этамбутол, S-стрептомицин.

Айни бир вақтнинг ўзида изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол ёки стрептомицин қўллаш, даволашнинг биринчи босқичини 2—3

ойга, умумий даволаш муддатини эса 6—8 ойга қисқартиришга имкон берди. Бацилляр беморларнинг кўпчилигида даволашнинг дастлабки босқичида сил таёқчаларини ажратиши тўхтаган. Сўнгги 4—6 ойларда (кимётерапиянинг кўмак босқичи) суст кўпаядиган ҳамда персистенция ҳолидаги ва ўлмай қолган бактериал популяциясига бактериоцид таъсир қилиш мақсадида кимётерапия давом эттирилади. Бу даврда изониазид ва рифампицин ҳар куни ёки кун ора қўлланилади. Изониазидни этамбутол билан бирга қўллаш ҳам мумкин. Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш керакки, бемор даволашнинг ҳар иккала босқичида кимёвий дориларининг зарур бир кунлик миқдорини қабул қилиши лозим.

Кимётерапиянинг дастлабки босқичи **2-гуруҳ беморларни** даволашда 1-гуруҳ беморлардан кам фарқ қилади, биринчи босқичда кимёвий препарат (изониазид, рифампицин, пира-зинамид, этамбутол ва стрептомицин) билан, иккинчи босқичда эса 5 ой давомида уларнинг 3-таси билан даволаш олиб борилади. 2-гуруҳга силнинг қайталаган турлари, даволашнинг ножўя натижаси, даволаш тартибини бузган беморлар, “бошқалар“ гуруҳидан ўтказилган беморлар киради.

1- ва 2-гуруҳ беморларда кимётерапиянинг асосий фарқи дориларга турғунлик билан белгиланади.

1- ва 2-гуруҳ сил таёқчаси ажратадиган беморларда дорилардан бирига изониазид ёки стрептомицинга ёки иккита дорига турғунлик бўлганда 4 ёки 5 кимё препарат қўллаш тавсия этилади. Бу гуруҳ беморларда СМБни ажратишни тўхтатишга анча кеч даволаш бошлангандан сўнг 4—6 ой ўтгач, эришиш мумкин.

Кимётерапиянинг, айниқса дастлабки босқичида, капсула ёки таблетка ҳолидаги кимёпрепаратларни ҳар куни қабул қилиш самарали даволашниг асосий шартидир. Шифохона шароитида тиббиёт ходимлари назоратида беморларга таблеткаларни ёки капсулани ичиб туриш имконини беради.

Беморларни кимётерапия жараёнида кузатиш фақатгина назорат учунгина эмас, балки биринчи ойда бир марта беморлар балғамини оддий микроскопда сил таёқчаларини аниқлаш учун зарур.

Бемор балғамида СМБ сони, одатда, даволашнинг иккинчи ойида камаяди ва бактерия популяцияси миқдорининг камайишидан далолат беради. Жуда кўп миқдорда сил таёқчалари ажратилган ҳолларда, балғам конверсияси даволашнинг 3—4 ойлари охирида кузатилиши мумкин. Баъзан бемор 6—8 ой давомида сил таёқчаларини, айниқса, дориларга бирламчи турғунлик бўлганда ажратиб туриши мумкин. Шу сабабли, даволашдан олдин балғамнинг сил таёқчаларига ҳамда дориларга сезгирлигини аниқлаш жуда муҳим. Текшириш натижаларини кимётерапияда текшириб бориш зарур: силга қарши дорилардан баъзи бирларига турғунлик бўлганда бошқа дорини бериш керак.

Сил таёқчаларининг дориларга сезгирлигини ўрганишни, айниқса I—II гуруҳ беморларда клиник, рентгенологик ва бошқа лаборатор текширувлар

билан олиб бориш керак. Кимёте-рапиянинг асосий мақсади силга қарши дориларнинг бактериоцид таъсирида СМБ популяциясини камайтириб, йўқ қилиш.

Бактерия популяцияси камайгани сари сил яллиғланиши сўрилади, каваклар ёпилади, ўчоқлар инкапсуллициясига яхши шароит туғилиб, склероз жараёнининг олдини олиш мумкин.

Сил жараёнининг битиши балғам конверсиясидан анча орқада қолиб, самарали кимётерапиядан бир неча ой ўтгач кузатилади. Шартли равишда сил жараёни регрессиясининг изчил 3 та босқичини ажратиш мумкин:

1. Заҳарланиш белгилари — ҳолсизлик, ҳарорат кўтарилиши, терлаш ва хоказо/ҳамда йўтал, балғам ташлаш каби клиник белгиларнинг йўқолиши;

2. Балғамда СМБ миқдорининг камайиши ва умуман йўқолиши.

3. Сил билан зарарланган аъзолардаги яллиғланишнинг сўрилиши, кавакларни ёпилиши ва репаратив ўзгаришларнинг ривожланиши.

Баъзи беморларда сил жараёни инволюцияси ва маҳаллий ўзгаришлар секин сўрилиб, битади. Бундай беморларга кимё-терапиядан ташқари, бемор организмида тикланиш жараёнларини тезлаштиришга қаратилган патогенетик усуллар (иммун-стимуляторлар), физдаво, коллапстерапия тавсия этилади.

Шундай қилиб, кимётерапиянинг клиник аҳамияти орга-низмдаги СМБни йўқотиш, силга хос ўзгаришлар инволюциясига ҳамда сўрилиб битиш жараёнларига имкон яратиш билан белгиланади.

Кимётерапиянинг эпидемиологик аҳамияти сил таёқчасини сил билан хасталанган беморлар атрофидаги бошқа одамларга юқтиришининг олдини олиш ва сил билан зарарланиш, касал-ланишни камайтириш билан белгиланади. Кимётерапиянинг эпидемиологик самараси бошқа кўрсаткичлардан олдинроқ юз бериб, бемор балғамини конверсиясига боғлиқ.

3-гуруҳ (силнинг абацилляр кўринишлари) кимётерапияси ҳам муҳим эпидемиологик ва клиник аҳамиятга эга. Бу гуруҳ беморларда 1- ва 2-гуруҳдан фарқли равишда бактериал популяция миқдори камлиги туфайли, клиник самара тезроқ кузатилади. Сил таёқчалари ажратмаганликлари учун беморларда бактериал популяция динамикасини кузатиб бўлмайди. 3-гуруҳга ўпка сили илк бор аниқланган, авваллари даволанмаган, сил таёқчалари ажратмайдиган беморлар, шунингдек ўпкадан бошқа жойдаги силнинг енгил, чегараланган турлари ҳам киради.

3-гуруҳ беморларда эпидемиологик самара сил жараёни кучайиб боришининг ва сил таёқчалари балғамда пайдо бўли-шининг олдини олиш билан белгиланади.

Даволаш самарадорлиги клиник-рентгенологик натижаларга қараб аниқланади.

Сил билан хасталанган беморларни даволаш учун қўлланиладиган кимётерапиянинг замонавий усуллари стандарт тартиблар асосида олиб

борилади, чунки ҳар бир бемор гуруҳида қўлланиладиган схемалар, кимё препаратларнинг турли комби-нацияларини даволашнинг турли муддатларида қўллаб олинган даволаш самарадорлигига асосланган.

Баъзи бир беморларда дориларга турғунлик ҳамда кимё препаратларнинг ножўя таъсирлари туфайли, стандарт кимё-терапия анча қийинлашади.

Айниқса, 4-гуруҳ сил хасталигининг сурункали тури билан хасталанган беморларда кўпгина дориларга, жумладан, изониазид ва рифампицинга турғунлик (полирезистентлик) кузатилиб, самарали кимётерапия ўтказиш қийин бўлади.

Сўнги вақтларгача бу гуруҳ беморларини даволашда ҳар бир беморда СМБ дориларга сезгирликни аниқлаш натижаларига (2—3 ойдан сўнг) кўра, силга қарши дорилар тавсия этиларди.

Ҳозирги вақтда силнинг сурункали тури билан хасталанган ва дориларга турғун беморларга кимётерапияни қўшимча равишда пиразинамид ва этамбутол билан олиб бориш тавсия этилади, чунки бу 2 та кимёпрепаратга СМБ жуда кам ҳолларда турғунлик ривожланади. Дориларга турғун бўлган СМБ ажратадиган беморларни даволаш фтизиатриянинг муҳим ва қийин муамо-ларидан ҳисобланади. Бу беморларнинг кўпчилигини фиброз-кавакли сил, тарқалган силнинг сурункали тури, яллиғланган силнинг емирилган турлари, казеоз зотилжам ташкил этади. Камдан-кам ҳолларда цирротик сил билан хасталанган беморлар учраши мумкин.

ЖССТ мутахассисларининг фикрича, мултирезистент сил таёқчалари камида изониазид ва рифампицинга турғун бўлган сил таёқчаларини англатади.

Клиник нуқтаи назардан В.Ю. Мишин (2004) таклиф этган тасниф амалий шифокор учун қулай.

Дориларга турғун сил таёқчаларини ажратадиган беморларни 2 гуруҳга бўлиш мақсадга мувофиқ.

1-гуруҳ - асосий силга қарши дориларга турғун сил таёқчалари ажратадиган беморлар;

2-гуруҳ - асосий ва заҳирадаги силга қарши дориларга турғун сил таёқчалари ажратадиган беморлар.

Даволашдан олдин, албатта, бемор ажратадиган сил таёқ-чаларининг дориларга сезгирлигини аниқлаш керак. Даволаш ҳар бир беморга хос равишда олиб борилади. Дориларга турғун сил таёқчалари ажратадиган беморларни даволаш дориларга сезгирликни аниқлаш имконияти бўлган лаборатория бор махсус силга қарши даволаш муассасаларида ўтказилади.

Дориларга турғун сил турларини даволашнинг жадал босқичи 6 ой бўлиб, шу муддат давомида камида 5 та силга қарши дорини қўллаш тавсия этилади. Асосий ва заҳирадаги силга қарши дориларни қўшиб қўллаш яхши самара беради. Дориларга турғун сил таёқчалари ажратадиган беморларни даволашнинг турли тартиблари ишлаб чиқилган. Ўзбекистонда Д.З.Мухтаров

ва бошқа муаллифлар (2007) ишлаб чиққан полирезистент сил беморларни даволаш усули ва тартиби самарали эканлиги исботланди (19.4-жадвал).

19.4-жадвал

Полирезистент сил билан хасталанган беморларни даволаш тартиби

Дори тартиби	Мик-дори мг,кг	Юбориш йўли	+абул вақти	Неча марта кунда	Даволаш муддати, ой
Изониазид	10-15	Томирга томчи-латиб	Соат 8 овқатлан-гандан кейин	Кунда 1 маҳал	6
Изониазид-х	5	Per os	Соат 18 овқатлан-гандан кейин	Суткада 1 маҳал	6
Рифабутин	5	Per os	Соат 14 овқатлан-гандан кейин	Кунда 1 маҳал	6
Протионамид	12,5	Per os	Соат 10, 14 ва/ёки соат 18.30 овқатлан-гандан кейин	Кунда 2 ёки 3 маҳал, ҳар куни	6
Пиразинамид	25	Per os	Соат 12 овқатлан-гандан кейин	Кунда 1 маҳал, ҳар куни	6
Этамбутол	25	Per os	Соат 17.30 овқатлан-гандан кейин	Кунда 1 маҳал, ҳар куни	6
Амикацин	16,0	Мушак ичига	Соат 10-11	Кунда 1 маҳал, ҳар куни	2-3

Изоҳ: х -кучли ацетилляторлар учун.

Жадал босқич, ижобий клиник-рентгенологик ўзгаришлар ва балғамни микроскопик ва бактериологик усулда текширишда икки марта манфий жавоб олингунга қадар давом эттирилиши керак. Бу босқичда мажмуавий даволаш самарасини оширишда сунъий пневмоторакс ва жарроҳлик муложалари муҳим аҳамиятга эга бўлади. Беморни кўмак босқичга ўтказиш учун ўпкадаги сил жараёни барқарор бўлиши ва ижобий клиник-рентгенологик ўзгаришлар рўй бериши, балғам конверсияси бўлиши зарур. Бу босқичда сил таёқчалари сезгирлиги сақланган ҳолда, камида 3 хил асосий ёки заҳирадаги дориларни 12 ойгача ичиб туриш керак. Агар бемор силга қарши асосий ва заҳирадаги дориларга турғун сил таёқчалари ажратаётган бўлса даволаш қийинлашади. Бундай ҳолларда сезгирлик

сақланган дорилардан иборат мажмуа қўлланилади. (Соколова Г.Б.,2007) (19.5-жадвал).

19.5-жадвал

Силга қарши асосий ва заҳирадаги дориларга турғунлик бўлганда қўлланиладиган кимёдаво тартиби (Соколова Г.Б., 2007).

СТ дориларга турғунлик тури	Кимётерапия тартиби
HRSZEKPt	EpasCapCsFq
HRSZEKCS	EpasCapPtFq
HRSZEKPas	E(Z)CapPtCsFq
HRZEKFq	E(Z)PasCapPtCs
HRSZEKPtCs	E(Z)PasCapFq
HRZEKPtCsPas	EZPasCapFq
HRSZEKPtPasCap	EZPasCapFQ
HRSZEKPtCsPASCap	EZPasCapFq
HRSZEKPtCsPasCapFq	EZPasCap

Изоҳ: H-изониазид; R- рифампицин; Z- пиразинамид; E- этамбутол; S-стрептомицин; K- канамицин (амикацин); Cap- капреомицин; Fq-фторхинолон; Pt- протионамид; Cs- циклосерин; Pas-аминосалицил кислота.

Ҳозирги кунда кўпчилик мамлакатларда силга қарши дориларга турғун сил таёқчаларини ажратадиган беморларни даволашда стандарт тартибга асосланган ДОТС+ дастури кенг қўлланилмоқда (Farmerp.E. et al.,1998). Бу тартибда даволашдан аввал беморнинг олдин қайси тартибда қандай даволангани, сил таёқчаларининг дориларга сезгирлиги ҳақида тўлиқ маълумотга эга
бўлиш керак. ЖССТ нинг тавсиялари ичида полирезистент силни даволашда энг самаралиси–аминохинолонлар (каприомицин, капацин, капастат-500-1000 мг), фторхинолонлар (таваник-500 мг, заноцин-600-800 мг, офлоксацин 600-800 мг), циклосерин (500-750 мг), протионамид (500-750 мг) мажмуасидан иборат тартибдир. Даволаш муддати 18-24 ой бўлиб, жадал босқич 3-5 ойни ташкил этади. Кўмак босқичда 2-3 силга қарши дори тавсия қилинади.

Ўзбекистон Республикасининг Тошкент шаҳри ва +ора-қалпоғистонда DOTS+ бўлимларида бу дастур амалга татбиқ қилинган бўлиб, самара бермоқда.

Шундай қилиб, тавсия этилаётган «DOTS» номини олган замонавий қисқа муддатли назоратдаги кимётерапия 2 босқичдан иборат бўлади: бошланғич 2—3 ойлик босқичда бирдагина 4—5 бактериоцид дори, кейинги

босқичда 2 та дорини 6—8 ой назорат остида ичиш тавсия этилади, бу яхши самара беради.

ЖССТ маълумотига кўра, DOTS дастури сил билан хасталанишни дунёда жуда камайтиришга олиб келиши керак.

СИЙДИК ЧИ+АРИШ ЙЎЛЛАРИ ВА ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СИЛИНИ ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ

Фармакотерапия

Сийдик ажратиш йўллари ва жинсий аъзолар силининг замонавий кимётерапияси этиотроп, носпецифик антибактериал ва патогенетик терапияни ўз ичига олади, ҳар бир бемор учун ўзига хос равишда энг мукаммал даволаш тартиби ва услубларини танлашни тақозо этади.

Сил кимётерапиясининг умумий тамойиллари юқорида алоҳида бобда келтирилди. Биз, асосан, фтизиоурология клиникаси учун хос масалаларга тўхталиб ўтамиз.

Махсус антибактериал терапия услублари

Маҳаллий кимётерапия усуллари

Даволаш самарадордлигини ошириш мақсадида, умумий махсус кимётерапиядан ташқари, фтизиоурология амалиётида маҳаллий этиотроп терапия услублари кенг қўлланилади.

Бу услублар кўрсатмаларга қараб қуйидагилардир:

- қовуқ силида қовуқ бўшлиғига АБП - S (K), R, H ларнинг – новокаин ва/ёки лидокаин эритмаси билан, патогенетик даволаш воситалари аралашмалари инстилляциялари, АБП - S(K) ёки H электрофорезини ҳам қўллаш мумкин;
- простата бези силида R, H ли ҳуқна шамчалар, оғриқсизлантирувчи ва патогенетик терапия воситалари қўшилган ҳолда қўлланилиши мумкин. Маҳаллий кимётерапия оғриқсизлан-тирувчи ва патогенетик терапия воситалари қўшилган ҳолда H ва/ёки S (K) микроклизмалари ёки “Стержен-1” турдаги ултратовуш терапия ёрдамида буларнинг эритмаларини тўғри ичакка томчилаб юбориб, ректал фонофорез ўтказиш мумкин;
- уретра силида уретрага АБП - S (K), R, H ларнинг – новокаин ва/ёки лидокаин эритмаси билан, патогенетик даво воситалари қўшилган аралашмалари инстилляциялари ўтказиш мумкин;
- сил (орхо)эпидидимитида ҳам АБП - S (K) ёки H электрофорезини қўллаш мумкин;
- силга қарши препаратлар - S (K), R, H жарроҳлик муолажаси давомида операция жароҳатларига, операциядан кейинги муолажларда жароҳатлар бўшлиғига, оқма яраларга юбориш мумкин.

Маҳаллий кимётерапия услубларини қўллаш давомида, умумий ва маҳаллий антибактериал терапиянинг умумий ҳажмини ҳисобга олган ҳолда,

АБП ларнинг кунлик миқдорини аниқ ҳисобга олиш шартлигини эсдан чиқармаслик зарур.

Махсус эндолимфатик ва лимфотроп кимётерапия

Ҳозирги кунда махсус эндолимфатик ва/ёки лимфотроп терапияларни қўллаш фтизиоурологик беморларни этиотроп даволаш услубларидан юқори самарадорлиги эътироф этилган.

ЭЛТ ва ЛТТ қўлланилишининг назарий асосларини қуйидагилар ташкил этади:

- лимфа тизими, гомеостаз ва гуморал транспортнинг бевосита қисми бўла туриб, этиология ва патогенезидан мустасно, барча патологик жараёнларда қатнашади;
- патогенетик омиллар қаторида, лимфа тизимининг фаолияти ўзгариши ва бузилиши касалликларнинг ривожланишига ва оқибатига таъсир қилиб, кўпчилик ҳолларда ҳал этувчи ўринни эгаллайди;
- ҳозирги замон клиник лимфология воситалари, патологик жараён таъсирида лимфа тизимининг сусайган фаолиятини кучайтириб бериш имкониятларига эга;
- бемордаги мавжуд лимфа тизими фаолиятининг бузилишини барвақт тузатиш ва мукаммалаштириш, касалликни даволашда муҳим, қатор ҳолларда эса - асосий шартлардан бири бўлади.

ЭЛТ техник асослари

Товоннинг юза магистрал лимфа томирини катетеризацияси махсус тайёргарлик тадбирларга муҳтож эмас. Оёқ учун илиқ ванна
кифоя. Жарроҳлик муолажаси қуйидаги босқичлардан иборат:

- ***Лимфа томирини контраст бўяш***. Операция майдони тайёрлангандан сўнг, 1 ва 2 бармоқ орасидаги тери остига 0,5 мл метилен кўки ва 0,5 мл новокаиннинг 0,5% эритмаси аралашмаси
юборилади. Препарат лимфа йўлларига сўрилиб, лимфа томирлари бўялади.
- ***Лимфа томирини очиш ва ажратиш***. Новокаиннинг 0,5% эритмаси билан маҳаллий анестезия (оғриқсизлантириш) ўтказилиб, товон юзи ўрта текислик қисмида кўндаланг равишда 2-3 см узунликда тери кесилади. Магистрал лимфа томири эҳтиётлик билан 1,5-2,0 см атроф тўқималардан ажратилади.
- ***Лимфа томири катетеризацияси.*** Томир девори микро-қайчи билан томир диаметрини, тахминан, ярмигача кесилади. Томирга 1,0-1,5 см гача микрокатетер киргизиб, 2-3 капрон ип билан маҳкамланади. Катетернинг дистал қисми теридаги контра-опертура орқали чиқариб, терига капронли ип чоклари билан маҳкамланади. Операцион жароҳатни тикиб, асептик боғлам қўйилади.
- ***Кимёпрепаратлар инфузияси.*** АБП эритмлари аралашмаси фақат автоматик инъектор ёрдамида лимфа томирига юборилади. У аралашмани

жуда секин, бир хил тезликда ва тўхтовсиз юбо-рилишини таъминлайди. Бу энг давомли босқич. Дорилар ара-лашмасини жуда секин ва тўхтамай юборилиши лимфа тизи-мининг морфофункционал хоссаларига, яъни, лимфа томирлари-нинг мўртлиги ва ичидаги босим пастлигига тўла мос.

Эндолимфатик кимётерапия ўтказиш тартиби

Беморларга Н 0,5 г ва К/А 0,5 г 0,5% новокаиндаги эритмаси юборилади. Инфузиялар ҳар куни, автоматик инъектор ёрдамида 0,2-0,5 мл/мин тезликда юборилади. Муолажа давомида ва ундан кейин бемор 2 соат давомида ётиши шарт. Инфузия тугагач, микрокатетерни 1,0 мл натрий хлориднинг 0,9% эритмаси билан ювиб, 0,5 мл (2500 Б) гепарин юборилади. Ҳар бир катетеризацияга, ўртача 8-12 эндолимфатик инфузия тўғри келади. ЭЛТ дан ташқари, бемор, шифокор танлаган схемага асосан, 2-3 хил АБПни (R, E, Z, F) одатдаги миқдорда қабул қилади.

ЭЛТ ўтказилганда ижобий натижалар эрта намоён бўлади. Буйрак сили билан касалланган беморларда 2-3 инфузиядан сўнг оғриқ белгилари йўқолади ёки жуда камаяди. +овуқ силида, ЭЛТ динамикасида 5-12 кун муддат ичида дизурия аломатлари йўқолади ёки жуда камаяди. Ижобий ўзгаришлар ярали циститда рўйи рост намоён бўлади. Микроцистис билан хасталанган бемор, қовуқ ҳажми кичрайгани туфайли, тез-тез сияди (поллакиурия). Простата бези сили ва сурункали простатитда ЭЛТ курсидан сўнг, оғриқ тезда йўқолиши, простата безининг физикал текширувда ижобий ўзгаришлари ва потенциянинг кучайиши кузатилади. Бундай натижаларга эришмоқ учун оддий услубларда 25-30 кундан тортиб, 2-4 ва бундан кўп ой муддат давомида даволаниш керак.

Эндолимфатик кимётерапия динамикасида кузатиладиган самарали даволаш таъсири ва патология ўчоғи чегараланиш жараёнининг тезлашиши, кўрсатмалар мавжуд ҳолатларда, атиги 8-10 инфузиядан кейин жарроҳлик муолажасини ўтказишга имкон беради. Маълумки, бирламчи беморга буйрак сили сабабли нефроуретерэктомия ўтказиш учун камида, 1,5-2 ой давомида махсус антибактериал терапия ўтказиш керак, эпидидимоэктомия учун эса 1-1,5 ой зарур. Баъзи ҳолларда, даволаш самараси юқори бўлиши сабабли, жарроҳлик муолажасидан воз кечиб, ЭЛТнинг ўзи кифоя қилади.

Эндолимфатик кимётерапия ўтказиш учун, асосан, дориларга ножўя таъсирот пайдо бўлиши эҳтимоли катта бўлган беморлар танланган. Бу беморлар анамнезида гепатит бўлган ёки/ва сурункали гепатит билан хасталанганлар, ошқозон-ичак тизими хасталиклари бор, қандли диабет, буйрак етишмовчилиги, анамнезида дорилардан заҳарланиш турдаги ножўя таъсирини ўтказганлар. Бундай беморларда оддий услубларда самарали ва сифатли махсус кимётерапия тўла ҳажмда амалга ошириш жуда мураккаб масаладир.

Эндолимфатик кимётерапия ўтказиш учун кўрсатмалар

Клиникамизда тўпланган тажрибага асосан, махсус ЭЛТ ўтказиш учун қуйидаги асосий кўрсатмалар аниқланди:

1) кимётерапия оддий услублар самарасининг камлиги ва/ёки жадал антибактериал терапияни ўтказиш зарурати;

2) фтизиоурологик беморларни жарроҳлик муолажасига тайёрлаш;

3) дориларнинг ножўя таъсири ривожланган ёки бундай ҳолатнинг юқори эҳтимоли мавжуд бўлган беморларда кимётерапияни ўтказиш зарурати.

Махсус эндолимфатик кимётерапия ўтказиш учун қарши монеликлар

1) оёқлар элефантизми;

2) анамнезда ЭЛТ да қўлланиладиган препаратларга аллергик реакциялар (тез ривожланадиган турларида) мавжудлиги;

3) товонларнинг йирингли касалликлари;

4) декомпенсация босқичидаги қон айланиши етишмовчилиги.

Эндолимфатик кимётерапиянинг асоратлари

Урогенитал силни даволаганда эндолимфатик кимётерапия ўтказиш жараёнида ва бундан кейин асоратлар кам учрайди. Улар, асосан лимфа суюқлигининг димланиши (лимфостаз) – муолажа ўтказилган томонда товон ва болдирнинг пастки учдан бир қисмида унча катта бўлмаган шиш сифатида бўлади. Лимфа суюқлигининг димланиши 15-30 кунда ўз-ўзидан қайтиб кетади. Беморларнинг бир қисмида кимёпрепаратларнинг лимфа томири деворига ножўя таъсири оқибатида, яллиғланиш (лимфангоит) аломатлари пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат, ЭЛТ курси тугагач, 2-3 кундан сўнг ўз-ўзидан йўқолади.

Лимфотроп терапия

Махсус ЭЛТ, кенг қабул қилинган даволаш услубларга нисбатан юқорида кўрсатилган устунликлардан ташқари, бир қатор камчиликларга эга. Булар – шифокор жарроҳдан махсус малака талаб этадиган микрожарроҳлик муолажаси ўтказиш зарурати, махсус асбоб-ускуна ва жиҳозлар кераклиги, ўтказиладиган инфузиялар сонининг чегаралганлигидир. Лимфотроп терапия (ЛТТ) самарадорлиги ЭЛТ га нисбатан сезиларли даражада пастроқ бўлса ҳам юқорида қайд этилган нуқсонлардан ҳолидир. Шу билан бирга, бу иккала услуб бир-бирини тўлдириши мумкин. Хусусан, ЭЛТ курси тугагач, махсус кимётерапияни ЛТТ усулини қўллаб давом эттириш мумкин. Лимфотроп терапиянинг ЭЛТ га нисбатан энг асосий яхшилиги, уни ҳар қандай шароитида, зарурият туғилганда, амбулатор шароитда ҳам ўтказиш мумкинлигидир.

Лимфотроп кимётерапия ўтказиш тартиби

Беморни ётган ҳолатида болдирининг юқори учдан бир қисмига тонометр манжети тақилади, с.у. 35-40 мм босим ҳосил қилиб, манжет найчаси қисқич билан ёпилади. Манжетдан пастроқ, болдирнинг орқа томонидан тери остига лимфостимуляторлардан бирига гепарин 2500-5000 Б, лазикс 1,0 мл, лидаза 32 Б юборилади. 3-4 дақиқадан сўнг, шу игнанинг ўзида изониазидни 10% эритмасининг бир карралик миқдори юборилади.

Икки соат ўтгач, манжет ечилади. Эртаси кунда инъекция бошқа оёққа қилинади.

ЛТТ ўтказиш учун кўрсатмалар ва монеликлар

ЛТТ ўтказиш учун кўрсатмалар ЭЛТ учун келтирилганлардан фарқ қилмайди.

Специфик ЛТТ ўтказиш учун монеликлар қуйидагилар:

1) анамнезда ЛТТ да қўлланиладиган препаратларга аллергик жараёнлар (тезда ривожланадиган турлари) мавжудлиги;

2) декомпенсация босқичидаги қон айланиши етишмовчилиги.

Буйрак етишмовчилигида фармакотерапия

Буйрак етишмовчилигида кимёпрепаратларнинг тўпланиши эҳтимоли кескин ошиши билан бирга, уларнинг фармакоки-нетикасида жиддий ўзгаришлар рўй беради. Бу ҳол дориларга ножўя реакциялар сонини ошириб, даволаниш самарадорлигини пасайтиради. Асосий касаллиги буйрак етишмовчилиги билан асоратланган беморларда кимётерапияни ўтказиш учун қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

- даволаш схемасига нефротоксик препаратлар – S (K/A), E, қўшилмайди ва даволанишнинг алтернатив схемалари қўлланилади;
- буйрак етишмовчилиги даражасини инобатга олиб, препаратлар миқдорини 1,5-2 баробар камайтирилади;
- препаратлар оралиқ тартибда қабул қилинади;
- умумий токсик таъсири кам бўлган кимётерапия услублари қўлланилади - ЭЛТ ва/ёки ЛТТ, препаратлар маҳаллий юборилади;
- жигар ва буйрак фаолиятини ҳимоя қилувчи ва кучай-тирувчи патогенетик даволаш тадбирларини ўтказиш тавсия қилинади.

Асосий касаллиги буйрак етишмовчилиги билан асоратланган беморларда кимётерапияни ўтказиш жараёни шартли равишда, буйраклар ва жигар фаолияти, қондаги электролитлар ва кислота-ишқорий ҳолатнинг мониторинги билан олиб борилади.

Сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида, беморларга кимётерапияни ўтказишнинг деярли имконияти бўл-майди. Беморлар, асосан, симптоматик даволанади.

СУЯК-БЎ/ИМ СИЛИНИ ДАВОЛАШ

Таянч-ҳаракат аъзолари силини даволаш шифокорлардан тинимсиз, машаққатли меҳнатни талаб қилади, беморларни тўла- тўкис даволаб, бемор аҳволини, азобини енгиллаштириш, жароҳатни иложи борича даволаш чоралари кўрилади. Шуни ёдда тутиш лозимки, ҳар қандай суяк-бўғим соҳаси силдан зарарланар экан, бу жараён ўз навбатида бемор организмининг умумий касаллиги ҳисобланади.

Умумий даволаш чораларига силга қарши антибактериал дорилар, организмнинг касалликка қарши курашиш қобилиятини оширадиган патогенетик иммуномодуляторлар, жароҳат туфайли пайдо бўлган оғриққа симптоматик дори-дармонлар қўлланилади ва ҳоказо.

Суяк-бўғим силини даволашнинг ўзига хос хусусиятлари ва қийинчиликлари бор.

Касалик кўпинча кеч босқичида аниқланади, асоратлар деярли 70% учрайди, касалланган аъзо фаолияти бузилиши оқибати ногиронликка (20% дан 80% гача) олиб келади. Бундай беморларни даволашда тўлиқ, этиотроп терапия ва жарроҳлик усулининг аҳамияти катта бўлади. Шу сабабли, аниқланган беморларни диспансерда бирламчи силга қарши даволаш 1 ойдан ошмаслиги керак. Кейин беморни ихтисослаштирилган муассаса, клиника ёки институтга даволанишга юбориш зарур.

Санкт-Петербург фтизиопулмонология илмий текшириш институти ходимлари суяк-бўғим силини мажмуавий даволашда ҳар бир касалланган жойга қараб, этиотроп, патогенетик ва жарроҳлик усулида даволаш дастурини ишлаб чиқдилар. Бу дастурда ҳар бир тоифадаги беморга силга қарши кимёте-рапиянинг, босқичи ва қоидалари кўрсатилган, касалликнинг клиник турига алоқадор бўлмаган жараённинг фаоллиги даражаси ҳисобга олинган. Фақат юқори малакали тиббий муассасаларда ўтказилиши мумкин бўлган жарроҳлик муолажаларининг турлари, муддатлари белгиланган. Операциядан олдин ва кейин беморларни олиб бориш ҳамда реабилитацион ишларнинг тартиби, тактикаси ёритиб берилган. Клиник-лаборатор текширувларни ўтказишда, бактериология, иммунология, биохимия, патоморфология ва нур диагностикаси, туберкулин диагностикасидаги замонавий стандартлар билан бирга олиб борилади.

Сил билан оғриган беморларни даволаш жараёнидаги назорат текширувлари жараён динамикасини, даволаш курсининг сама-радорлигини ва сил касаллиги билан бирга қўшилган касал-ликларнинг ҳолатини билишга ёрдам беради.

Бунда текширувлар ўтказилиши шарт бўлган кўрсатмага асосан гуруҳларга бўлинади.

Сил жараёнининг қаерда жойлашганидан қатъий назар шарт бўлган текширувларга қуйидагилар киради.

1. Шифокор кўриги.
2. +он, сийдик лаборатор таҳлили.
3. +онда АЛТ, АСТ, билирубин.
4. Диагностик материални сил таёқчасига текшириш.
5. Кўрсатма бўйича зарарланган аъзо фаолияти ва тузилиши, ҳамроҳ хасталиклар ва даволашда ножўя таъсирларни аниқлашда мутахассис-маслаҳатчи шифокорни чақириш.

Суяк-бўғим силининг кимётерапияси

Ҳозирги кунда фтизиатрия тажрибасида АБ дорилардан: изониазид, стрептомицин, рифампицин, этамбутол, канамицин, пиразинамид ва бошқалар ҳаммадан кўп қўлланилади.

Антибактериал дорилар билан даволашда қатъий қонунларга амал қилиш лозим:

- антибактериал дорилар комбинацияси 3-4 тадан кам бўлмаслиги керак;

- даволанишни ўз вақтида бошлаб, дориларнинг зарур миқдорда бериш – узоқ, давомли изчилликда даволаш ва бошқалар.

Адабиётларда таъкидланишича ва биз олиб борган илмий текширишларни кўрсатишича, сил жараёнида бемор қувват-сизланиб, озиб кетади, иммун ҳолатини ўрганилганда Т-хужайралар, баъзан эса, ҳатто В-ҳужайраларнинг камайиб кетгани аён бўлади. Ана шу камчиликларнинг олдини олиш учун иммуномодуляторлар: Т-активин, тимолин, тимоген, декарис, миелопид, мумиё, оқсил препаратларини қўллаш муҳим аҳамият касб этади.

Жароҳатнинг ривожланиш жараёни иштаҳанинг йўқолиши, ошқозон-ичак соҳасида маълум ўзгаришлар пайдо бўлиши натижасида организм учун зарур витаминлар танқислиги юзага келиши мумкин. Изониазид гуруҳидаги дорилар «В» гуруҳ витаминларга, айниқса витамин B_6 нинг организмда камайиб кетишига сабаб бўлади. Шунинг учун АБ дорилар билан даволашда, албатта витамин С ва В билан қўшиб олиб борилади.

Лаборатория таҳлилларига асосланиб, қон ўрнини босувчи препаратлар, юрак, жигар, ошқозон-ичак фаолиятини яхшиловчи дорилар берилиши муҳим аҳамиятга эга.

Ўпкадан бошқа аъзолар силида этиотроп даволаш асосий компонент ҳисобланиб, умумий қоидалари силнинг бошқа турлари кимётерапиясига ўхшаш. Замонавий кимётерапия босқичи вазифасига кўра, 2 даврга бўлинади:

1. **Бошланғич давр** – жадал кимётерапия – асосий вазифаси касаллик клиник белгиларини йўқотиш; сил таёқчаси популяция-сига кучли таъсир қилиб, микроб ажратишни тўхтатиш, сил таёқча штаммларини кимёдориларга турғунлигининг олдини олиш, зарар-ланган аъзода яллиғланиш даражасини камайтириш, тўқимада деструктив ўзгаришни йўқотиш. Жадал фаза операция олди тайёргарлиги қисми бўлиши, жарроҳлик муолажасига кўрсатма бўлиши керак.

2. **Давомли кимётерапия даври** (тикланиш даври). Персистирланган сил таёқчасига таъсир қилиб, зарарланган аъзода бўлиши мумкин бўлган энг кам қолдиқ яллиғланиш асоратларининг сўрилишини таъминлайди, шунингдек бемор организмида функ-ционал қобилиятни тиклашга қаратилган.

Кимётерапиянинг у ёки бу қоидасини танлаш – кимёдорини танлаш миқдори, муддати ва организмга юбориш йўлларини топиш долзарб муаммо.

Силни даволашда қўлланиладиган этиотроп дорилар ва миқдори 19.6-жадвалда келтирилди.

Асосий дорилар: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), стрептомицин (S), этамбутол (E).

+ўшимча дорилар: аминогликозидлар – канамицин (К) ёки амикацин, капреомицин (Cap); тиомидлар – этионамид (Et), протионамид (Pt); фторхинолонлар (Fq) – офлоксацин, ципро-флоксацин; микобутин (рифабутин); циклосерин (Cs), ПАСК (Pas), солюзид (Cz).

Фаол сил кимётерапияси босқичи режасининг асосий қоидаларига риоя қилинади. Силнинг яллиғланиши, кечиш муддати ва турли кўринишда юзага келиши.

Даволашда кимётерапия босқичи умумий қоидалар асосида алоҳидалаштирилган, нафақат сил жараёни ва сил таёқчаларининг дорига турғунлиги ҳамда этиотроп дорилар фармакокинетикаси, таъсир доираси, қўллаш усуллари, ҳамроҳ хасталиклари ҳисобга олинади.

Замонавий кимётерапиянинг асосий қоидаси беморларнинг силга қарши дориларни ичишларини назорат қилиш ҳисобланади. Силга қарши дориларнинг қўлланиши ва қабул қилиш кўрсаткичлари бўйича асосий ва алтернатив гуруҳларга бўлиш мумкин.

19.6-жадвал

Суяк-бўғим силини даволашда этиотроп дорилар

№№	Дориларнинг номлари	Кундалик миқдори Мг/кг
1.	Изониазид (H)	10-15
2.	Рифампицин (R)	10
3.	Пиразинамид (Z)	30
4.	Стрептомицин (S)	15
5.	Этамбутол (E)	30
Силга қарши дорилар қўшимча қатори		
1.	Аминогликозидлар Канамицин (К) ёки Амикацин Капреомицин (Cap)	15
2.	Тиомидлар Этионамид (Et) Протионамид (Pt)	10-20
3.	Фторхинолонлар (Fq) (Офлоксацин, ципрофлоксацин)	7,5-15
4.	Рифабутин (Rb) (Микобутин)	3,5
5.	Циклосерин (Cs)	10-20
6.	ПАСК (Pas)	10-12 г

Кимётерапия асосий тартибда силга қарши дориларнинг асосий қатори буюрилади. Алтернатив тартибда асосий тартиб самарасиз бўлганда ёки асосий тартиб самарали бўлишига шубҳа бўлганда буюрилади (анамнезида силга қарши дориларни кўтара олмаслик, сил таёқчасининг турғунлиги).

Суяк-бўғим силини патогенетик даволаш

Суяк-бўғим сили бор беморларнинг кимётерапияси фақат махсус дорилар билан чегараланмайди.

Маълумки, сил таёқчаси аъзога таъсир қилишдан ташқари, турли ҳамроҳ аъзо ва тизимларда функционал ўзгаришлар келтириб чиқаради. Хусусан моддалар алмашинувининг бузилиши иммун ва ички гормонал тизимда ўзгаришлар келтириб чиқаради. Шунинг учун мажмуавий усулда патогенетик дорилар қўшилиши сил беморларни даволаш самарадорлигини оширади.

Патогенетик дориларни буюришда, силнинг кечишига кимётерапия даврида мослаштирилган ва уларнинг алоҳида хусусиятлари ҳисобга олинган бўлиши шарт.

Кимётерапиянинг (жадал) – бошланғич даврида патогенетик дориларнинг яллиғланишга қарши таъсирини кучайтириш, антигипоксик таъсир кўрсатиб, силга қарши дориларнинг токсик-аллергик таъсири олдини олиш, зарур бўлганда ёт таъсирни камайтириш, қалин фиброз ўзгаришларга йўл қўймаслик шарт.

Патогенетик дориларга сенсибилизацияга қарши витаминлар, гепатопротекторлар, ферментлар, иммуномодуляторлар ва бошқа-лар киради.

Булар ёрдамида кимётерапиянинг ножўя таъсири камай-тирилади, зарарланган аъзо фаолиятини сақлаб қолиб, қўпол фиброз ўзгаришларнинг олди олинади.

Суяк-бўғим силини даволашда тоифа ва қоидалар

Суяк-бўғим силини доволашда тоифа ва қоидалар ўпка сили бўйича ишлаб чиқилган тоифа ва қоидаларга мос келади. Суяк-бўғим силини даволашда кимётерапия тоифа ва қоидаларига қуйидагилар асос қилиб олинади:

1. Эпидемиологик хавф (юқумлилиги) мавжудлиги, ташхисий, микроскопик ва экиш материали мусбатлиги.
2. Сил жараёнининг оғирлиги, тарқалганлиги ва асорат-ланиши.
3. Касалликнинг бирламчи аниқлангани ёки беморнинг аввал даволанганлиги.
4. Даволанишнинг юқори клиник самарадорлигига эришиш, жуда кам анатомик ва функционал ўзгаришлар юзага келиши.

Суяк-бўғим силини даволаш 4 та тоифага (категория) ажратилади:

I даволаш тоифаси.

Бирламчи аниқланган оғир турдаги суяк-бўғим сили бор бемор.

II даволаш тоифаси.

Даволашда 2 ойдан ортиқ танаффусда бўлган беморлар;

2 йилгача сил қўзиган беморлар;

Сил қайталаган беморлар (3 йилдан 5 йилгача);

Яхши даволанмаган беморлар (1-3 тоифа);

1 ойгача тўла-тўкис даво олмаган беморлар.

III даволаш тоифаси.

Бирламчи аниқланган енгил турдаги суяк-бўғим сили бор беморлар.

IV даволаш тоифаси.

Сурункали суяк-бўғим сили бор беморлар.

Силга қарши дориларга турғун бўлган I, II, III тоифадаги беморлар.

Суяк-бўғим силида силга қарши антибактериал дориларга сил таёқчасининг турғунлиги тез юзага келиши мумкин.

а) I даволаш тоифаси

Жадал давр – даволашда силга қарши асосий дорилардан 4-5 таси: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин ёки пиразинамид – HRESZ буюрилади. Кўрсатма бўйича фторхино-лонлар қўлланилади.

Маълум муддатда беморда жарроҳлик муолажаси ўтказилади. Жарроҳлик муолажаси вақтида олинган материал бактериологик ва гистологик текширилиб, жавоблар таҳлил қилинади, натижалар даволаш жараёнида ҳисобга олинади. Сил билан бир неча аъзолар бир вақтда оғриганда: милиар сил, асоратланган умуртқа сили (хўппоз, орқа мия фаолиятининг бузилиши хавфи бўлганда ёки оёқлар ишламай қолганда) асосий 5 та дори буюрилади. Бунда жарроҳлик муолажасидан олдинги давр сезиларли камайтирилиши ёки узайтирилиши (1-2 ойга) мумкин.

Бу даврда, дориларни ичиш 3 (4) ой давом эттирилади. Даволаш бошланган кундан, 3 (4) ой ўтгач, **тутиб турувчи даврга** ўтишни клиник, микробиологик, инструментал ва лаборатор текширувлар натижасига асосан ВКК ҳал қилади.

Суяк-бўғим силининг жойлашган ўрнига қараб, 7-11 ой даво қилинади.

б) II даволаш тоифаси

Жадал давр – кимётерапияда 4-5 та асосий силга қарши дорилар, чунончи изониазид, рифампицин, пиразинамид этамбутол ёки стрептомицин – HRZES буюрилади. Кўрсатма бўйича фторхинолонлар (Fq) қўлланади.

Маълум муддатда беморларга жарроҳлик муолажаси ўтказилади. Жадал даврда даволаш муддати 3-4 ой. 3-4 ойдан кейин клиник-рентгенологик, лаборатор ва инструментал текширишлар натижаси қониқарли бўлганда, **тутиб турувчи даврга** ўтилади. Шу вақтга келиб, сил

таёқчасининг дориларга сезгирлиги ҳисобга олинади. Сил таёқчасининг кимёдориларга сезгирлиги сақланиб қолганда, даволаш 4-6 ойга узайтирилади. Даволашнинг умумий давомийлиги суяк-бўғим силининг қаерда жойлашганига қараб, 6-10 ойни ташкил қилади.

в) III даволаш тоифаси

Жадал давр – силга қарши 3 та асосий дорилар: изониазид, рифампицин, стрептомицин ёки этамбутол, пиразинамид қўлла-нилади. Кўрсатма бўйича беморларга жарроҳлик муолажаси ўтказилади. Жадал давр давомийлиги – 3 (2) ой. Даволашдан бошлаб, 3 (2) ой муддат ўтгач, **тутиб турувчи даврга** ўтиш микробиологик маълумотлар асосида, жараённинг кечишини клиник рентгенологик баҳолаш, лаборатор тавсиф, инструментал текширув натижасига қараб ўтказилади.

Бемор аҳволининг яхшиланишига қараб, тутиб турувчи даврда: 2 та дори 3-6 ой давомида ҳар куни ёки ҳафтада 3 мартадан берилади.

Суяк-бўғим силининг жойлашган ўрнига қараб, умумий даволаш 6-9 ойни ташкил қилади.

г) IV даволаш тоифаси

Жадал даврда камида 5 та кимёдори: этамбутол, пиразинамид, протионамид (этионамид), канамицин (амикацин) ёки каприомицин, фторхинолонлар – EZPtK(Cap)Fq буюрилади. Этамбутол ёки жадвалдаги бошқа дорига сезгирлик йўқлиги аниқланса циклосерин (Cs), рифабутин (Rb) ёки ПАСК (PAS) буюриш мумкин.

Маълум муддатдан сўнг беморга жарроҳлик муолажаси ўтказилади. Бошланғич даврнинг давомийлиги – 6 ойгача.

Касалликнинг кечиши клиник асосда баҳоланиб, лаборатор таҳлил ва инструментал текширув натижасига қараб, II босқич даволаш – ***тутиб турувчи даврга*** ўтилади. Бу даврда камида 3 та силга қарши дорилар: этамбутол, пиразинамид, протионамид (этионамид) буюрилади. Бу бирлик битта ёки кўп дориларга турғунлик бўлганда циклосерин (Cs) ёки ПАСК (PAS) га алмаштирилади. Бу давр 8-10 ойни ташкил этади. Жаъми кимёдори курси – 14-16 ой.

Силга қарши дориларни алмаштириш тартиби

Изониазид ёки рифампициннинг ножўя таъсири аниқланиб, сил микобактерияси сезгирлиги сақланиб турганда, уларни фақат ўхшаш дорилар билан алмаштириш мумкин. Изониазидни фтивазидга, метазид ёки феназидга алмаштирилади. Рифампицин – рифабутин ёки рифампицин қаторига.

Дориларни ичиш тартибини ўзгартириш, яъни мушак орасига, томирга, аэрозол ҳолда пуркаш, эндолимфатик ёки тўғри ичакка юбориш ва ҳоказо.

Бирламчи даволашнинг самарасиз бўлишига асосан: даволаш замирида касалликнинг зўрайиши, сил таёқчасининг дориларга турғунлиги юзага келиши, нотўғри даволаш беморнинг кимётерапия қоидаларига риоя қилмаслиги, биостимуляторларни пала-партиш қабул қилиш сабаб бўлади. Касаллик қайта қўзиганда беморни даволашни тўлиқ бошланғич босқичда керакли тоифага олиб, бошланади. Сил таёқчалари дориларга турғун бўлиб қолганда, даволашнинг алтернатив усулларига ўтилади.

Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғимлар силини даволашда консерватив усулни такомиллаштириш

Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим силини даволашда анти-бактериал дориларни, перорал, парентерал, мушаклар орасига, томир ичига, лимфа томирига, бўғим ва суяк ичига ҳамда маҳаллий киритиш асосида олиб борилади (19.1-расм).

Беморга суяк-бўғим сили диагнози қўйилгандан кейин антибактериал дориларни кўтара олишини аниқлаб, касалланган бўғимлар ортопедик режимда, асептик ҳолатда мандренли нина орқали пункция қилиб, текширув учун патологик ажралма олинади.

Игна мандренини олиб, термоэластик хлорвинилли найча, ёрдамида беморнинг ёши, вазнига қараб 10% ли изониазид эритмаси ва стрептомициннинг 0,5% ли новокаиндаги эритмаси, юбориб турилади.

Бошқа антибактериал дорилар – рифампицин ва этамбутол таблеткалар умум усулда давом эттирилади.

19.1-расм. Бўғимларга маҳаллий дориларни юбориш усули

Суяк-бўғим сили бор болалар ва ўсмирларни

парваришлаш

Таянч ҳаракат тизимида патологияси бўлган беморларни парваришлаш босқичма-босқич олиб борилади:

1-босқич жарроҳлик амалиётигача бўлган давр;

2-босқич жарроҳлик амалиётидан кейинги давр.

Суяклар силдан зарарланганда жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар

Касалликнинг жойлашган ўрни	Умуртқаларнинг сил билан зарарланишида	Бўғимларнинг сил билан зарарланишида
Беморларнинг ёши	3-5 ёшдан	Имкон қадар 12 ёшдан.
Суяклардаги сил ўчоқлари натижасида.	-2 ёки бундан ортиқ умуртқа емирилиши. -Умуртқалар атро-фида йирингли халта. -Орқа мия фаолия-тининг бузилиши. -Умуртқалар стабил-лигини тиклаш. -Умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси шак-лини тиклаш.	-Бўғимнинг физио-логик ҳолатини сақлаб қолиш. -Бўғимларнинг тотал емирилиши. -Суякларнинг ри-вожланиши учун қу-лай шароит яратиш. -Консерватив да-вонинг самарасизлиги. -Оқма яра, оғриқли синдром.

Суяк-бўғим сили бор беморларни парваришлаш

Бўғимлар сил билан зарарланганда, беморларни парвариш-лашда 1-босқичда сил билан зарарланган бўғимларни камида 3 бўғим маълум муддат билан гипсли иммобилизация қилинади. Бўғимлар иммобилизациясида ҳар турдаги гипсли (лангетли, ўрама, кўприксимон,) боғламлар қўйилади.

2-босқичда бўғимларда олиб борилган жарроҳлик амалиёт-ларининг табиатига қараб, иммобилизация турлари қўлланилади.

Бўғимларни радикал қайта тиклаш жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда 1 ой давомида ётоқ режимда бўғимлар ҳаракатини махсус қурилмаларда тиклаш, бўғимларда резекцион ва артродезли муоложалардан кейин 4-6 ой муддатга гипсли боғлам қўйилади. Иммобилизация муддати асосан касалликнинг кечишига ва суякланиш жараёнига боғлиқ.

Умуртқалар сил билан зарарланганда касалликнинг қаерда жойлашганига қараб, парваришлаш турлари ва муҳлатлари тавсия этилади.

Бўйин умуртқалари зарарланганда беморлар жарроҳлик ама-лиётигача, бўйин умуртқаларини (картонли, гипсли, полиакрилли, металли), махсус бойламларда иммобилизация қилинади.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда бўйин соҳасида 1 ой, кўкрак-бел соҳасида 2-3 ой давомида иммобилизация ётоқ тартибда қўйилгандан кейин беморга мустақил юришга рухсат этилади.

Иммобилизация муҳлати рентгенологик назоратдан кейин 4-6 ой давом этиши мумкин, мустақил юришга рентген текширувидан кейин рухсат берилади.

Бунда бемор сил билан зарарланган умуртқа поғонасидан 3-4 умуртқа юқори ва пастки қисмини бирга тутиб турадиган; материалли, тахтали, металли, полиакрилли, белбоғлар (корсет), ҳамда қўлтиқ таёқда юради.

Беморларни парваришлашда ётиш тартибда даволанаётган беморларда ётоқ яра ҳосил бўлмаслиги учун, асосан жарроҳлик амалиётидан кейин ҳамда орқа мия фаолияти бузилган ҳолларда беморларни ёнбошлаб ётқизиб, терини ҳар куни камфорали спирт ёки қуритувчи упалар билан артиб, қуритиш лозим.

Суяк-бўғим силини босқичма-босқич даволаш концепцияси

20 БОБ

ПАТОГЕНЕТИК ТЕРАПИЯ

СИЛНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ

Силни патогенетик даволаш деганда, бемор организмига носпецифик таъсир қиладиган воситаларни қўллаш назарда тутилади. Патогенетик даволашнинг асосий мақсади, бемор организмида сил жараёни туфайли юзага келган патологик ўзгаришларни бартараф қилиш ва организмнинг ҳимоя қилиш жараёнларини кучайтиришдан иборат.

Силнинг патогенезини, касалликка таъсир қиладиган экзоген (ташқи) ва эндоген (ички) омилларни ҳисобга олиб, патогенетик воситалардан оқилона фойдаланиш мумкин.

Патогенетик воситалар таъсирига кўра, бир нечта гуруҳга бўлинади:

1. Яллиғланишга қарши қўлланиладиган воситалар: глюко-кортикоидлар, ностероид яллиғланишга қарши дорилар.

2. Фиброзга қарши патогенетик воситалар: антиоксидантлар сўрдирувчи воситалар.

3. Жигар фаолиятини яхшилайдиган дорилар: гепатопротек-торлар.

4. Бемор организмида моддалар алмашинувига ижобий таъсир қиладиган дорилар: анаболиклар, инсулин.

5. Иммун тизим кўрсаткичларини яхшилайдиган дорилар: иммунмодуляторлар.

6. Биостимуляторлар.

Патогенетик дорилардан оқилона фойдаланиш, кимёвий дориларнинг ножўя таъсирини 2-3 марта камайтиради. Маълумки, кимётерапия натижасида сил ўчоғининг сўрилиши ўпкада склероз, фиброз ривожланишига олиб келади. Шу сабабли, нафақат силга қарши дориларнинг таъсирини кучайтирадиган, балки тўлиқ бўлмаган репаратив жараёнларнинг назоратини оширишга имкон берадиган патогенетик даволаш усуллари катта аҳамият касб этади. Бундан ташқари, силни даволашда бемор организми иммун тизимининг фаоллигини ошириш учун патогенетик дорилар қўлланилади.

Ҳозирги вақтда фтизиатрлар қўллайдиган патогенетик воси-талар жуда кўп.

Кўпинча беморлар, айни бир вақтнинг ўзида силга қарши кимёвий дорилар билан бирга патогенетик воситаларнинг бир нечтасини ҳам қабул қиладилар, бунда организмнинг мослашиш имкониятига дори-дармонлар унча оғирлик қилмайди. Силга қарши дорилар билан патогенетик даволашда беморнинг дорини қабул қилиши ва дориларга сил таёқчасининг турғунлигини ҳисобга олиш керак. Патогенетик воситаларни қўллашда силнинг кечишини ва даволаш босқичини эътиборга олиш зарур.

Сил жараёни 2 хил кечиши мумкин.

1. Экссудатив-некротик (зардобли-чириш) жараён устун бўлган тури: жараён ўткир бошланади, заҳарланиш рўйи рост юзага чиқади, емирилиш тез ҳосил бўлади.

2. Продуктив (маҳсулотли) жараён устун бўлганда- заҳарланиш белгилари унча намоён бўлмайди, жараён фиброзли чегараланишга мойил. Патогенетик воситаларни қўлланилганда, силнинг кечишини албатта инобатга олиш керак (Старостенко Е.В., 2007).

Даволашнинг жадал босқичида, яллиғланишга қарши, антиги-поксант ва дориларнинг токсик-аллергик ножўя таъсирининг олдини олишга қаратилган патогенетик воситалар тавсия этилади. Даволашнинг кўмак босқичида эса репаратив жараёнларни кучайтиришга қаратилаган патогенетик воситалар қўлланилади.

Глюкокортикоидлар

Силни даволашда глюкокортикоидларнинг, асосан, яллиғла-нишга қарши, десенсибилизацион таъсир ва коллаген биосинте-зини камайтириш хусусиятларидан фойдаланилади.

Глюкокортикоидларни қўлланишга кўрсатмалар

Ўпканинг яллиғланган сили, сурункали сил жараёнининг яллиғланиш билан кечаётган авж олган манзараси, экссудатив сил плеврити, полисерозит, беморнинг силга қарши дориларни ёмон қабул қилиши, қон туфлаш, пиразинамид ичганда кузатиладиган артралгия, сил заҳарланишнинг кучлилиги, Аддисон касаллиги.

+ўлланиш усули. Силни даволашда глюкокортикоидлардан, асосан, преднизолон қўлланилади. Тана вазни 65 кг.дан кам беморларга кунига 15 мг, тана вазни 65 кг.дан оғир беморларга преднизолоннинг кундалик миқдори 20 мг бўлиши керак. Бу миқдорни бемор 4 ҳафта давомида қабул қилиши лозим. Масалан, соат 9.00-10мг (2 таблетка), соат 14.00-10мг (2 таблетка). Соат 16.00 дан кейин глюкокортикоид гормонлар қабул қилиш тавсия этилмайди. Глюкокортикоидларнинг кундалик миқдори аста-секин ҳар ҳафтада 5 мг.дан камайтириб борилади.

Бемор преднизолонни қабул қила олмаганда, триамцинолон, дексаметазон ва бошқа юқори фаол синтетик стероид гормонлар қўлланилади. Кундалик миқдори: триамциналон-4-20 мг, декса-метазон-1-4 мг бўлиб, кунига 3-4 маҳал.

Стероид гормонлар билан даволаниш жараёнида, бемор, таркибида калий бўлган аспаркам, панангин ёки калий оротат ичиб туриши керак.

Шифокор беморнинг қон босимини, қондаги қанд миқдорини, руҳий ҳолатини ва кундалик диурез миқдорини мунтазам назорат қилиб туриши лозим. Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш керакки, глюкокортикоидларни камида 3-4 та силга қарши дорилар билан бирга ичиб туриш шарт, акс ҳолда, сил жараёни зўрайиб кетиши мумкин.

Монеликлар. +андли диабет, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраси, сурункали ичкиликбозлик, ҳомиладорлик, микседема, руҳий хасталиклар, ички аъзолар амилоидози, 2-3 даражадаги гипертония хасталиги, Иценго-Кушинг касаллиги.

Силни даволашда **анаболик стероид гормонлардан** кенг фойдаланилади. Улар организмдаги оқсил синтези жараёнига яхши таъсир кўрсатади. Анаболиклар сурункали кечадиган сил кахексиясида қўлланилади. Анаболик гормонлардан кўпроқ неробол, ретаболил қўлланилади.

Монеликлар: ҳомиладорлик, жигар циррози, онкологик хасталиклар.

Антиоксидантлар

Антиоксидантлар патогенетик даволаш воситалари ичида алоҳида ўрин тутади. Силни даволашда антиоксидантларнинг яллиғланишга қарши, антиаллергик, антитоксик, антифибротик, репаратив жараёнларни кучайтириш хусусиятларидан фойдала-нилади. Антиоксидантларнинг таъсир механизми липидларнинг перекис оксидланиши (ЛПО) жараёнларига таъсир қилишига асосланган.

Маълумки, липидларнинг перекис оксидланишни кучайиши, яллиғланишнинг зўрайиши, жигар, юрак-томир тизими, ошқозон ости бези ва бошқа аъзолардаги токсик реакцияларнинг ривожланиши, ўпкада фиброз жараёнинг кучайиши билан кечади. Липидларнинг перекис оксидланиш маҳсулотлари репарация жараёнини сустлаштиради. Силни даволашда антиоксидантлар қўлланиши юқоридаги механизмга таъсир қилиш имконини беради. Фтизиатрия амалиётида асосан 2 хил антиоксидант- витамин Е ва тиосулфат натрий қўлланилади.

Антиоксидантларни даволашнинг жадал босқичида қўллаган маъқул.

Антиоксидантларни қўллашга кўрсатмалар. Витамин Е эркин радикалларга таъсир қилиши туфайли, липиднинг перекис оксидланиш махсулотларини камайтиради. Витамин Е фиброз ўчоқлар ҳосил бўлишига йўл қўймайди, бу хусусиятидан сил жараёнининг продуктив кечган турида кенг фойдаланиш лозим. Бундан ташқари, витамин Е силга қарши дориларнинг заҳарли таъсирини олдини олиш ва нафас етишмовчилигини даволашда қўлланилади (Старостенко Е.В., 2007).

Натрий тиосулфат антиоксидант таъсирга эга эмас, лекин пероксидлар ва тўйинмаган ёғ кислоталар тўпланишини секинлаштиради. Натрий тиосулфат силга қарши дорилар аллергик таъсирининг олдини олиш ва бартараф этишда кенг қўлланилади. (М.М.Раҳматов, 1987). Натрий тиосулфатни, яллиғланган ва фиброз-кавакли силда зардобли жараён устун бўлганда қўллаш мақсадга мувофиқ.

Иммунтерапия

Сил касаллигини мажмуавий даволашда иккиламчи иммун танқислигини меъёрига келтириш катта аҳамиятга эга. Маълумки, сил билан хасталанган беморларда иммун тизимнинг ҳужайра ва гуморал кўрсаткичларида ўзгаришлар, яъни лимфоцитлар популяциялари ва субпопуляцияларининг алоқадорлиги, қон ҳужайраларининг фагоцитар фаоллиги, IgA, IgM, IgG, IgE лар, цитокинлар миқдорининг ўзгариши кузатилади.

Иммунмодуляторларнинг турли таснифлари мавжуд бўлиб, амалий жиҳатдан Р.М. Хаитов ва В.Пинегин таклиф қилган тасниф қулай:

-микроблардан олинган иммун препаратлар: БЦЖ вакци-наси, туберкулин, пирогенал, пиродигиозан, рибомунил, нуклеинат натрий;

- тимус препаратлари: имунофон, тимус экстракти;

- миелопид;

- цитокинлар: одам лейкоцитларининг интерферони, ИЛ-1, ИЛ-2, молграмостим;

- синтетик ва ярим синтетик иммунмодуляторлар: левамизол, глутоксим, полиоксидоний, ликопид.

М.М.Авербах таклиф килган иммунмодуляторлар таснифи ҳам аҳамиятини йўқотмаган: 1-специфик иммуномодуляторлар: (туберкулин, БЦЖ вакцинаси), 2-носпецифик иммунмоду-ляторлар (левамизол, тимус препаратлари, метилурацил, нуклеинат натрий ва бошқалар).

Махсус иммунтерапия

Туберкулинтерапияда - стандарт суюлтирилган, тозаланган туберкулин қўлланилади. Туберкулиннинг таъсир механизми:

-асаб тизимининг таъсирчанлигини камайтириш;

-лимфа айланишини кучайтириш;

-жараён соҳасида капиллярларни кенгайтириш;

-гистогематоген тўсиқларнинг ўтказувчанлигини яхшилаш;

-ретикулоэндотелий тизимининг фагоцитар фаоллигини ошириш;

-сил ўчоқларида репаратив жараёнларни кучайтириш;

-протеолитик жараёнларнинг фаоллигини ошириш.

Туберкулинтерапияни умумий реактивлиги камайган ва юқори сенсибилизация кузатилган ўпка сили бор беморларни даволашда қўллаш тавсия этилади. Бундан ташқари, уни ўпкада махсус жараёнлар секин кечганда, репаратив жараёнларни кучайтириш мақсадида қўлланилади.

Туберкулинтерапияга кўрсатмалар:

- жуда секин инволюция бўлаётган ўпка силининг, чегара-ланишга мойил фаол кўринишлари;

-яллиғланишнинг продуктив туридаги кўринишлари.

Ишлаб чиқариш хусусияти: туберкулин таркибида ППД-Л нинг тозаланган 2 ТБ ампулада 5 мл. дан ишлаб чиқарилади. Туберкулин терапиянинг турли усуллари мавжуд бўлиб (тери остига, тери ичига, томирга, электрофорез йўли билан) ҳар бир усулнинг афзалиги ва камчиликлари бор (Стаханов В.А., 2007).

Монеликлар: силнинг зўрайиб бориши, ўпкадан қон оқиши, қандли диабет, марказий нерв тизимининг органик хасталиклари, юрак фаолиятининг суб- ва декомпенсацияси.

БЦЖ терапия

Таъсир механизми: организм реактивлигини оширади, репа-ратив жараёнларни фаоллаштиради. Вакцинатерапия усули (Финкел Е.А ва бошқалар.,1985) терапевтик таъсир қиладиган ва шу билан бирга, бемор учун безарар жуда оз миқдорда юборишга асосланган. БЦЖ нинг даво миқдори 2ТБ- Манту синамаси натижалари асосида аниқланади. (Стаханов В.А.,2007).

Кўрсатмалар:

- яллиғланиш ва емирилиш давридаги ўпка силининг фаол кўринишлари;

- яллиғланишнинг кўпроқ зардобли турда кечиши;

ИФТ да сил қўзғатувчисига IgG нинг антитаналар паст ва ўрта кўрсаткичлари.

Гепарин мукополисахаридлар туркумига кириб, антикогулянт хусусиятидан ташқари, антигистамин, яллиғланишга ва гиалури-нидазага қарши таъсир қилади. Шунингдек, гепарин антибиотиклар таъсирини кучайтириб, капиллярлар ўтказувчанлигини яхшилаб, сил ўчоғига дорининг кириб боришини осонлаштиради. Гепарин зардобли кечаётган сил жараёнларини даволаш учун қўлланилади.

Гепарин кун ора 5000 бирликда коагулограмма назоратида қўлланилади. Даволаш курси-4-6 ҳафта (Калеберда К.Я.,1981).

Рағбатлантирувчи даво

Бу патогенетик даволаш воситаси бемор организмининг касаликка қарши курашиш қобилиятини кучайтиришга, жараён-нинг битишини тезлаштиришга қаратилган. Бундан ташқари, рағбатлантирадиган дорилар антибиотикларнинг сил ўчоғига тезроқ

*20.1-**жадвал***

Носпецифик иммунтерапия

Дори номи	Таъсири	Кўрсатмалар	+ўлланиш
Одам реко-мбинанти интерлей-кини-2	Эндоген ИЛ-2 етишмовчилигини компенсация қилади	Экссудатив реакция устун бўлган деструктив сил жараёни, зўрайиб борувчи ўткир кечувчи сил жараёнлари, ҳужайра иммунитетининг етишмовчилиги	Ўткир кечувчи сил жараёни-томирга кун ора 3 марта, бир марталик дозаси-500000 МЕ, даво курсига-1500000 МЕ. Зўрайиб борувчи фиброз-кавакли силда-стандарт дозаси (курсга 3 млн. МЕ)
Одам реко-мбинанти интерлей-кини-1Б	Нейтрофил гра-нулоцитлар фаоллигини оширади, ИЛ-2 га боғлиқ ҳужайраларнинг пролиферациясини, антитана ҳосил бўлишини кучайтиради	Биринчи марта аниқланган продуктив турда кечувчи чегараланган сил жараёни, 4-5 ой зўр бериб даволашга қарамай, деструкциянинг сақланиб туриши	
Полиоксидони й	Иммунмодулятор детоксикант, антиоксидант, мембраналар стабилизатори	Ўткир, зўрайиб борадиган фаол ўпка сил манзара-си, эндобронхиал усулда бронхлар сили, ўпка сили-нинг деструктив турлари	Ҳафтасига 2 марта 6 мг.дан –курсга- 10 та инъекция, 5 ҳафта давомида
Одамнинг лейкоцитар интерферони	В- ҳужайралар фаоллигини меъёрлаштиради, Т-ҳужайраларни кўпайтиради, фагоцитозни кучайтиради, гема-тологик кўрсат-кичларни меъёрига келтиради	Илк бор аниқ-ланган фаол сил-нинг чегараланган ва тарқалган манзараси	Мускулга, эндо-бронхиал, ултра-товуш ингаляция-ларида, плеврага, эндолимфатик юборилади. Бир марталик дозаси-10000 МЕ. Курсга-100000-160000 МЕ. Муддати 5-6 ой.
Ликопид	Лизосомал фер-ментлар фаолли-гини оширади, цитотоксик таъ-сири бор, кисло-роднинг фаол кўринишларини ҳосил қилади.	Ўпканинг фаол сил жараёни, казеоз зотилжам, сурункали сил жараёнининг зўрайиб борадиган кучли шакллари, сил интоксика-	Силнинг тарқалган, оғир кўриниш-ларида-1та таб-леткадан 10 кун, 2 курс. Силнинг кичик ҳажмдаги дест-рукция бўлмаган кўринишлари-10мг
1	2	3	4
		цияси, силнинг клиник-	10 кун давомида, 2

		рентге-нологик суст регрессияси, сил ва носпецифик яллиғланиншнинг бирга кечиши	курс. Силнинг сурункали турида – 3 курс
Глутоксим	Ҳужайранинг оксидланиш-қайтарилиш жа-раёнларига таъсир этади, цитопро-тектив таъсирга эга, цитокинлар, гомопоэтинлар ишлаб чиқарили-шини кучайтиради	Силнинг тар-қалган, оғир кўринишларида, дориларга турғунлик бўлганда тавсия этилади	Ҳар куни 60 мг.дан томирга ёки мускул орасига 2 ой давомида
Деринат	Лимфоцитлар сони кўпайиши, лейкоцитлар фаоллигини ошириш, фагоцитознинг кучайиши, гуморал омилларга ижобий таъсири билан намоён бўлади	Силнинг тар-қалган, оғир турларида, дориларга турғунлик бўл-ганда тавсия этилади	Мушакка 5-10 инъекция тавсия этилади
Тилорон	Тиббий киллер-нинг фаоллигини оширади, гуморал иммунитетни меъёрлаштиради, цитокинлар миқдорини назорат қилади	Силнинг фаол кўринишлари	Биринчи 2 кунда-2 (0,25 дан) таблеткадан, кейин-0,125 г кун ора, курсга-20 таблетка
Левамизол	Т ва В лимфоцитларнинг сонига ижобий таъсир қилади, иммун мажмуалар ҳосил бўлишига қаршилик қилади.	Ўпка силининг фаол кўринишлари	100мг ёки 150 мг.дан кунига бир маҳал, ҳафтасига 3 марта. Курс-8 ҳафта
Метилурацил	Лейкопоэзни, ҳужайра ва гуморал иммун кўрсатгичларини фалоллаштиради, тикланишни кучайтиради	Ўпка силининг фаол турлари	Катта ёшдагиларга-0,5 дан 4 маҳал

кириши учун шароит яратади. Стимуляция воситалари фиброз ўзгаришлар ривожлана бошлаганда қўлланилади.

Биоген стимуляторлар- плазмол, алоэ экстракти, мўмиё ўпкасида илк бор сил топилган беморларга ва силнинг сурункали кўринишларида секин регрессия бўлаётган сил кўринишларида 2-3 ойлик даволашдан кейин тавсия этилади.

Биоген стимуляторлар орасида инсулин алоҳида ўрин тутади. Инсулин тикланишни кучайтиради, ҳужайрада модда алмаши-нувини, жигарнинг функционал ҳолатини яхшилайди. Инсулин таъсирида силга қарши дориларнинг сил ўчоқларига кириб бориши сезиларли ортади. Инсулин илк бор аниқланган ўчоқли, яллиғланган, тарқалган сил жараёнларида қўлланилади. Сурункали силни даволашда махсус дорилар таъсири самарасиз бўлганда, 2-4 бирликда инсулин қўллаш яхши натижа беради, кейин аста-секин 5-8 бирликкача кўпайтириш мумкин. Даволаш курси- 3-4 ҳафта.

Пироген стимуляторлар- (бактериал полисахаридалр) яллиғланиш ва ўчоқлар сўрилишини тезлаштиради, каваклар ҳажмининг кичрайишига,беркилишига шароит яратади.

Продигиозин-ҳафтада 1 марта 1-2 мл, курсга 5-6 та инъекция тавсия этилади. Пирогенал 20-25 МПД дан мушак орасига кун ора киритиб, миқдори аста-секин 25-50МПД га оширилади.

Миелопид пептиддан олинган бўлиб, В ва Т-тизими кўрсаткичларини яхшилайди. Тери остига 3- 6мг.дан ҳар куни ёки кун ора юборилади, курсга- 3-5 инъекция.

Тимик гормонлар–Т-ҳужайраларга ижобий таъсир кўрсатади.

Тималин-7-10 кун давомида 5-20 мг.дан мускул орасига юборилади, такрор курсни 1-6 ойдан кейин қўллаш тавсия қилинади.

Т-активин-кунига 1 маҳал тери остига 1-2 мкг/кг ҳисобида 5-14 кун давомида.

Тимостимулин- 14 кун давомида ҳар куни 1 мк/кг ҳисобида қилинади. Сўнгра 12 ҳафта давомида 2 маҳал.

Тимоптин- тери остига , даволаш курси-4-5 инъекция.

Гемокоррекциянинг экстаркорпорал усуллари

Экстракорпорал гемокоррекция усуллари, қондаги заҳарли моддаларни турли адсорбентлар орқали ёки плазманинг маълум қисмини олиб ташлаб тозалашга асосланган. Экстракорпорал гемокоррекция усуллари силнинг оғир, зўрайиб борадиган тур-ларида, дориларни қабул қила олмасликда, беморни операцияга тайёрлашда кенг қўлланилади. Бу усуллар гомеостазнинг бу-зилган параметрларини меъёрлаштиради, иммун тизим кўрсат-кичларини, микроциркуляцияни, жигар ва буйрак фао-лиятини яхшилайди, қоннинг сил таёқчаларига қарши бактерио-статик фаоллигини кучайтиради.

Силни даволашда физиотерапевтик усуллар

Силни даволаш самарасини оширадиган усуллардан бири физик омиллардан фойдаланишдир. Физик омиллар мажмуаси даволаш таъсирини кучайтиради. Бу усуллар ўпка тўқимаси репарациясини, сил жараёни регрессиясини кучайтиради. Физик даволашни қўллашда қуйидаги омилларни ҳисобга олиш керак:

-жараённинг клиник манзараси;

- ҳужайра реакцияси (экссудатив ёки пролиферативъ);
-жараённинг жойлашган ўрни ва тарқалиш ҳажми;
- бемор ёши ва мослашиш имкониятлари;
- ҳамроҳ хасталиклар мавжудлиги ва оғирлик даражаси.

Физиотерапевтик усуллардан фойдаланишга кўрсатмалар:

- нафас аъзоларининг илк бор аниқланган барча кўринишлари;
- тарқалган силнинг интоксикацияси камайиши билан кечадиган даври, специфик жараённинг суст регрессияси;
- ўпкада деструкциянинг сақланиб туриши;
- ҳамроҳ бронообструктив синдром борлиги.

Монеликлар: - силнинг тарқалган, емирилган, зўрайиб борувчи турлари; қон туфлаш; қон қусиш; қон таҳлилида лейкоцитлар сонининг 10000 дан кўплиги; ЭЧТнинг 20 мм/соат бўлиши; 2-3 даражадаги гипертония, юрак ишемик хасталигининг 3-4 функционал даражаси, онкологик хасталиклар, юрак ва қон ивиши тизими декомпенсацияси, ҳомиладорлик, физик омилларни қабул қила олмаслик.

Барча физик омилларни шартли равишда 3 гуруҳга бўлиш мумкин.

1-гуруҳ: яллиғланишга қарши усуллар - УЮТ-терапия, КВЧ-терапия, ингаляция, электрофорез. Бу усулларни сил хаста-лигининг экссудатив-некротик даврида қўллаш тавсия этилади.

2-гуруҳ: ултратовуш, лазер ва магнит терапия. Улар сил жараёнининг сўрилишини, кавакларнинг ёпилишини тезлаш-тиради. Даволашнинг 2-3 ойларидан сўнг бу усуллардан фойда-ланиш тавсия қилинади.

3-гуруҳ усуллари: СВЧ- терапия ўпкада имкон қадар камроқ қолдиқ–фиброз ўзгаришлар қолишига мўлжалланган.

Силни мажмуавий даволашда фитотерапиянинг қўлланиши

Ҳозирги кунда сил хасталигининг патоморфози дори-дар-монлар билан мажмуавий даволаш ҳамиша ҳам ижобий самара бера олмаслиги, кўпгина етакчи фтизиатрлар томонидан кўрсатиб ўтилган. Шу сабабли, тадқиқотчи олимлар диққатини, силнинг мажмуавий даволаш самарасини оширишга қаратилган ноанъанавий, дори-дармон бўлмаган усуллардан фойдаланиш кўпроқ қизиқтирмоқда. Бу усуллар ичида доривор ўтлардан фойдаланиш, яъни фитотерапиянинг аҳамияти катта:

- камида 3-4 та кимёдори ва патогенетик дорилар қўллаш бемор организмига жуда оғир бўлиб, дорилар ножўя таъсирининг юзага чиқиши хавфини оширади;
- ўсимликлардан олинган дориларнинг афзаллиги узоқ муддат қўлланилганда ҳам безарарлиги, деярли заҳарлаш таъсири йўқлиги ва табиатан тозалигидир;
- фитотерапиянинг асосий самараси, аъзолардаги сил заҳарланиши туфайли пайдо бўладиган бузилишларни бартараф қилишдир.

Сўнги йилларда илмий адабиётларда фитотерапияни силни даволашда қўллашга бағишланган кўпгина маълумотлар чоп этилган бўлиб, даволашнинг турли йўналишларини белгилайди. Фитоте-рапияни силда қўллаган мутахассисларнинг (Казаков К.С., 1989, 1999, 2003; Барнаулов О.Д., 1998., Трясова И.П., 1997; Казаринова Н.В ва бошқалар 2000; Ташпулатова Ф.К., 2000; Парпиева Н.Н., 2002; Ужегов Г.Н., 2001; Седўх Н.Х., 2007) фикрича, фитотера-пиянинг асосий йўналишлари қуйидагилардан иборат.

1. Шартли равишда силга қарши фаоллиги бор шифобахш гиёҳлар, силни кимёдорилар билан бирга даволашда шифобахш таъсир кўрсатади (мойчечак, далачой, ширинмия, исланд мохи, япон софораси, қора андиз ва бошқалар).

2. Бемор организмининг детоксикацион аъзолари- жигар, буйрак, ошқозон-ичак тизими фаолиятини яхшилайди (Хожима-товнинг ўтлар дамламаси, маккажўҳори попуги, баргизуб, мой-чечак, бўзноч, қорақанд, дастарбош, қўштирноқ,чаёнўт, далачой).

3. Бемор иммун тизимига иммунфитопрепаратлар ёрдамида таъсир қилади (ширинмия, қорақиз, мойчечак,тоғ райҳон, далачой).

4. Силга қарши дорилар ножўя таъсирининг олдини олиш ва уларни бартараф этишда (наъматак, дастарбош, ширинмия, далачой) яхши самара кўрсатади.

5. Бемордаги асабийлик ва тушкунлик ҳолатига яхши таъсир кўрсатади (тоғрайҳон, валериана, пион, арслонқуйруқ).

6. Организмнинг мослашув реакцияларига ижобий таъсир қилади (ширинмия, тоғрайҳон, женьшен, элеутероккок).

7. Бемордаги ҳамроҳ касалликларни ҳам даволашда (арфазетин, диасил, нефрофит, галстена йиғиндиси) самаралидир.

Шифобахш гиёҳлар таркибида биологик фаол моддалар: алколоидлар, гликозидлар, кумаринлар, эфир ёғлари, қатрон, танидлар, кўп миқдорда витаминлар бор, улар инсон организмида физиологик фаол ҳаракат қилиб, самара беради. Шифобахш гиёҳларнинг таъсир механизми 20.2-жадвалда келтирилди**.**

20.2-жадвал

Доривор ўтларнинг таъсир механизмлари

Таъсир механизми	Таъсир механизми
1.Балғам кўчирувчи	8.Замбуруғга қарши
2.Бронхолитик	9.Фитонцид фаоллиги
3.Тер ҳайдовчи	10.Гапатопротектор
4.Седатив	11.Ўт ҳайдовчи
5.Антибактериал	12.Спазмолитик
6.Антивирус	13.Иммунномодулятор
7.Яллиғланишга қарши	14.Адаптоген хусусият

Доривор ўтлардан самарали фойдаланиш бемор организмига дори-дармонларнинг ножўя таъсирини камайтириш имконини беради. Казаков К.С ва муалифлар (1989) маълумотига кўра, тоғрайҳон, мойчечак, эвкалипт барглари, далачойдан иборат дам-ламани 2 ой давомида ичиб туриш, ошқозон ва ичак фаолиятини, кимёдорини қабул қилишни яхшилаб, даволаш самарасини оширади.

Кимёдориларнинг ножўя таъсири, фитотерапия таъсирида 2,5 марта ва доривор ўтларни қонни ултрабинафша нурлар билан нурлантириб, бирга қўлланилганда эса 4 марта камайган (К.С. Казаков ва муалифлар, 1998).

Тоғрайҳон, баргизуб, мойчечак гуллари, далачой, макка-жўҳори попуги, ширинмиядан тайёрланган дамламалар сил беморларда патологик жараён ҳисобланган асабийликни деярли 4 марта камайтиради (А.М.Убайдуллаев ва муаллифлар, 2003).

Фитотерапияни лазер билан бирга қўллаш ҳам даволаш самарасини оширади (М.В.Винокурова, 2005).

Ўпка сили қандли диабет билан кечганда мажмуавий давода 8 хил шифобахш гиёҳлар (тоғрайҳон, далачой, тақмагул, чаёнўт, бўйимодорон, қизилча, доривор мармарак) йиғмаси - «Диасил»ни қўллаш мақсадга мувофиқ. «Диасил» фақат дезинтоксикацион хусусиятга эга бўлиб қолмай, балки гипогликемик таъсир кўрсатади (Н.Н. Парпиева, 2002, 2007). Диасил ичган беморларда инсулинга кундалик эҳтиёж 15% га камайган, ўпкадаги кавак-ларнинг ёпилиши 58,6%, балғам конверсияси 92,6% бўлиб, дориларга ножўя таъсир умуман кузатилмаган.

Сўнги вақтларда, иммун тизим кўрсаткичларини меъёрига келтириш учун фитотерапия кенг қўлланилмоқда. А.В.Пастушен-кова, Е.Е.Лесовская (1995) маълумотларига кўра, иммун тизимга таъсир кўрсатадиган шифобахш гиёҳларни 3 гуруҳга бўлиш мақсадга мувофиқ.

1. Фагоцитоз бузилганда қўлланиладиган гиёҳлар: қизилтасма, женшен, маккажўҳори попуги, арпабодиён.

2. Гуморал иммунитет танқислигида қўлланиладиган ўсим-ликлар: қорақиз, арпа, элеутерококк.

3. Ҳужайра иммунитети етишмовчилигида қўлланиладиган ўсимликлар: чаёнўт, доривор мармарак.

Иммун тизим кўрсаткичларини меъёрлаштириш учун қўлла-ниладиган гиёҳларнинг афзаллиги шундаки, уларни иммун тизимни иммунологик текширмасдан ҳам қўллаш мумкин. Беморларда мажмуавий давони иммунмодулятор- гемалин + қора-қиз ўти дамламаси билан қўллаш, беморларда даволашнинг 1 ойида сил клиник белгиларини сўнишига олиб келган (назорат гуруҳдан 2-2,5 баравар тезроқ). Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, дори-дармон, иммунмодуляторларни қорақиз дамламаси билан ичиб туриш туфайли, иммун кўрсаткичларда яхшигина ўзгаришлар рўй

беради. Даволаш самарасини ўрганиш, 3 ойлик мажмуавий даводан сўнг балғам конверсияси иммунмодулятор-гемалин + қорақиз ичган беморларда-72% ташкил этиб, бу кўрсаткич назорат гуруҳидан 1,2-1,3 марта кўп. Яллиғланишнинг сўрилиши бу беморларда, назорат гуруҳидан 2 марта кўп кузатилган (Н.В.Тарасова ва бошқалар,2007).

Фитотерапияга кўрсатмалар:

- ўпка касаллигини даволашнинг самарасизлиги;
- кимёдориларининг ножўя таъсири;
- ҳамроҳ хасталиклар мавжудлиги;
- жигар ва буйрак фаолиятининг бузилиши.

Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, фитотерапия мажмуавий даволаш усули бўлиб, алоҳида эмас, балки кимёдорилар билан бирга қўлланилгандагина яхши самара беради.

Болалар ва ўсмирларда суяк-бўғим силини даволашда физиотерапевтик муолажалар

Сил касаллигининг фаол даврида физиотерапевтик муола-жалар аниқ кўрсатмалар асосида олиб борилганидек, суяк-бўғим силида ҳам бу даво курсининг маълум чегараси бор.

Физиотерапевтик даво:

1. Жарроҳлик муолажасига қадар қўлланилади.
2. Жарроҳлик муолажасидан кейинги даврда.

Суяк-бўғим силининг фаоллиги пасайган давр, антибак-териал даво курсини 1-2 ой давом эттирилгандан ҳамда жар-роҳлик муоложасидан кейин, сўрилтирувчи, оғриқ қолдирувчи дорилар билан электрофорез ва ултратовушли, шунингдек УЮТ, амплипулс, дарсенвал, оғриқ қолдирувчи, сўрилтирувчи дори- дармонлар электрофорези, амплипулс ва магнитли даво чоралари олиб борилади.

Урогенитал силни даволашда кортикостероид препаратларнинг қўлланилиши

Фтизиоурологик беморларни даволашда кортикостероид препаратларни фақат махсус кимётерапия курсини ўтказиш жараёнида қўлланилади.

Фтизиоурологик беморларни кортикостероид препаратлар билан гормонал терапия ўтказиш учун кўрсатмалар қуйидагича:

- қовуқ силида кучли яллиғланиш жараёни ва оғриқ белгилари кузатилиши;
- сийдик йўллари сили;
- кимёпрепаратларга аллергик реакциялар пайдо бўлиши;
- стриктуралар ва дағал чандиқлар ҳосил бўлишининг олдини олиш.

Ортиқча фиброз тўқималарнинг ҳосил бўлиш жараёнининг олдини олиш

Специфик антибактериал кимётерапия давомида зарарланиш ўчоқларида фиброз тўқималарнинг ҳосил бўлиши ёки чандиқ-ланиш трансформация жараёни қайд этилади. Бу табиий ҳолат, бошқа деструктив жараёнлар учун ижобий натижа бўлсада, сийдик чиқариш тизими учун бир қатор муаммо ва қийинчиликлар туғдириши мумкин. Масалан, буйрак силида емирилиш ўчоғини тезда инкапсуляция бўлиши билан сўрилиш жараёнининг кескин сусайишига ва касалликнинг торпид кечишига олиб келади. Сийдик йўлларининг ортиқча фиброз тўқималарни ҳосил бўлиб битиши, жарроҳлик муолажаси ўтказиш йўли билан коррекция талаб қилувчи стриктуралар ҳосил бўлишига олиб келади.

«Кераксиз жойда чандиқланиш»нинг олдини олиш учун қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

- кимётерапия схемаларига R ва E киритилиб, S (K) (стрик-туралар ҳосил бўлиш эҳтимоли юқори бўлган ҳолларда) қўллан-маслик;
- махсус кимётерапия ўтказиш жараёнида кичик миқдорда кортикостероид препаратларни умумий ва маҳаллий терапия усулида қўллаш;
- антиоксидантлар мажмуаси – натрий тиосулфат, токоферол ацетат, аскорутин, дибунол, викасол, метионин- 30 кунлик курсларини қўллаш;
- сўрилтирувчи воситаларни– алоэ экстракти, ФиБС, йўлдош экстракти, лидаза - 20-30 кунлик курсларини қўллаш.

Сийдик ажратиш йўллари силининг иммунтерапияси

Иммунмодуляторларнинг қўлланилиши, урогенитал силни даволашда сезиларли даражада ижобий таъсир кўрсатиши мумкин. Ҳозирги кунда бир қатор юқори самарали иммунтерапия воситалари мавжуд (Т-активин, иммуномодулин, неовир, тимоген, тималин ва б.).

Фтизиоурологик беморларни даволашда иммунмодулятор препаратларни қўллаш учун кўрсатмалар қуйидагича:

- касалликнинг тарқалган ва кўп локал турлари;
- касалликнинг сурункали кечадиган турлари;
- сил микобактерияларининг кимёпрепаратларга барқарор турлари топилиши ёки борлигига шубҳа бўлиши;
- носпецифик инфекция оқибати бўлмиш ҳамроҳ хаста-ликлар ёки асоратларнинг мавжудлиги.

Иммунтерапия, одатда, даволанишнинг асосий курси давомида ўтказилади. Иммунмодуляторни қўллашга юқори сезгирлик монелик қилади.

Сийдик ажратиш йўллари силини даволашда антиоксидантларни қўллаш

Ортиқча эркин радикал оксидланиш жараёнини қатор пато-логик ҳолат ва синдромларнинг ривожланишида қатнашиши, урогенитал силни мажмуавий даволашда антиоксидантларни қўл-лашга асос бўлади.

Фтизиоурологик беморларни даволашда антиоксидант препаратларни қўллаш учун кўрсатмалар қуйидагича:

- кимёпрепаратларга токсик ва токсик-аллергик реакция-ларни даволаш ва профилактикаси;
- гепатопротектор терапия ўтказиш зарурати;
- ортиқча фиброз тўқималар ҳосил бўлиши жараёнини даволаш ва профилактикаси;
- яллиғланишни маҳаллий даволаш (дибунолни қовуққа юбориш).

Антиоксидант давони 3-4 препарат мажмуаси – натрий тиосулфат, токоферол ацетат, аскорутин, дибунол, викасол, метионинлардан иборат антиоксидантлар комплекси билан 30 кунлик курс шаклида қўлланилади. Препаратлар одатдаги ўртача терапевтик дозаларда қўлланилади.

21 БОБ

ЖАРРОХЛИК ДАВО УСУЛЛАРИ

ЎПКА СИЛИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Иқтисодий ривожланган давлатларда сил билан касалла-нишнинг камайиши оқибатида оператив даволаш усулларига эҳ-тиёж камайган. Лекин сил билан касалланиш юқори бўлган дав-латларда, жумладан Ўзбекистонда жарроҳлик муолажасининг аҳамияти сақланиб қолмоқда. Бирламчи аниқланган беморларда 10-15% ҳолатларда операцияга кўрсатмалар бўлади. Ўпка силининг сурункали турларида антибактериал терапия кўпинча самара бермайди. Бу беморларнинг 50-60% ўпкадаги жараённинг тарқалганлиги, функционал заҳираларнинг пастлиги ҳамда оғир ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги оператив даволашга зиддият туғдиради. Шунинг учун беморларни барвақт операцияга йўллаш катта аҳамиятга эга.

Кўрсатмалар

Ўпка сили билан хасталанган беморларда операцияга қуйидаги ҳолатлар кўрсатма бўлади:

1. Ўпканинг фиброз-кавакли сили, туберкулемаси, циррози, плевра эмпиемаси, казеоз зотилжам.

2. Кимёдавонинг кам самарадорлиги, айниқса, сил микобак-терияларининг дориларга сезгирлиги йўқолганда.

3. Ўпка, бронх, плевра ва лимфа тугунларида сил жараёни сабабли аслига келмас морфологик ўзгаришлар бўлганда.

4. Силнинг асоратлари ва оқибатлари (ўпкадан қон кетиши, спонтан пневмоторакс, пиопневмоторакс, нодулобронхиал оқма яра, бронхолитиаз, бронхоэктазлар, ригид плеврит) ҳаёт учун хавф солганда.

Ўпка силида операциялар, асосан, режали бажарилади, лекин тезкор ва ҳаётий кўрсатмалар бўлганда ҳам операциялар бажари-лади. Буларга: ўпка силининг зўрайиб кечиши, ўпкадан қон кети-ши, босимли пневмоторакс киради. 21.1-жадвалда ўпка силида бажариладиган асосий операцияларнинг кўрсатмалари берилган.

Монеликлар

Сил жараёнининг тарқалганлиги кўпчилик ҳолларда опера-цияга монелик қилади. Бундан ташқари, нафас, юрак-томир, жигар ва буйрак функционал фаолиятининг бузилиши, қўшилиб кечаётган оғир касалликлар, бемор умумий аҳволининг оғирлиги, қарилик ўпкадаги операцияга қарши кўрсатма бўлади.

Беморнинг клиник, рентгенологик, лаборатор, биокимёвий ва функционал ҳолати комплекс таҳлил қилиниб, операцияга қарши кўрсатмалар аниқланади. Шуни айтиш лозимки, замонавий тиббиётнинг имкониятлари шу қадар каттаки, аввал операцияга монелик қилган кўрсатмалар бугунги кунда аҳамиятсиз бўлиб қолди.

21.1-жадвал

Ўпка силида асосий операцияларга кўрсатмалар

Операция	Кўрсатмалар
Прецизион, сегментар резекция	Чегараланган каверна, туберкулема, ўчоқлар конгламерати
Лобэктомия	Ўпканинг бир бўлагида кавакли ёки фиброз-кавакли сил, бўлак циррози, лобит казеоз зотилжам типида, туберкулема атрофида диссеминация ўчоқлари
+ўшма резекция (ўпка бўлаги+ сег-мент), билобэктомия	Ўпканинг бир ёки икки бўлагида кавакли, фиброз-кавакли, цирротик сил, иккинчи бўлакда диссеминация ўчоқлари
Пулмонэктомия, плевропулмон-эктомия	Ўпканинг фиброз-кавакли сили диссе-минация ўчоқлари ёки цирроз билан, катта гигант каваклар, казеоз зотилжам, фиброз-кавакли сил ва сурункали плевра эмпиемаси
Торакопластика	Ўпка юқори бўлаги фиброз-кавакли сили, бошқа бўлакларда диссеминация ўчоқлари
Торакомиопластика	Ўпкада сил жараёни, бронхиал оқма яра ва сурункали плевра эмпиемасида, агар пулмон-эктомияга монелар бўлса, ўпка резекциясидан кейинги қолдиқ бўшлиқ ёки плевра эмпиемасида
Кавернопластика	Ўпка юқори бўлаги ёки 6 сегментда бўлган катта тозаланган каверна
Плеврэктомия ва декортикация	Ригид плеврит, сурункали плевра эмпиемаси (ўпкада сил жараёни чегараланган ва кичик турларида)
Нодулэктомия	Катта казеозли лимфа тугунлари организм заҳарланиши билан, бронхларнинг лимфа тугунлари билан сиқилиши, казеоз тугун-ларнинг бронхга

	очилиши
Торакостомия	Сурункали плевра эмпиемаси, ўпканинг қис-ман резекцияси ёки пулмонэктомиядан кейинги плевра эмпиемаси бронхоплеврал оқма яра билан пункция ва дренажлаш ёрдам бермаганда
Кавернотомия, кавернани дренажлаш	Ўпка юқори бўлаги ёки 6 сегментда бўлган катта фиброз кавак иккинчи босқич опера-цияга тайёрлаш учун.

Операцияга тайёрлаш

Ўпка силининг кичик турларида, беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлганидан, операцияга махсус тайёрлашга хожат бўлмайди. Бундай беморларни 1-2 ой антибактериал даволашдан кейин операция қилиш мумкин. Сил жараёнининг тарқалган, фаол турларида, йирингли жараёнларда операцияга тайёрлаш даври 2-4 ой давом этиши мумкин. Бу даврда сил жараёнини чегаралаш, сил микобактериялари чиқишини тўхтатиш ёки камайтириш учун беморга жадал антибактериал терапия, жумладан, венага дори юбориш ва лимфотроп усуллар қўлланилади. Бундан ташқари, патогенетик, инфузион, десенсибилизацион ва бошқа терапия ўтказилади. Йирингли жараёнда санацион (пункция, дренажлаш) терапия муҳим аҳамиятга эга. Сил жараёни барқарорлашганда операцияни бажариш мақсадга мувофиқ, бунда клиник, лаборатор ва рентгенологик кўрсаткичларга асосланилади. Шуни эътиборга олиш лозимки, операцияга тайёрлаш даврини керагидан ортиқ чўзиш хавфли бўлади. Чунки дориларга турғунлик кўпайиши, сил жараёни зўрайиши мумкин. Бундан ташқари, операцияни узоқ кутган кўпчилик беморлар, ундан бош тортишади.

Операция турлари

Ўпка, плевра, кўкрак ичи лимфа тугунлари, бронхлар силида қуйидаги операциялар бажарилади:

- ўпка резекцияси, пулмонэктомия;
- торакопластика, экстраплеврал пневмолиз, кавакдаги опера-циялар (кавернотомия, кавернопластика, дренажлаш);
- плеврэктомия, ўпка декортикацияси;
- торакостомия;
- бронхларда операция (окклюзия, резекция ва пластика, чўлтоқ реампутацияси);
- кўкрак ичи лимфа тугунларини олиш;
- сунъий пневмоторакс учун плевра қотишмаларини куйдириш.

Булардан ташқари, эндоскопик (видеоторакоскопия, бронхо-скопия, рентгенэндоваскуляр) операцияларни алоҳида айтиб ўтиш лозим. Хусусан, плевра эмпиемасида видеоторакоскопик санация, видео ёрдамида торакоскопик резекциялар, бронх тошларини бронхоскопик олиш, ўпкадан

қон кетганда ўпка артерияларини эндваскуляр эмболизацияси шулар жумласига киради. Ўпка, плевра, кўкрак ичи лимфа тугунлари, бронхлар силида барча операциялар умумий эндотрахеал наркозда бажарилади.

Коллапстерапия

Ўпка силини комплекс даволаш тадбирлари ичида коллапс-терапиянинг ўрни алоҳида. Коллапстерапия – бу ўпка силини сунъий пневмоторакс ёки пневмоперитонеум ёрдамида даволаш усулидир.

Ҳозирги даврда сил микобактерияларининг дориларга чидамли штаммлари пайдо бўлиши, силга қарши кимёпрепаратларга ножўя таъсирларнинг кўпайиши даволаш самарасини пасайтириб юборяпти. Шунинг учун коллапстерапиянинг аҳамияти катта бўлиб, баъзида даволашнинг ягона усули ёки операцияга тайёрлаш даволаридан бири бўлиб хизмат қилади. Бундан ташқари, иқтисодий жиҳатдан коллапстерапия усуллари қулай, арзон ва самарали.

Сунъий пневмоторакс

Сунъий пневмоторакс – бу плевра бўшлиғига ҳаво юбориб, ўпканинг зарарланган қисмини пучайтиришдир. Силга қарши кимёпрепаратларни ихтиро қилингунга қадар, сунъий пневмо-торакс ўпка силининг деструктив турларини даволашда энг самарали усул ҳисобланган.

Сунъий пневмоторакснинг даво таъсири механизми

Ўпка силини сунъий пневмотракс ёрдамида даволаш ўпканинг эластик хоссаларига асосланган. Эластикликнинг камайиши ва ўпканинг қисман пучайиши, каверна деворларини ёки деструктив бўшлиқларнинг ёпилишига олиб келади. Сунъий пневмотораксда ўпканинг 1/3 қисми пучайиши ва плевра бўшлиғи ичи босимининг манфийлиги нафас харакатлари амплитудасини камайтиради, ўпканинг зарарланган жойи нисбатан тинч ҳолатда бўлиб, газ алмашинувида иштирок этаверади.

Плевра бўшлиғи ичида газ босимининг ошиши, қон айла-нишининг қайта тақсимланишига ва фаол перфузия зоналарини ўпканинг қуйи соҳаларидан юқорига кўтарилишига олиб келади. Сунъий пневмоторакс лимфостазга, токсинлар сўрилишининг секинлашувига, фагоцитоз кучайишига, ўчоқлар инкапсуляцияси ва фибрознинг тезлашишига, шунингдек репаратив жараёнларнинг стимуляциясига, яллиғланган ўзгаришларнинг сўрилишига, парча-ланган бўшлиқлар ўрнида чизиқли ёки юлдузсимон чандиқлар пайдо бўлишига олиб келади.

Сунъий пневмоторакс учун кўрсатмалар

Сунъий пневмоторакс учун кўрсатмаларни белгилаш қатъий равишда бўлиб, ҳар бир беморнинг ўзига қараб асосланади. Ҳар бир ҳолатда ўпкадаги жараённинг тарқалганлиги, табиати ва босқичлари билан бирга беморнинг

умумий клиник ҳолати, ёши ва бошқа омилларни ҳам ҳисобга олиш керак. Сунъий пневмотораксни амалга ошириш учун асосий кўрсатмалар:

1) сил микобактерияларининг кўп дориларга чидамлилиги;

2) беморларниинг силга қарши дориларни қабул қила олмаслиги ёки дориларнинг ножўя таъсирлари юқорилиги;

3) адекват кимётерапияни тўлиқ ҳажмда кўрсатилган муддатларда ўтказишни чегараловчи баъзи ҳамроҳ касалликлар ёки ҳолатларнинг мавжудлиги.

Шунингдек, сунъий пневмоторакс 3 ойлик кимётерапия курсини тугатишга қарамай, ёпилмаган каверна ёки парчаланган бўшлиқлар мавжуд бўлган ўпканинг яллиғланган, ўчоқли, кавернали ва чегаралганган гематоген-диссеминациялашган сили-нинг парчаланиш босқичидаги беморларга ҳам кўрсатилган. Кенг тарқалаган диссеминацияли ўпка силида сунъий пневмотораксни қўллаш жараённинг зўрайишига ва пневмоплевритга олиб келиши мумкин.

Сунъий пневмоторакс ўпка силини даволаш босқичларидан иборат бўлиб, ҳар бир босқичда унинг вазифалари турлича бўлади. 1 босқичда (биринчи марта аниқланган ўпка сили билан оғриган беморнинг изчил босқичдаги кимётерапияси) сунъий пневмото-раксни қуйидаги ҳолларда қўллаш мумкин:

-сил микобактерияларининг дориларга чидамлилиги ёки дориларнинг ножўя таъсирлари туфайли тўлақонли кимётерапияни ўтказиб бўлмаганда;

-изчил фазадаги даволашнинг охирида касалликнинг сўрилиш аломатлари йўқлигида.

1-босқичда сунъий пневмотораксни қўллашдан мақсад – беморни имкони борича қисқа муддатда жарроҳлик муолажа-ларини қўлламасдан туриб, бутунлай соғайтириб юборишдир. Сунъий пневмотораксни кимётерапиянинг 1-3 - ойидан бошлаш мумкин, давомийлиги – 3-6 ой.

2-босқичда (кимётерапиянинг изчил фазаси 4-12 ойга узайтирилганда) сунъий пневмотораксни қўшимча даволаш усули сифатида қуйидаги ҳолларда қўллаш мумкин:

-даволашнинг изчил фазасида сунъий пневмоторакс кўрсатилмаган, бироқ кимётерапиядан нисбатан яхши самара бўлган (зўрайган жараённинг ўткирлиги пасайиши, деструктив бўшлиқларнинг камайиши, яллиғланишнинг қисман сўрилиши) биринчи марта аниқланган кенг тарқалган ўпка сили билан оғриган беморларда;

-тўла-тўкис даволаш ўтказилмаганлиги туфайли кимёпре-паратларга иккиламчи чидамлилик келиб чиққан, биринчи марта ўпка сили билан оғриган беморларда.

2-босқичда сунъий пневмотораксни қўллашдан мақсад – беморни тўла соғайтириш ёки операцияга тайёрлашдир. Бунда пневмоторакс кимётерапиянинг 4-12 ойидан бошлаб, 12 ой давомида берилади.

3-босқичда (кимётерапия бошланганидан кейин 12 ойдан ортиқ вақт ўтгач) сунъий пневмоторакс бир неча марта самарасиз, ноадекват ва

узилишлар билан ўтказилган даво курсларидан сўнг, ривожланган кўпгина дориларга турғунлиги йўқолган ҳамда каверна шаклланган беморларда жарроҳлик муолажасига тайёрлаш мақсадида қўлланилади. Сунъий пневмоторакс бу беморларда даволашнинг 12-24 ойидан сўнг қўлланилиб, 12 ой давомида берилади.

Баъзида шошилинч ва ҳаётий кўрсатмаларга кўра, ўпкадан қон кетишнинг оғир ва такрорий ҳолатларида, бошқа даво усул-ларининг самарасизлигида ҳам сунъий пневмоторакс қўлланилади. Сунъий пневмотораксни бажаришда жараённинг жойлашиши ҳам эътиборга олинади. Кўпинча деструктив бўшлиқ ва каверналарнинг ўпканинг юқори, орқа ва олдинги сегментларида жойлашганида пневмоторакс ўтказилади. Пневмоторакс бир томонлама бажа-рилади. Баъзан, иккала ўпка зарарланганда ҳам бу усулни қўллаш асос бўлади. Пневмоторакс катта зарарланган жараён томонга ўтказилганда, қарама-қарши ўпкадаги сил жараёни ҳам барқа-рорлашиб, ўзгаришлар сўрилади. Баъзи ҳолларда пневмоторакс сил жараёни билан камроқ зарарланган томонга қўйилиб, қарама-қарши томондаги катта зарарланган жараён жарроҳлик муолажасига тайёрланади. Иккала ўпкада чегараланган жараён бўлганда ҳам пневмотораксни бир вақтда ёки кетма-кет бажариш мумкин. Бундай беморларнинг нафас олиш ва юрак-томир тизимлари фаолияти мукаммал ўрганилади. Иккинчи пневмото-раксни орадан 1-2 ҳафта ўтгандан кейин бажариш тавсия қилинади. Пневмотораксни навбатма-навбат амалга ошириш ҳар бир беморнинг аҳволига қараб ҳал қилинади ва бунда кўпроқ катта зарарланган томондан бошланади. Беморларнинг ёши ҳам пневмоторакс қўйишда аҳамиятга эга. Зарурият туғилганда сунъий пневмоторакс кекса беморларда ҳам, ўсмирларда ҳам қўлланилади.

Ҳозирги вақтда сунъий пневмотораксга, нафақат тиббий кўрсатмалар, балки ижтимоий ва эпидемиологик кўрсатмалар ҳам қўлланилади. Заҳира қаторидаги кимёпрепаратларнинг қимматлиги, сунъий пневмотораксга кўрсатмани кенгайтиради, сил микобактериялари ажралишининг қисқа муддатда тўхташи ва беморни атрофдагиларга хавфсиз бўлиши эса бу усулнинг аҳамиятини янада оширади.

Сунъий пневмотораксга монеликлар

Сунъий пневмотораксни қўйишда умумий ва хусусий монеликлар бор:

Умумий монеликлар.

1) ёши 60 дан ошган ва 10 ёшгага етмаган беморлар;

2) 2-3 босқич нафас етишмовчилиги;

3) ўпканинг сурункали обструктив касалликлари;

4) юрак-томир тизимининг оғир хасталиклари;

5) баъзи асаб ва руҳий касалликлар (эпилепсия, шизофрения, гиёҳвандлик).

Касалликнинг клиник турлари, тарқалганлиги ва жараённинг жойлашиши, асоратлари, хусусий монеликларни белгилайди. Плевра-ўпка қотишмаларида ва эркин плевра бўшлиғи йўқлигида, ўпка тўқимаси эластиклигини йўқотганда, сунъий пневмотораксни қўйиш техник жиҳатдан имконсиз ва самарасиз. Бу қуйидаги ҳолатларда бўлади:

-казеоз зотилжам;

-кенг тарқалган диссеминацияли ўпка сили;

-цирротик сил;

-экссудатив ёки адгезив сил плеврити;

-бронхлар сили;

-туберкулёма.

Дағал фиброз деворли каверна, уни ўпканинг базал сегментларида жойлашуви, катта (диаметри 6 смдан ортиқ), блоклашган, субплеврал жойлашган каверналар сунъий пневмо-торакс қўйишга монелик қилади.

Сунъий пневмотораксни бажариш усули

Сунъий пневмотораксни бажариш учун беморни махсус тайёрлаш талаб этилмайди, баъзи ҳолатларда оғриқсизлантирувчи ва десенсибилизатор препаратларни қўллаш мумкин.

Сунъий пневмоторакс учун 200 дан ортиқ турли модифи-кациядаги аппаратлар мавжуд бўлиб, уларнинг иш принципи асосан туташ идишлар қонуниятига асосланган: бир идишдаги суюқлик иккинчисига ўтаётганда ҳавони сиқиб чиқариб, плевра бўшлиғига ҳайдайди ва газли бўшлиқни ҳосил қилади.

Кундалик фаолиятда АПП-01 аппаратидан фойдаланилади. У 2 та туташ 500 мл ҳажмли идишлардан иборат бўлиб, бир-бирига уч каналли кран билан боғланган. Аппаратнинг асосий қисмларидан бири сувли манометр бўлиб, шифокор у орқали игнанинг қаердалигини (плевра бўшлиғидами, ўпкада ёки қон томирдами), плевра бўшлиғидаги босимни газ киргунча, кириш чоғида ва ундан кейингисини аниқлайди. Плевра бўшлиғида меъёрида нафас олиш чоғида босим -6 дан -9 мм сув уст.гача, нафас чиқаришда -6 дан -4 мм сув уст.гача бўлади. Пневмоторакс қўйилиб, ўпка 1/3 ҳажмга сиқилиши лозим, шунда ўпка нафасда иштирок этаверади. Плевра бўшлиғига ҳаво юборилгач, босим ошади, лекин манфий бўлиб, нафас олишда -4 дан -5 мм сув уст.гача, нафас чиқаришда -2 дан -3 мм сув уст.гача қолиши лозим.

Сунъий пневмоторакс қўйиш чоғида игна ўпкага ёки бронхга кирса монометр мусбат босимни кўрсатади. +он томир тешилса, аввал босим кўтарилиб, кейин игна орқали қон чиқади. Игна юмшоқ тўқималарга кирса манометрда ўзгариш бўлмайди.

Ўпка силини сунъий пневмоторакс билан даволаш бир неча босқичдан иборат:

-газли бўшлиқни шакллантириш;

-сунъий пневмотораксни доимий инсуффляциялар ёрдамида сақлаб туриш;

-инсуффляцияни тўхтатиш ва пневмотораксни йўқотиш.

Сунъий пневмотораксни қўйиш учун бемор соғ ёнбошига ётказилади, тери 5% йод эритмаси ёки 70% этил спирти билан тозаланади. Кўкрак қафаси қўлтиқ чизиғи бўйлаб 3-4 ёки 5 қовурға орқали мандренли махсус игна билан санчилади, ички фасция ва плевра тешилади. Игнадан мандрен олингач, манометрга ула-нади ва жойлашган ўрни аниқланади. Манометрдаги босимнинг нафас олиш билан синхрон ҳаракати бўлмаса ёки игнани плевра бўшлиғида эканига шубҳа туғилса, кўкрак қафасига ҳаво юбориш тўхтатилади. Игна тўқимага ёки қонга тўлиб қолса, мандрен билан тозаланади ва ҳолати ўзгартирилади. Нафас олиш босқичи билан мос ҳолатдаги доимий манфий босим, игнанинг плевра бўшлиғида эканидан далолат беради. Аввало, плевра бўшлиғига 200-300 мл, кейинчалик эса 400-500 мл ҳаво юбориб турилади. Сунъий пневмоторакс протоколини ёзишда манометрнинг бошланғич ва охирги кўрсаткичлари, қанча ҳажмда ҳаво юборилгани кўрсатилади. Ёзув каср шаклида ёзилади: суратда - нафас олиш чоғидаги босим, маҳражда - нафас чиқаришдаги босим. Намуна, СП dextra (-12)/(-8) 300мл (-6)/(-4).

Биринчи ўн кунликда сунъий пневмоторакс учун инсуффляция ҳар 2-3 кун оралиқда қилинади, пнемоторакс шакллантириб бўлингач, оралиқ вақт ҳар 5-7 кунга узайтирилиб, ҳаво ҳажми 400-500 млга етказилади.

Пневмоторакс қўйилгандан кейин, унинг самарасини, лозим бўлса, давони давом эттириш ёки унга ўзгартириш киритишни белгилаш шарт. Бу масалалар 4-8 ҳафта ўтгандан кейин ҳал қилинади. Сунъий пневмотораксда кераклича терапевтик самара берувчи ўпка ҳажмининг энг кам сиқилиши - ўпканинг оптимал коллапси ҳисобланади.

Шаклланган сунъий пневмоторакс вариантлари

Тўлиқ гипотензив пневмоторакс – ўпка бир теккис 1/3 ҳажмга пучайган, плевра бўшлиғи ички босими нафас олишда (-4) -(-3) см сув уст., нафас чиқарганда (-3) - (-2) см сув уст.га тенг, функционал кўрсаткичлар сақланган.

Тўлиқ гипертензив пневмоторакс – ўпка бир теккис 1/2 ҳажмга пучайган, плевра бўшлиғи ички босими мусбат, нафас олишда ўпка иштирок этмайди. У ўпкадан қон кетганда бажа-рилади.

Селектив мусбат пневмоторакс – ўпканинг зарарланган қисмлари пучайиши, плевра бўшлиғи ичи босими нафас олишда (-4) - (-3) см сув уст., нафас чиқарганда (-3) - (-2) см сув уст.га тенг, ўпканинг зарарланган қисмлари ёзилган, нафас олишда иштирок этади.

Селектив манфий пневмоторакс – ўпканинг соғ қисмлари пучайиб, зарарланган қисмлари пучаймаган, каверна чандиқлар ёрдамида чўзилиб, ёрилиш хавфи бор. Бунда жарроҳлик муолажаси зарур.

Натижаларга таъсир қилувчи омиллар

Самарасиз сунъий пневмотораксниг асосий сабаби плеврал чандиқлар ва қотишмалар бўлиб, зарарланган ўпка қисмларини бутунлай пучайишига ва

кавернанинг битиб кетишига тўсқинлик қилади. Ўпка силида кўпчилик беморларда (80% да) чандиқланади. Плевра чандиқларининг лентасимон, елпиғичсимон, ўрасимон, юза текислиги бўйича турлари бўлади. Замонавий жарроҳлик техно-логиялари видеоторакоскопия ёрдамида бу чандиқларни самарали ва хавфсиз ажратиш имконини беради. Катта (2 сегментдан ортиқ) дағал чандиқлар видеоторакоскопияга монелик ҳисобланади. Сунъий пневмотораксни видеоторакоскопия ёрдамида ўтказиш умумий наркозда бажарилади. Операциянинг асосий шарти операция қилинаётган ўпкани вентиляцияда иштирок этмаслиги учун бронхни алоҳида интубациялашдир. Баъзи ҳолларда ўпкани сунъий вентиляциясидан ҳам фойдаланилади. Плевра бўшлиғига видеоторакоскоп киритилгандан сўнг ревизия қилинади ва махсус асбоблар (коагулятор, диссектор, қайчи) ёрдамида чандиқлар ажратилади. Операция плевра бўшлиғига дренаж (1 суткага) ўрнатиш билан якунланади. Дренаж ёрдамида гемостаз ва аэростаз назорат қилинади. Сунъий пневмоторакс самараси компютер томография ва рентген текширувлар асосида назорат қилиб борилади.

Асоратлар

1. Сунъий пневмоторакс билан боғлиқ асоратлар:

- ўпканинг травматик шикастланиши (2-4%);
- тери ости ёки медиастинал эмфиземаси (1-2%);
- ҳаво эмболияси (0,1% кам).

Сунъий пневмоторакс қўйишда тез-тез рўй бериб турадиган асорат ўпканинг тешилишидир. Бунинг хавфли оқибатларидан бири-зўрайиб борувчи травматик пневмоторакс бўлиб, ўпка эмфиземаси бор беморларда ривожланади ва плевра бўшлиғига дренаж ўрнатиш билан барҳам берилади. Ўпкани тешиб қўйганда беморлар қон туфлаши ҳам мумкин. Бу ҳолатлар, ўз-ўзидан барҳам топади.

Тери ости ёки медиастинал эмфизема ҳисобига, игнанинг кўкрак қафаси чуқур қатламиларига кириб кетиши, ўпка оралиқ тўқималарига ёки кўкс оралиғи тўқималарига газнинг кириб бориши ҳисобига бошқа асоратлар ривожланади. Юмшоқ тўқималар орасидаги озроқ ҳаво мустақил сўрилиб кетади. Баъзи ҳолларда плевра бўшлиғига кўп ҳаво юборилганда ҳам у тез сўрилиб кетаверади. Бундай ҳолатларни «тўймас пневмоторакс» деб аташади ва шунга қарамай, газли бўшлиқни шакллантириш имкони бўлади.

Ҳаво эмболияси энг хавфли асорат бўлиб, газни қон томирларига тушганида содир бўлади. Бундай ҳолатлар шошилинч реанимация тадбирларини ўтказишни тақозо этади. Бемор хушидан кетади, нафас тўхташи ёки хириллаб қолиши мумкин. Ҳавони кўп миқдорда катта қон айланиш тизимига, айниқса коронар артерияга, бош мия томирларига тушиши, беморнинг ўлимига олиб келади. Бундай ҳолларда гипербарик оксигенация самарали даво бўлади.

2. Сунъий пневмотораксни давом эттиришдаги асоратлар:

-пневмоплеврит (10-12%);

-ригид пневмоторакс (5-7%);

-ателектаз (3-5%).

Ҳавони ортиқча миқдорда юборилиши ёки плевра бўшлиғига патоген микроорганизмларнинг тушиши, пневмоплевритга олиб келади. Бу ҳолатни йўқотиш учун плевра бўшлиғидан экссудат аспирация қилиниб, антибиотик ва глюкокортикоид препаратлар юборилади ва инсуффляцияни вақтинча чегараланади. Экссудатни узоқ вақт (2-3 ойдан кўп) сақланиши, чандиқлашиш жараёнининг зўрайиб, чегаралланган плеврит ёки эмпиемага олиб келади ва бу пневмотораксни тўхтатишни талаб этади.

Ўпка тўқимасини узоқ вақт коллапс ҳолатида бўлиб, плеврани газдан доим таъсирланиб туриши эластик хусусиятларнинг йўқолишига, плевра ва ўпкада склероз жараёнларига олиб келади. Ригид пневмотораснинг эрта аломатларига плеврит, пучайган ўпка ҳаракатининг чегараланиши, висцерал плевранинг қалинлашиши киради. Плевра бўшлиғига озроқ ҳажмда ҳаво юборилганда монометр босимнинг катта ўзгаришдаги ҳаракатларини кўрсатади. Бунда инсуффляция оралиғини чўзиш ва юбориладиган ҳаво ҳажмини камайтириш лозим.

Кўп миқдорда газ бериш ёки бронхдаги ўзгаришлар ателектаз ривожланишига сабаб бўлади. Бундай ҳолларда газ ҳажмини камайтириш лозим.

Пневмоперитонеум

Сунъий пневмоперитонеум, бу қорин бўшлиғига ҳаво юбориб, диафрагма ҳаракатини чегаралашдан иборат. Фтизиатрияда бу усул ўпка силини даволашда, фтизиожарроҳликда – ўпка резекцияларидан кейин плевра бўшлиғи ҳажмини вақтинча коррекция қилиш учун қўлланилади.

Сунъий пневмоперитонеумнинг даво таъсири механизми:

-механик таъсири ўпка эластик хусусиятини камайтириш ва каверна деворларини қисман яқинлаштириш;

-нейрорефлектор таъсири ўпканинг эластик элементлари ва силлиқ мускуллар тонусининг пасайтириши.

Бу микроциркуляциянинг қайта тақсимланишига, нисбатан гипоксияни юзага чиқариб, сил микобактерияларининг ўсишини секинлаштиришга, лимфостазни пайдо қилиб, токсинлар сўрили-шини камайтиришга омил бўлади.

+орин бўшлиғига юборилган ҳаво диафрагма ҳаракатини чегаралаш, ўпка тўқимаси ҳажмини ва эластик хусусиятини камайтириш ҳисобига сил касаллигининг ривожланишига тўсқин-лик қилади. Диафрагмани 2 см.га кўтарилиши ўпка ҳажмини 700 мл.га камайтиради. Диафрагмани 4 қовургагача кўтарилиши энг маъқул ҳисобланади. +орин бўшлиғига юборилган газ висцеро-висцерал рефлексни келтириб чиқаради: ўпка пучаяди, диафрагма кўтарилади, костодиафрагмал нафас кучаяди, лимфаоқим ошади, қон айланиши яхшиланади, оксидланиш жараёнлари тезлашади, қон артериязациялашади.

Кўрсатмалар

Сунъий пневмоперитонеумга асосий кўрсатмалар (Шаклеин И.А. бўйича):

-ўпканинг яллиғланган сили, жараённинг ўмров соҳасидан пастда жойлашиши билан;

-диссеминациялашган сил;

-бирламчи силнинг пневмоник босқичи;

-фиброз-кавернали сил, кавернанинг илдиз соҳасида жойлашиши билан;

-ўпкадан қон кетиши.

Баъзан сунъий пневмоперитонеум бир томонлама пневмото-ракс билан френикоалкоголизацияга алтернатива сифатида қўлла-нилади.

Сунъий пневмоперитонеум кимёпрепаратлар таъсирини кучайтиради, ўпканинг ўрта ва пастки соҳаларида жойлашган эластик деворли бўшлиқларнинг ёпилишини тезлаштиради, кенг яллиғланган-пневмоник ўзгаришларни, аспирацион зотилжам-нинг сўрилишини тезлаштиради. Специфик кимётерапия билан комбинацияда, бу усул ўпка бўлакларидаги яллиғланишни, гематоген-диссеминацияли жараённи,кавакли силни (кавакни қаерда жойлашганидан қаътий назар) даволашда самарали. Дориларни қабул қила олмаслик ёки сил микобактерияларини дориларга турғунли штаммлари туфайли самарасиз кимётерапияда бу усулдаги коллапсотерапияни қўлласа бўлади.

Монеликлар

Умумий монеликлар:

-ўта оғир кахектик ҳолат (қорин олдинги девори қувват-сизлиги, чурра борлиги);

-қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшилиб кечаётган касал-ликлари;

-қорин бўшлиғи аъзоларида бажарилган операциялар

-қўшилиб кечаётган оғир касалликлар;

- 2-3 босқич вентиляция етишмовчилиги.

Махсус монеликлар:

-фиброз-кавакли силнинг тарқалган турлари ёки цирротик ўпка сили;

-3- қовурғадан юқорида жойлашган субплеврал каваклар;

-казеоз зотилжам.

Пневмоперитонеумни қўйиш услуби

Сунъий пневмоперитонеум оч қоринга берилади. Газ беришдан олдин бемор сийдик қопини бўшатиб олиши лозим.

Сунъий пневмотораксда қўлланиладиган игнадан фойдаланиш ёки бироз узунроқ (6-10 см) игнани қўллаш мумкин. Бемор чалқанча ётади, кўкрак қафаси пастки соҳасига болишча қўйиш мумкин. +орин девори териси 5% йод эритмаси ёки 70% спирт билан яхшилаб артилади. +орин деворини киндикдан 2 бармоқ пастдан ва чапдан четда – қорин тўғри мушаги ташқи қирғоғи бўйлаб игна санчиб тешилади, мандрен билан игна тозаланади. +орин бўшлиғига ҳаво сунъий пневмоторакс учун мўлжалланган аппаратдан игна орқали юборилади.

Сунъий пневмотораксдан фарқли ўлароқ, сунъий пневмо-перитонеумда монометр босим ҳаракатларини кўрсатмайди. +орин бўшлиғига ҳаво юборилганда бироз мусбат босим ҳаракати кузатилади ва +2 дан +10 см сус. уст.гача аниқланади. Игнанинг қорин бўшлиғида тўғри жойлашиши ҳавонинг эркин кетишидан, перкутор товушнинг аниқлигидан (қутисимон тимпаник товуш), манометрдаги босимнинг газ тўхтатилгандан кейин тезда ўз ўрнига қайтишидан маълум бўлади.

Биринчи галда инсуффляция қилинганда 400-500 мл, 3-4 кундан кейин (ҳавонинг сўрилиши тезлигига қараб) – 600-700 мл, гоҳида 800 мл ҳаво юборилади. Кейинчалик инсуффляция ҳар 7-10 кунда 1 марта юборилади, баъзан 1000 мл.гача газ юбориш мумкин.

Тананинг тик ҳолатида газ қорин бўшлиғининг юқори соҳаларига кўтарилади, диафрагмани кўтаради, жигарни сиқади, ошқозон ва талоқни пастга итаради. Даволаш самарасини олиш учун диафрагмани 4-5 қовурғагача кўтариш етарли бўлади.

Асоратлар

-ичаклар деворининг шикастланиши (1%);

-тери ости эмфиземаси ёки медиастинал эмфизема (3-5%);

-қорин бўшлиғида чандиқлашиш (30-40%);

-пневмоперитонит (2-8%);

-ҳаво эмболияси (0,01%).

Силга қарши препаратлар комбинациясида пневмоперитонеум билан даволаш 6-12 ойга давом этади. Пневмоперитонеумни, юбориладиган ҳаво ҳажмини аста-секин камайтириш йўли билан қийинчиликсиз тўхтатилади.

Ўпкаларнинг қисман резекцияси, пулмонэктомия

Ўпкаларнинг қисман резекцияси ҳар хил ҳажмда бажарилади. Одатда резекциялар кўкрак қафасининг олд-ён томонидан 4-5 қовурға оралиғидан, кам ҳолатларда эса ён ёки орқа томондан бажарилади. Торакотомиядан кейин, ўпкани ҳамма томонидан ажратиш (пневмолиз), жумладан ўпка боғламини кесиш лозим, чунки бу муолажа резекциясидан кейин ўпканинг қолган қисмини тўлиқ ёзилишига олиб келади ва операциядан кейинги қолдиқ бўшлиқ, бронхоплеврал оқма яра каби асоратларнинг олдини олади. Одатда пневмолиз интраплеврал қатламда бажарилади. Ўпка ва кўкрак қафаси қаттиқ ёпишганда экстраплеврал пневмолиз бажарилади. Ўпка силининг чегараланган турларида, яъни сил жараёни бир ёки икки сегментда жойлашганда эконом резек-циялар (сегментар, четки, прецизион) бажарилади. Тикувчи аппаратларда механик чок ишлатилиши бу операцияларни бажаришни енгиллаштирди. Прецизион резекцияда эса фақат патологик жараённи нуқтали электрокоагуляция ёки лазер ёрдамида олиб ташланади.

Ўпканинг бир бўлаги резекцияси (лобэктомия), одатда, кавакли ва фиброз-кавакли жараён бир бўлакда жойлашганда бажари-лади. Бундан ташқари, кўплаб туберкулемаларда, бир бўлак казеоз зотилжамда, циррозда бажарилади. Сил жараёни бир бўлакдан ташқарига чиқса, қўшма резекциялар (бир бўлак/сегмент) ёки икки бўлак резекциясини (билобэктомия) бажариш керак бўлади. Ўпкалар резекцияси икки томондан бажарилиши мумкин. Икки томонлама резекцияларни айни бир вақтда ёки кетма-кет бажариш мумкин. Бизнинг тажрибаларимиз шуни кўрсатадики, айни бир вақтда бажарилган икки томонлама резекцияда беморлар операциядан кейинги даврни оғир ўтказишади. Кетма-кет операциялар оралиғи одатда 1-2 ойни ташкил қилади, чунки бу даврда операция бўлган ўпка ўз функционал ҳолатини тиклаб олади. Ўпканинг қисман резекциясидан сўнг, кўпчилик беморлар силдан бутунлай соғайиб кетадилар.

Ўпканинг фиброз-кавакли сили ва тарқалган ўчоқлари бўл-ганда, поликавакли силда, гигант ва катта кавакларда, казеоз зотилжамда, бош бронх чандиқли стенозида пулмонэктомия опе-рацияси бажарилади. Ўпка ҳар томондан ажратилгандан кейин ўпка илдизи элементлари, яъни томир ва бронхлар ажратилади. Одатда томирлар қўлда ажратилиб тикилади ва кесилади, бош бронхга эса механик чок қўйилади.

Торакопластика

Торакопластика бу қовурғаларнинг зарарланган ўпка томо-нидаги резекциясидир. Бунинг таъсирида кўкрак қафасининг ҳажми кичрайиб, ўпка тўқимасининг кенгайиш хусусияти камаяди. Бу билан сиқилган ўпкадаги кавакнинг кичрайишига имкон яратилади. Торакопластикадан сўнг кавак ҳамиша ҳам чандиқ-ланмайди. Баъзи ҳолларда кавак тор эпитилизациялашган кавакка айланади. 10-15% беморларда торайган кавак деворида грануляция тўқималар ва казеоз массалар сақланиб қолади, бу эса кейинчалик сил жараёнининг зўрайишига олиб келади.

Торакопластика операцияси ўпканинг юқори бўлагида кавак, пастки бўлакларда тарқалган ўчоқлар бўлганда, шунингдек резекцион усулга монеликлар бўлганда бажарилади. Операция орқадан куракни айланиб ўтувчи йўл билан борилади. Юқори 5-7 қовурғалар орқа-ён томондан резекция қилинади, I-II-III қовурғалар иложи борича резекция қилинади. Операциядан сўнг 2-3 ойга босиб турувчи болишчали боғлам қўйилади.

Ўпка резекциясидан кейинги қолдиқ бўшлиқда торакоплас-тика мушакли пластика билан қўшиб бажарилади.

Ўпка коллапсини экстраплеврал пневмолиз операцияси билан ҳам сақласа бўлади. Экстраплеврал бўшлиққа ҳаво юбориш ёки силикон пломба билан коллапсни сақлаб туриш мумкин.

Кавернотомия, кавернопластика, дренажлаш

Кавакни дренажлаш пункция усулида бажарилади. Катетер орқали кавак ичидаги суюқликни доимий аспирацияси таъминла-нади ва вақти-вақти билан антибактериал, ферментатив, анти-септик препаратлар юборилади. Бунинг натижасида беморларнинг аҳволи яхшиланади, кавак суюқлиги тозаланиб, унда сил микобактериялари йўқолади. Бироқ бу усулда кавак ёпилмайди. Шунинг учун кўп ҳолатларда кавакни дренажлашни кейинги бажариладиган операция (резекция, торакопластика ёки кавер-напластика) учун ёрдамчи усул сифатида қўлланилади.

Кавернотомия – катта ва гигант кавакларда бажарилади. Сил жараёни тарқалган турларида, антибактериал терапиянинг самарасизлигида, юрак ва нафас функционал ҳолати сустлигида кейинги босқич операцияси - торакомиопластика учун тайёрловчи паллиатив операция усули ҳисобланади.

Тозаланган (санацияланган) бир томонлама кавакларда кавернотомия ва кавернапластика операцияси бажарилади. Бу операцияни алоҳида, мушакли пластика ёки торакопластика билан қўшиб ишлаш мумкин. Бу операциялар самарадор бўлиб, беморлар яхши кўтаришади.

Плеврэктомия ва ўпка декортикацияси

Сурункали плевра эмпиемаси ва ригид плевритда кўкрак қафаси, кўкс оралиғи аъзолари ва диафрагмада катта анатомотопографик ўзгаришлар бўлади. Шунинг учун плеврэкто-мия ва декортикацияни бажаришда қуйидаги асосий қоидаларга риоя қилинади:

- плевра бўшлиғининг кўринишини, плевра қопини, айниқса қалтис соҳаларни ажратишда визуал назоратни олди-ён ёки ён торакотомия қилиш;
- операция асоратларининг олдини олиш учун плевра қопини жуда эҳтиёт бўлиб анатомик ажратиш;
- Плевра қопини олиб ташлагандан кейин ўпкани тўла пневмолиз қилиш.

Шуни таъкидлаш керакки, плеврэктомиянинг бундай усули анча қийин операция бўлиб, кўп қон кетиши, ўпка паренхима-сининг йиртилиши, плевра қолдиқ бўшлиғи ва бронхоалвеоляр оқма яралар шаклланиши билан кечади. Шу камчиликларни бар-тараф қилиш учун клиникада сурункали плевра эмпиемаси ва ригид плевритни даволашда жарроҳликнинг янги усули қўлла-нилмоқда. Бунинг асосий тамойиллари қуйидагича: торакотомиядан сўнг, плевра бўшлиғини очиб, ундаги суюқлик аспирация қилингач, санация қилинади, грануляцион тўқималарни қириб тозалангач, плевра қопининг қовурға ва диафрагма қисмлари париетал плевранинг висцерал плеврага ўтиш жойигача ажратилади. Шундан сўнг, ўтиш чизиғидан париетал плеврани қирқиб олиб ташланади, висцерал плевра эса қолади. Кейин ўпка тўлиқ пневмолиз ва декортикация қилинади. Ўзгарган висцерал плевра бир

неча жойидан эҳтиёткорлик билан ўпкагача кесилади. Бу операциялар тикловчи операция бўлиб, беморнинг функционал ҳолатини тўлиқ тиклайди.

Торакостомия

Эмпиема бўшлиғини пункцион санацияси ёки дренажлаш усули самара бермаганда торакостомия бажарилади. Икки ёки учта қовурға резекциясидан сўнг мушаклар плеврага тикилади ва дарча шаклланади. Эмпиема бўшлиғи ҳар куни очиқ санация қилинади, бунда турли антисептиклар, антибактериал препаратлар ва физик омиллардан (ултратовуш, лазер) фойдаланилади. Бу операция паллиатив ҳисобланиб, одатда кейинги босқич операциясига тайёрлаш вазифасини бажаради.

Бронхлардаги операциялар

Бронхларда турли операциялар бажарилади. Бронх окклю-зияси камдан-кам бажарилади, кўпинча бошқа операциялар - торакостомия, кавернотомия билан бирга бажарилади. Бронхнинг чандиқли стенози, бронхолитиаз, бронхнодуляр оқма ярада бронх резекцияси ва анастомози операцияси бажарилади, бу ўпкани сақлаб қолишга олиб келади. Бронх чўлтоғи оқма яраларида реампутация ёки окклюзия (трансстернал, трансперикардиал йўл орқали) бажарилади.

ЎПКА СИЛИ АСОРАТЛАРИ, ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ

+он туфлаш ва ўпкадан қон кетиши

Балғамда қон томчилари бўлиши, туфлаганда суюқ ёки қотган қон чиқишига қон туфлаш, дейилади.

+оннинг бронхга мўл кетиши ва йутал билан ташқарига чиқишига ўпкадан қон кетиши дейилади. +он туфлашнинг қон кетишдан фарқи чиқаётган қоннинг миқдорида. Европа респиратор жамияти экспертлари (ERS) ўпкадан қон кетиши деб, беморнинг 24 соат ичида 200 дан 1000 мл.гача қон йўқотишига айтишади. Бемор 50 мл гача қон йўқотса, қон туфлаш дейилади, 50 мл дан кўп қон оқса, қон кетиши дейилади.

Ўпкадан қон кетганда йўтал билан бирга кўп миқдорда, вақти- вақти билан қон чиқиб туради. Кетаётган қоннинг миқдорига қараб, В.И.Стручков (1998) таснифи бўйича, қон кетишининг 4 та даражаси тафовут қилинади: 50 мл дан 100 мл гача қон оқса I даражали, 100 мл дан 300 мл гача – II даражали, 300 мл дан 500 мл гача – III даражали, 500 мл дан кўп бўлса, IV даражали қон кетиш ҳисобланади. Ҳозирги пайтда Россияда қон кетишининг миқдорига қараб кичик (100 мл гача), ўртача (500 мл гача) ва кўп ёки профузли қон кетишга ажратилади. +оннинг бир қисми нафас йўлларидан

йўтал билан чиқмаслиги мумкин, балки аспирация бўлиши ёки бемор ютиши мумкин. Шунинг учун ўпкадан қон кетганда, оқаётган қон тахминий бўлади. +он кетиши ва қон туфлаш силнинг деструктив турларида 5,2 – 6,5% да учрайди.

Профузли ўпкадан қон кетиши ҳаёт учун хавфли бўлиб, ўлимга олиб келиши эҳтимол. Асфиксия ёки қон кетишнинг кейинги асоратлари – аспирацион зотилжам, сил жараёнининг кучайиши, 80% гача, кичик ҳажмдаги қон кетишда 7-30% гача ўлимга олиб келиши мумкин.

Патогенези ва патологик анатомияси

+он туфлаш ва ўпкадан қон кетиши силнинг яллиғланган турларида, казеоз зотилжамда, фиброз-кавакли силда кўпроқ учрайди. Баъзан ўпкадан қон кетиши цирротик силда ёки пневмофиброзда ҳам учраши мумкин. Ўпкадан қон кетишнинг бошқа сабабларига ўпканинг паразитар ёки замбуруғли касалликлари, биринчи навбатда, кавакдаги қолдиқ аспергилема киради. Камдан-кам ўпкадан қон кетишнинг сабаблари бронх карциониди, бронхолитиаз, бронхоэктазлар, ўпка инфаркти, ўпка операциясидан кейинги асоратлардир.

Ўпкадан қон кетишнинг морфологик асосини бронхиал артерияларнинг аневризматик кенгайиши ва деворларининг юпқалашиши, бронхиал артерия ва ўпка артерияси ўртасидаги ҳар хил даражадаги, асосан артериола ва капиллярлар даражасидаги анастомозларининг ўзгаришлари ташкил қилади. +он томирлар юқори босимдаги гиперваскуляризация зонасини ташкил қилади. Бу хилда ўзгарган томирларнинг аррозияси ёки ёрилиши бронхларнинг шиллиқ қаватига ёки шиллиқ қават остига қон йиғилиб, ўпка тўқимасига ва бронхларга қон қуйилишига олиб келади ҳамда ўпкадан қон кетишнинг ҳар хил оғирлик даражалари кузатилади. Баъзан ўпкадан қон кетишига кавак ёки бронх деворидаги қон томирларнинг йирингли-некротик жараён туфайли емирилиши сабаб бўлади.

Клиника ва диагностикаси

Ўпкадан қон кетиши кўпроқ ўрта ёшдаги эркакларда кузатилади. Бемор олдин қон туфлай бошлайди, лекин бирданига профуз қон кетиши ҳам мумкин. +ип қизил ёки тўқ қизил қон тоза ҳолда ёки балғам аралаш йўталганда оғиздан тушади. Одатда қон кўпикли бўлиб, ивимайди.

Тўғри диагноз қўйиш учун бемор анамнезида ўпка, юрак касали, қон касали борлигини суриштириш керак. Ўпкадан қон оқаётганда қизилўнгачдан ёки ошқозондан қон кетишидан, фарқли ўлароқ, қон йўтал билан чиқади ва кўпик аралаш бўлади. +он қип қизил бўлса, бронхиал артериядан, тўқ қизил бўлса, ўпка артерияси тизимидан оқаётган бўлади. +он ўпка томирларидан чиқаётган бўлса, нейтрал ёки ишқорли, овқат ҳазм қилиш аъзолари томир-ларидан чиқаётган бўлса, кислотали муҳитда бўлади. Баъзан

қон аралашган балғамда сил таёқчалари топилади, бу беморда қон оқишининг сабаби, ўпка сили эканлигидан далолат беради. Бемор, кўпинча, қайси ўпкасидан қон оқаётганини айтолмайди. Беморнинг субъектив сезгилари ҳамиша ҳам хақиқатга тўғри келавермайди, шунинг учун уларни баҳолашда эҳтиёт бўлиш керак.

+он туфлаш ва ўпкадан қон кетаётган беморни биринчи марта кўришда артериал қон босимини ўлчаш асосий омиллардан биридир.

Ўпкадан қон оқаётган жойда аускултацияда нам хириллаш ва ғичирлаш эшитилади. Диагнозни аниқлаш мақсадида, албатта ўпкани рентенда иккита проекцияда кўриш керак.

Ҳозирги шароитда рақамли рентгенография ўпкадаги патологик жараённи тезда аниқлаш имконини беради. Лекин бу усул ERS экспертлари фикрича, 20-46% ҳолларда қон кетаётган жойни аниқлаб бера олмайди, патологик жараённи аниқлаб бўлмайди ёки ўпкадаги ўзгаришлар икки томонлама бўлади. Бундай ҳолларда ўпкадаги жараённи аниқлашга компютерли томография (КТ) катта ёрдам беради. КТда бронхоэктазлар ҳам кўринади.

Ҳозирги пайтда бронхоскопия ўпкадан қон кетишида асосий диагностик ва даволаш муолажаларидан бири ҳисобланади. Бронхоскопия нафас йўлларини кўриб, қайси бронхдан қон кетаётганини аниқлаш мумкин бўлган ягона усулдир. Ўпкадан қон кетаётганда қаттиқ Фридел ва эгилувчан фибробронхоскопдан фойдаланилади. +аттиқ бронхоскоп қонни бронх йўлларидан яхшилаб тозалашга ва ўпка вентиляциясининг тезроқ тикланишига ёрдам берса, фибробронхоскоп кичик бронхларни кўриш имкони-нини беради.

Ўпкасидан қон кетаётган беморларда қоннинг қаердан кетаётганини аниқлашда бронхоскопия ва асосан бронхиал артериография ёрдам беради. Бронхиал артериография учун маҳаллий анестезия ёрдамида сон артериясига Селдингер усулида пункция қилиниб, махсус катетер аортага ва ундан бронхиал артериянинг бошланиш жойига киритилади. Рентгенконтраст эритма юбориб, рентген сурати олинади, ўпкадан қон кетишнинг асосий ва ёрдамчи белгилари аниқланади. Ўпкадан қон кетишининг асосий белгилари - қон кетиб турганда контраст модданинг қон томир деворидан ташқарига чиқиши, қон кетиши тўхтаганида эса, томир деворларининг окклюзияси (жипслашиши) ҳисобланади. Ўпкадан қон кетишнинг ёрдамчи белгилари – бронхиал артериялар тўрининг кенгайиши (гиперваскуляризация), қон томирларининг аневризматик кенгайиши, бронхиал артериялар периферик шоҳларининг тромбози, бронхиал ва ўпка артериялари ўртасида анастомоз тўрлар ҳосил бўлишидир.

+оннинг умумий таҳлилида албатта тромбоцитлар сонини, гемоглобинни аниқлаш керак. Гемоглобинни динамикада аниқлаш қон кетишнинг индикатори назоратидир. Бундан ташқари, қон ивиши кўрсаткичларини (коагулограммани) ҳам аниқлаш керак.

Даволаш

Ўпкадан профузли қон кетганда қуйидаги 3 амални бажариш керак:

- нафас йўлларини ҳимоялаш ва реанимация (асфиксия бўлмаслиги учун);
- қон кетаётган жойни ва сабабини аниқлаш;
- қон кетишини тўхтатиш ва қайталашининг олдини олиш.

Даволаш муассасасидан ташқарида ўпкадан қон кетганда биринчи ёрдам бериш учун беморни зудлик билан махсус касалхонага ётқизиш керак. Айни вақтда беморга қон кетишидан қўрқмаслиги ва, иложи борича, йўтални тутиб турмаслиги тушунтирилади. Аксинча, нафас йўлларидан ҳамма қонни йўтал билан чиқариб ташлаш муҳим. Беморни яхшироқ йўталиб, қонни чиқариб ташлаши учун ўтирган ёки ярим ўтирган ҳолда ўпкада операция қилиш мумкин бўлган махсус касалхонага олиб борилади.

Ўпкасидан қон кетаётган беморларни даволаш алгоритми

- беморни қон кетаётган ўпкаси томони билан ётқизиш;
- кислород ингаляцияси, этамзилат, дицинон (томир девор-лари ўтказувчанлигини камайтириш учун), аминокапрон кислота (қоннинг қуюқлашишини оширувчи дорилар), транквилизаторлар, йўталга қарши дорилар;
- артериал қон босимини ва кичик қон айланиш доираси босимини камайтириш (ганглиоблокаторлар: азаметоний бромид, триметофан камсилат, клонидин;
- бронхоскопия;
- жарроҳлик аралашувининг энг маъқул ҳажмини аниқлаш (ўпка резекцияси, пневмонэктомия ва бошқалар);
- иккита каналли найча ёки битта каналли найчани соғ ўпкага эндобронхиал киритиш йўли билан умумий оғриқсизлантириш ёрдамида жарроҳлик муолажасини бажариш;
- операция тугагач, санацион бронхоскопия ўтказиш;
- фармакологик, эндоскопик, рентген – эндоваскуляр ва жарроҳлик усуллари билан ўпкадан қон кетишини тўхтатиш.

Фармакологик усулларга бошқарувчан артериал гипотензия киради. Бошқарувчан артериал гипотензия катта қон айланиш доирасига кирувчи бронхиал артериялардан қон кетаётганида самарали бўлади. Систолик артериал босимни 85-90 мм.рт.ст.гача тушиши тромбоз ҳосил бўлиши ва қон тўхташига шароит яратади. Шу мақсадда қуйидаги дори препаратларидан бири қўлланилинади:

- Триметофан камсилат – 0,05%-0,1% эритмаси глюкозанинг 5% ли эритмасида ёки натрий хлориднинг 0,9% ли эритмасида венага томчилаб қуйилади (минутига 30 – 50 томчи).
- Натрий нитропруссид – минутига 0,25-10 мкг|кг венага.
- Азаметоний бромид 0,5 – 1 мл 5% ли эритмаси, мушак орасига – 8-15 минутдан кейин таъсир қилади.

- Изосорбид динитрат – 0,01 г (2 та таблетка тил тагига).
- Клиникамизда систолик артериал босимни тушириш учун папаверин 2% ли эритмаси 2 мл, дибазол 1% ли эритмаси 2-3 мл мушак орасига, магнезий сульфат 25% ли эритмаси 5 мл венага ёки мушак орасига ва бошқа кенг тарқалган гипотензив дорилар ҳам қўлланилинади.

Агар қон ўпка артерияси тизимидаги томирлардан оқаётган бўлса, кичик қон айланиш доирасидаги босимни пасайтириш учун венага аминофиллин ёки эуфиллин (5-10 мл 2,4% ли эритмаси 5-10 мл натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси билан аралаштирилиб венага 5-6 минут мобайнида) юборилади. Ўпкадан қон кетишнинг барча турларида қон ивишини яхшилаш учун фибринолиз ингибитори 5%ли аминокапрон кислота 100 мл миқдорда венага томчилаб юборилади. Бундан ташқари, дицинон 2 мл, этамзилат 12,5% ли 2 мл венага ёки мушак орасига, натрий хлориднинг 10% ли эритмаси 20 – 50 мл венага юборилади. Яна, қонни тўхтатиш учун RW, СПИД, HbsAg, HCVAg манфий бўлган донорлардан олинган янги таёрланган қон, плазма, криоплазма қуйилади. Кичик ва ўртача даражали ўпкадан қон кетишда, ҳамда беморни зудлик билан махсус касалхонага ётқизишнинг иложи бўлмаганда фармакологик усуллар 80-90% беморларда қон тўхташига ёрдам беради. Ўпкадан қон кетишини тўхтатиш учун пневмоперитонеум (қорин бўшлиғига 800-1000мл миқдорда ҳаво юбориш) қилинади ва кейинчалик ҳар 7-10 кунда такрорлаб турилади.

Ўпкадан қон кетишни тўхтатиш – бу бронхоскопия қилиб, қон кетаётган жойга бевосита таъсир қилиш (диатермокоагуляция, лазерли фотокоагуляция), қон кетаётган бронх окклюзияси (яъни, бронхообтуратор қўйиш). Бевосита таъсир қилиш бронх ўсмаларида самарали бўлса, бронхообтуратор қўйиш профузли қон оқишда қўлланилади. Окклюзия учун силикон баллонли катетер, поролонли булут (губка), дока тампонлар ишлатилади. Бронхо-обтуратор, кўпинча, 2-3 кун туради. Бронх окклюзияси бронхиал тизимнинг бошқа жойларида қон аспирациясининг олдини олади ва баъзан қон кетишини бутунлай тўхтатади. Агар беморга жарроҳлик муолажаси қилиш керак бўлса, бронх окклюзияси операцияга тайёрланиш вақтини узайтириб операцияни бажариш шароит-ларини яхшилашга ёрдам беради.

+он кетиши тўхтаган беморларда бронхоскопияни биринчи 2-3 кунда бажарилади. Шу йўл билан қон кетаётган сегментар бронхда ивиб қолган қон қолдиқларини аниқлаш мумкин.

Ўпкадан қон кетишни тўхтатишнинг самарали усулларидан бири - қон кетаётган томирни эндоваскуляр окклюзиясидир (ёки қон кетаётган бронхиал артериянинг эмболизацияси). Бу усулни ангиография қила оладиган тажрибали рентгенолог бажариши керак. Олдин артериография қилиб қон кетаётган бронхиал артерияни аниқлаб олинади. Эмболизация учун биринчи навбатда поливинилалкогол (PVA) рентгенконтраст билан бирга ишлатилади. PVA сўрилиб кетмайди,

шунинг учун реканализация кузатилмайди. Желатинли булут ҳам ишлатилиши мумкин, лекин камчилиги реканализация беришидир, шу сабабли, PVA га қўшимча сифатида ишлатилади. Бронхиал артериялари эмболизацияси 73-98% самара беради. Бу усулнинг асоратлари кўп. Энг кўп учрайдигани – кўкрак соҳасидаги оғриқ. Оғриққа, асосан, ишемия сабаб бўлади, одатда у ўтиб кетади. Энг оғир асорат – орқа мия ишемияси, 1% учрайди. Микрокатетерларнинг коаксиал тизимидан фойдаланиб, суперселектив эмболизация ўтказиш билан бу асоратнинг олдини олиш мумкин.

Консерватив даво самара бермаганда, қон кетиши беморнинг ҳаётини хавф остида қолдирганда жарроҳлик муолажаси қўлла-нилади. +он оқишнинг сабаби аспергилёма бўлганида жарроҳлик операцияси учун кўрсатма ҳисобланади.

Ўпкадан қон кетаётганда бажариладиган операциялар зудлик билан қилинадиган, тезда бажариладиган, кечиктирилган ва режалаштирилган операцияларга бўлинади. Зудлик билан қили-надиган операциялар қон кетаётган вақтда, тезда бажариладиган операциялар - қон кетиши тўхтагач, кечиктирилган ёки режа-лаштирилган операциялар - қон кетиши тўхтагач, тўлақонли операциядан олдинги тайёргарликдан кейин, махсус текшириш-лардан сўнг бажарилади. Кутиш тактикаси баъзан қон кетишининг қайталашига, аспирацион зотилжамга, касалликни кучайишига олиб келади.

Ўпкадан қон кетганда бажариладиган асосий операциялар – касалланган жойни қон кетиш манбаи билан бирга ўпка резекциясидир. Камроқ коллапсохирургик операциялар (торако-пластика, экстраплеврал пломбировка), жуда кам бронхнинг жарроҳлик окклюзияси, бронхиал артерияларни боғлаш бажари-лади. Бу операцияларда 1 – 50% ҳолларда ўлим содир бўлади. Операцияга кўрсатма бўлмаган ҳолларда (масалан, кучли нафас етишмаслигида) бошқа усуллар қўлланилади. Ўпкадаги каваккa калий йодид ёки натрий йодид юбориш, бронх ёки теридан киритилган катетер орқали амфотерицин В ни N-ацетилцистеин билан ёки ўзини юбориш мумкин.

Профуз қон кетганда кетган қоннинг ўрнини қисман тўлдириш учун эритроцитар масса ва янги тайёрланган музлатилган плазма қуйилади. Ўпкадан қон кетиши туфайли бажарилаётган операция вақтида ва тамом бўлгач, санацион бронхоскопия қилиш керак, чунки бронх йўлларида қолиб, қотган ёки суюқ қон аспирацион зотилжамга олиб келади. Ўпкадан қон кетиши тўхтатилгач, аспирацион зотилжамнинг олдини олиш ва сил жараёнининг кучайиб кетмаслиги учун антибиотиклар ва силга қарши препаратлар қўлланади.

Ўпкадан қон кетишнинг асосий профилактикаси ўпка касал-ликларини вақтида аниқлаш ва даволашдан иборат. Анамнезида ўпкадан қон кетиши кузатилган беморларда операцияга кўрсатма бўлса, жарроҳлик амалиётини ўз вақтида ва режали амалга ошириш керак.

Спонтан пневмоторакс

Шикастланиш ёки даволаш-диагностика муолажа таъсирисиз висцерал плевра бутунлигининг бузилиши натижасида плевра бўшлиғига бирданига ҳаво киришига спонтан пневмоторакс, дейилади. Спонтан пневмоторакс бирламчи (идиопатик) ва иккиламчи бўлади. Ўпка паренхимасидаги турли дегенератив-дистрофик ўзгаришлар идиопатик пневмоторакс учун морфологик асос бўлади, буларга бирламчи ўпка эмфиземаси ривожланадиган ирсий касалликлар, протеолитик ферментларнинг α_1-ингибитори етишмовчилиги, ўпканинг сурункали касалликлари негизида келиб чиқадиган эмфизематоз буллалар киради. Ўпка носпецифик касалликлари (абсцесс, гангрена, деструктив зотилжам), сил (кавак, инфилтрат, ўчоқлар), кисталар (эхинококкоз, алвеококкоз, бронхоген киста), ўпканинг емирилувчи ўсмалари ва метастазлари ва бошқа кам учрайдиган (замбуруғ, саркоидоз, бериллиоз, гистиоцитоз Х) ўпка касалликлари спонтан пневмотораксга асос бўлиши мумкин (21.1-расм).

21.1-расм. Ўнг томонлама спонтан пневмоторакс

Баъзи ҳолатларда, спонтан пневмотораксдан кейин плевра бўшлиғига суюқлик йиғилади, у сероз, фибриноз ёки йирингли бўлиши мумкин. Фаол ўпка силида спонтан пневмотораксдан сўнг плевра бўшлиғига суюқлик йиғилиши ва тезда иккиламчи микрофлора қўшилиши натижасида йиринглаш (пиопнев-моторакс) кузатилади (21.2-расм).

Ўпка силида спонтан пневмотораксниг клиник кўриниши турлича. У сил жараёнинниг тарқалганлигига, коллапс даражасига, плеврал экссудат хусусиятига, бактерия ажратиш ҳажмига боғлиқ. Бу клиник-рентгенологик ва микробиологик кўрсаткичлар биргаликда беморнинг умумий ҳолатини, касалликнинг кечишини белгилайди. Шунга асосланиб, клиникамизда бемор ҳолатини ва даволаш натижасини таҳлил қилиш учун миқдорий усул

ишлаб чиқилди. Клиник-рентгенологик ва микробиологик кўрсат-кичларнинг намоён бўлишига қараб, бирдан тўртгача рақамли баҳо берилди ва баҳолар йиғиндисини бемор ҳолатини кўрсаткичи деб аталди (21.1-жадвал).

21.2-расм. Чап томонлама пиопневмоторакс:
обзор рентгенограмма ва схемаси

21.1-жадвал

Бемор ҳолатини кўрсаткичи

Кўрсаткичлар	Баҳолар			
	1	2	3	4
Тарқалганлик (сегментлар)	>10	7-10	3-6	<3
Коллапс	тотал	субтотал	Чегаралганган	ўпка ёзилган
Плевра суюқлиги	Йирингли	фибриноз	Сероз	Йўқ
Сил таёқчалари*	>2/1	10-99/100	1-9/100	Йўқ

*Суратда сил таёқчалари сони, махражда кўриш майдони келтирилган.

Баҳолар йиғиндиси 12-16 бўлганда бемор аҳволи қониқарли, 9-11 да - ўрта оғир, 8 ва ундан кам бўлганда оғир ҳисобланади. Бемор ҳолати кўрсаткичини даволаш жараёнида, динамикада аниқлаш бемор аҳволини назорат қилади ва даволаш самара-дорлигини кўрсатади. Шу билан бирга БҲКни аниқлаш даволаш тактикасини аниқлайди. Хусусан, комплекс антибактериал ва патогенетик терапия замирида БҲК маҳаллий даволаш

усулини
аниқлайди.

Келтирилган алгоритмдан кўриниб турибдики, специфик спонтан пневмотораксда ўпкани коллапс ҳолатида сақлаб туришга катта аҳамият берилади. Чунки коллапс ҳолати ўпкадаги жараённинг барқарорлашига, сўрилишига имконият яратади. БҲК миқдорига қараб, ўпкани коллапсда тутиб туриш вақти белгиланади. БҲК 8 ва ундан кам бўлганда, фақат пункцион усулда коллапсни 2-2,5 ой тутиб туриш тавсия қилинади. Сил жараёнининг тарқалган, фаол турларида дренаж орқали ҳавони ташқи муҳитга чиқиши, кислород етишмовчилиги бўлган организмнинг мослашиш имкониятларини камайтириб юборади. Баъзи шошилинч ҳолатлар (босимли пневмоторакс, кучли йирингли интоксикация) бундан мустасно.

Шундай қилиб, ўпка, плевра, бронх сили ва унинг асорат-ларида турли хил операциялар бажарилади. Радикал операциялар – ўпканинг қисман резекцияси, пулмонэктомия юқори самарали операциялар бўлиб, самарадорлиги 85–95%ни ташкил қилади. Бу операцияларда ўлим 2–15% беморларда кузатилади. Коллапсо-хирургик операциялар ҳам травматик бўлишига қарамай, жуда самарали операциядир. Операция 90–95% самарали бўлади, ўлим эса 2–3% бўлади, холос. Операция вақтида ва ундан кейинги давр асоратсиз бўлганда, реабилитация даври 1–3 ой давом этади. Операциядан кейин 6 ой, 1 йил ўтгач, беморларнинг функционал ҳолати ва меҳнат қобилияти тикланади. Сил жараёнининг узоқ кечиши, тарқалганлиги, асоратлари, организмнинг функционал ва иммун имкониятлари пастлиги, антибактериал дориларга турғунлик ва ножўя таъсири операцияларнинг самарасизлигининг асосий сабабларидир. Ўпка сили билан касалланган беморларнинг даволаш самарадорлигини ошириш учун фтизиохирургиянинг имконият-ларидан кенг фойдаланиш керак. Антибактериал терапиянинг имконияти чекланганда, ўпкада катта морфологик ўзгаришлар қолганда беморларни фтизиохирургга маслаҳатга юбориш мақсадга мувофиқдир.

СУЯК-БЎ/ИМ СИЛИНИНГ ЖАРРОҲЛИК МУОЛАЖАСИ

Суяк-бўғим сили бор беморларни даволашда этиотроп тера-пиядан ташқари, жарроҳлик йўли билан даволаш ҳам катта аҳа-миятга эга. Кўпчилик ҳолларда, ўз вақтида жарроҳлик йўли билан даволаш, беморнинг тўлиқ тузалишига олиб келади. Санкт-Петербург Фтизиопулмонология илмий-текшириш институти ходимлари беморларни комплекс жарроҳлик йўли билан даволашни
тадбиқ этиб, шикастланишини камайтириш, муолажа усулларини такомиллаштириб, юқори натижаларга эришдилар , ҳамроҳ оғир касалликлари бор беморларда жарроҳликдаги хавфни камайтириш каби муаммоларни ҳал қилдилар.

Спонтан пневмоторакс ва плевра эмпиемаси билан асоратланган ўпка силида маҳаллий даволаш алгоритми

Реконструктив-қайта тиклаш жарроҳлик усули янги босқичга кўтарилиб, самарадорлиги ошди, озорланиш камай-тирилди.

Ҳозирги даврда жарроҳлик муолажасини эрта қўллаш назарий ва амалий жиҳатдан асосланди, сил жараёнининг жойлашган ўрнига қараб, силга қарши даволаш муддати анча қисқартирилди.

Масалан, ўпкадан бошқа жойдаги аъзолар сили (суяк-бўғим ва умуртқа, лимфа тугунлари, сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар силида) беморларни даволашнинг барвақт босқичида 4-6 ҳафтада жарроҳлик муолажаси тавсия этилади. Бунда тўқималардаги деструкция ўчоғи тозаланиб, силга қарши дорилар таъсирининг кучайишига олиб келади.

Шуни такидлаш лозимки, кечикиб аниқланган беморлар сонининг кўпайиши, силга қарши дорилар самарасининг пасайиши, дориларга чидамли микобактерия штаммлари келтириб чиқараётган касаллар сонининг кўпайиб бориши жарроҳлик усулининг кенг қўлланилишига сабаб бўлади.

Жарроҳлик усулининг яна бир аҳамияти шундан иборатки, зарарланган сил ўчоғидан бевосита патологик материал олинади. Жарроҳлик

муолажаларидан кейин олинган материал якуний диагноз учун гистологик ва бактериологик усулларда текширилади. Шу билан бирга, сил таёқчаларининг дориларга турғунлиги, L-тур мавжудлиги ўрганилади, ПЗР, иммунфермент таҳлиллар ўтказилади.

Жарроҳлик муолажасини бажариш шифокордан юқори малакани талаб қилади, бу мураккаб муолажалар сил институти клиникалари, ихтисослаштирилган муассасаларда бажарилиши шарт.

Жарроҳлик амалиётидан олдин, кимёдорилар билан бир қа-торда, жароҳатланган соҳани тинчлантириш, яллиғланиш жараёнининг босилиши асосий шартлардан ҳисобланади, бу умуртқа, сон-чаноқ ва тизза бўғими силида катта аҳамиятга эга, жароҳатни тинчлантириш, жароҳат соҳасида ҳаракат, оғирлик тушишига барҳам беришдан иборат. Оғирлик тушишига йўл қўймаслик учун, маълум вақт, қўлтиқтаёқда юриш керак бўлади. Аммо, ривожланаётган коксит, айниқса спондилитда қўлтиқтаёқда юриш беморга енгиллик бермайди. Бемор албатта ётиши керак, зарур бўлса, тегишли ортопедик тадбирлар кўрилади, яъни тортиб, сиқиб қўйилади, ҳаракатни чегараланади, махсус камар тақилади ёки аппаратлар қўйилади.

Маълумки, дори-дармонлар, ортопедик режим ва барча физиотерапевтик усуллар ёрдамида таянч-ҳаракат аъзолари силининг оғирлигини тузатиш, бемор умумий аҳволининг яхши-ланишига олиб келади. Касаллик жараёнида йиғилиб қолган йиринг-абсцессларни, емирилган-парчаланган суяк бўлакларини олиш, касалликка тааллуқли барча асоратларни тугатиш фақатгина жарроҳлик йўли билан амалга оширилади.

Таянч-ҳаракат аъзолари силида жарроҳлик муолажалари қуйидагича: **даволаш диагностик, радикал-профилактик, ради-кал тикловчи, ҳаракатлантирувчи, хусусий радикал, қайта тик-ловчи, даволовчи-ёрдамчи** усуллар билан бажарилади**.**

1. **Даволовчи-диагностик** жароҳликка бўғим орасига игна киритиш (пункция), жароҳатланган тўқимадан текширишга суюқлик олиш (биопсия) киради:

а) бўғим орасига игна тизза қопқоғи остидан ёки бўғим юқори бўшлиғига киритилади. Бўғимдан қон, қон аралашмаси, йиринг олиш мумкин. Суяк-бўғим силида озроқ қуюқ, сарғиш, ҳидсиз йиринг ажралади. Даволаш мақсадида антибиотиклар, гормон ва бошқа дорилар қўлланади. Рентген диагностика мақсадида кислород юбориб, пневмоартрограмма, контраст моддалар юбориб, артрограмма қилинади.

Шишган, қизарган терига игна санчиш мумкин эмас, санчилган игна қарши томондан тешиб чиқмаслиги керак;

б) биопсия усули аденэктомия, артропсиядан иборат. Аденэктомия – жароҳатланган бўғимга яқин лимфа безларини олиб, силга текширишдан иборат.

Артропсия – бўғим парданинг маълум қисмини кесиб олиб текширишдир.

2. **Радикал-профилактика жарроҳлиги.** Бу муолажа жаро-ҳатнинг бўғим олди босқичида амалга оширилади. Бирламчи сил ўчоғи ривожланиб, бўғимга ўтмаслиги учун профилактика мақса-дида, сил ўчоғи соғ тўқимагача бутунлай олиб ташланади. Юмшоқ тўқимани нақ сил ўчоғи устидан кесилади. Сил ўчоғи тизза қопқоғида жойлашганда, қопқоқ устидан кесиш мумкин эмас, аксинча, тери қопқоқни ёнлаб кесилади.

3. **Радикал тикловчи ҳаракатлантирувчи жарроҳлик.** Маълумки, ўтган асрнинг 70 йилларигача тизза, сон-чаноқ бўғимларида энг оғир ва мураккаб жарроҳлик муолажаси ўтказиларди. Бўғимлардаги емирилган суякларни кесиб олиб, тозаланиб, бўғимни қотириш учун артродезланар, яъни бўғим суякларини бир-бирига улаб қўйилар эди. Бунда бўғимда ҳаракат бутунлай йўқолиб, оёқни қимирлатиш анча қийин бўлиб қолар эди. Ниҳоят 1980 йиллардан бошлаб, фтизиатрияда янги йўналиш – аллоаутопластик усул ишлаб чиқилиб, амалиётда қўллана бошланди. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, бўғимни ҳосил қилувчи суяк тўқимаси, қопловчи тоғай қисмида жароҳатланган тўқима соғ тўқимагача тозаланади, ўрни эса тизза қопқоғидан, ёнбош суягидан олинган суяк-тоғай пластик материал билан тўлдирилади. Бўғим фаолияти 90° бурчак остида букиб, очиб қўйилади. Бунга яна бўғим синовиал пардаларини олиб ташлаш ҳам киради. Бунда силдан асосан синовиал парда зарарланган бўлиб, суяк тўқимасида сил ўчоқлари қисман бўлиши ҳам, бўлмаслиги ҳам мумкин.

4. **Хусусий радикал жарроҳлик.** Силдан зарарланган суяк тўқималари, синовиал пардани катта ҳажмда кесиб олинади, бўғим ҳосил қилувчи суяк юзаларини мослаштириб, бирик-тирилади, юмшоқ тўқимани қайта тикилгач, бўғимни пастки ва юқори бўғимлар билан қўшиб гипсли боғлам қўйиб мустаҳ-камланади.

5**. +айта-тикловчи (коррекция) жарроҳлик.** Сил жароҳати жараёнида сон-чаноқ, тизза бўғимларининг нотўғри қотиб қолиши контрактураси кузатилади. Оёқ харакатини қисман тиклаш учун узун суякларни понасимон кесиб, контрактура тўғриланади. Бўғимлардаги суяк тўқималари жуда калталашиб қолади, бунинг натижасида келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш мақсадида сон ёки болдир суякларини кесиб, Илизаров аппарати ёрдамида узайтирилади.

П.Г.Корневнинг паракондуляр артротомияси. Бўғимда ҳосил бўлган кўп миқдордаги йиринг (бўғим эмпиемаси) ҳаёт учун хавф туғдира бошласа, халтани очиб, йиринг чиқариб юборилади. Жароҳатни бир неча марта водород пероксид, фурациллин эритмаси билан ювиб, бўғимга гипсли боғлов қўйилади. Бўғим йиринглаши тўхтаб, жароҳат чегаралангач, даволаш бошқа жарроҳлик усули билан давом эттирилади.

Таянч-ҳаракат аъзолари силини жарроҳлик йўли билан даволаш ҳақида гап борар экан, умуртқа поғонаси силини шундай усулда даволаш ҳақида алоҳида тўхталиб ўтиш жоиз.

Юқорида айтилганидек, умуртқа поғонаси мураккаб аъзо бўлиб, фаолияти қанчалик бузилса, унга боғлиқ бошқа аъзолар фаолияти ҳам шунчалик чуқур ўзгаради.

Умуртқа поғонаси силида жарроҳлик усулини қўллашга қуйидагилар кўрсатма бўлади: 2 та ва ундан ортиқ умуртқа танасида емирилиш жараёни борлиги, умуртқа ортостатик фао-лиятининг бузилгани, жароҳатланган умуртқа атрофида абсцесс пайдо бўлиши, оқма яралар ҳосил бўлиши, орқа миянинг сиқилиб қолиши– компрессияси, умуртқа поғонаси шаклининг бузилиши- букрилик пайдо бўлиши ва ҳоказо.

Сил спондилитида жарроҳлик усули жароҳатнинг ўрнига қараб ўтказилади. Дастлаб умуртқа поғонасининг юмшоқ тўқима-ларида жойлашган йиринг ўчоқлари: абсцессотомия, нек-роэктомия, секвестрэктомия қилинади. Жарроҳликнинг иккинчи босқичида жароҳатланган умуртқа поғонаси кесиб олинади, яқин атрофдаги суяк тўқимасида мавжуд бўлган сил ўчоқлари, умуртқанинг қарама-қарши томонидаги абсцесс, сил ўчоқлари ҳам иложи борича олиб ташланади.

Кейинги босқич сиқилган орқа мияни бўшатиш, ҳолатини яхшилаш (декомпрессия). Орқа мия компрессиясини тугатилади, атрофидаги йиринг, казеоз масса, секвестрлар, чандиқ ва қисман суяк тўқимасини кесиб олинади.

Ҳал қилувчи босқич суяк пластикаси ҳисобланади. Бунда умуртқа таналарида ҳосил қилинган бўшлиқлар суяк трансплан-татлари билан тўлдирилади. Трансплантатлар жароҳатнинг жой-лашган ўрнига, катта-кичиклигига қараб, қовурғалар, ёнбош ёки кичик болдир суягидан олинади.

Хулоса ўрнида таъкидлаш жоизки, силдан жароҳатланган таянч-ҳаракат аъзоларининг диагностикаси ва даволаш соҳасида эришилган ютуқларга қарамасдан, бўғимлар, айниқса умуртқа поғонаси жароҳати ҳозирги кунда ҳам беморни тўшакка «михлаб» бир умр ногирон бўлиб қолишига сабаб бўлмоқда.

Бу каби жароҳатлар ўта оғир, сурункали бўлиб, сил (Кох) таёқчаларининг инсон танасида узоқ муддатгача сақланиб туриши, бир жойдаги жароҳат бир неча бор қайтадан пайдо бўлиши ёки янги жароҳатлар ҳосил қилиши туфайли, ҳар қандай ўткир жароҳатлардан оғир ва мураккаб эканлиги билан ажралиб туради.

Шунинг учун таянч-ҳаракат аъзолари, айниқса умуртқа поғонаси силига қарши курашиш кенг кўламда, доимо олиб борилиши шарт. Шу билан бир қаторда, олдимизда силдан оғир жароҳатланган бўғимлар фаолиятини тиклаш учун мураккаб микрохирургик усулларни ишлаб чиқиш ва ҳаётга тадбиқ қилиш каби муаммолар турибди. Жароҳатни вақтида аниқлаш жуда муҳим, ҳар бир тиббиёт ходими таянч-ҳаракат аъзолари силидан хабардор, шу соҳада билимли бўлиши, муттасил малакасини ошириб бориши, ватанимиз ва хорижий олимларнинг ишлари билан танишиб туриши, улар ишлаб чиққан, такомиллаштирилган диагностика ва даволаш усулларини ўрганиб бориши керак.

Суяк-бўғим силида жарроҳлик амалиётининг муддатлари

Умуртқа поғонаси сили

I, II тоифа асоратланган беморларда: умуртқа поғонаси сили, қорин орқа бўшлиғида тарқалган абсцесс, силнинг тарқалган турлари (4-10 та умуртқа поғонаси) шунингдек оқма яра, орқа мия фаолияти бузилиши хавфи, оёқ-қўлларнинг фалажланиши бел-гилари кузатилганда, жадал фазада 5 та силга қарши дориларга қўшимча равишда фторхинолон қаторидаги дорилар (1 ой муддатга) буюрилади.

I-IV тоифа беморларда жарроҳлик амалиёти сил ўчоқлари ва абсцессларни тугатиш, орқа мия ва сиқилган толаларни бўшатиш, умуртқалар фаолиятини тиклаш ҳамда асоратларни йўқотишга қаратилган.

I-III тоифа беморларда жарроҳлик муолажаси даволашнинг жадал фазасида 5- ҳафтада асоратлар бўлганда кўрсатма бўйича ўтказилади.

II-IV тоифа беморларда жарроҳлик муолажаси жадал фазанинг 8-ҳафтасида ўтказилади.

Бўғимлар сили

I, II тоифа беморларда касаллик асоратлар билан кечганда (тарқалган абсцесс, абсцесс ёрилишига шубҳа, окма яра пайдо бўлиши хавфи, оқма яра борлиги) бошланғич фазада 5 та асосий силга қарши дорилардан ташқари, фторихинолонлар (1 ой муддатга) берилади.

Жарроҳлик усулида даволашдан мақсад яллиғланган учоқни тозалаб, бузилган бўғим юзаси анатомик ҳолатини тиклаш, бўғимнинг бузилган функциясини тиклаш, асоратларнинг олдини олишдан иборат. I-III тоифа беморларга жарроҳлик муолажаси жадал фазанинг 5-ҳафтасида, асоратлар пайдо бўлганда кўрсат-маларга қараб бажарилади.

II ва IV тоифа беморларни жарроҳлик усулида даволаш жадал фазанинг 8-чи ҳафтасида ўтказилади.

Бўғимлар силининг жарроҳлик давоси

Бўғимлар силига сил остити, артрити, сил ва сил аллергик синовити киради. БС беморлар қуйидаги тоифаларга бўлинади:

2.1. – ўткир БС (бирламчи аниқланган, қўзғолган, қайталаган ва сурункали кечаётган).

2.1.1. – БС асоратланмаган;

2.1.2. – БС, абсцесс, оқма яра билан асоратланган;

2.1.3. – БС, шакли бузилган контрактура, калталаниш асо-ратлари;

2.2. – БС ўткирлигини йўқотган ва қолдиқ асоратлар.

Жарроҳлик турлари 21.2-жадвалда кўрсатилди.

Жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий мақсади:

- сил жараёни ҳосил қилган ўчоқни олиб ташлаш;
- бўғим юзаларининг бузилган анатомик мутаносиблигини тиклаш;

- бўғимнинг бузилган функционал ҳолатини тиклаш;
- асоратларнинг олдини олиш.

БС ни даволашда ортопедик режим муҳим аҳамиятга эга:

OP_1 – бемор ўрнидан турмайди, бўғимга умуман оғирлик туширмайди, кўрсатма бўлганда тортиб, осиб қўйиш, гипсли боғлам лангет қўйилади.

OP_2 –жароҳатланган бўғимга қисман оғирлик тушади. +ўлтиқ таёқда юради.

OP_3 – бўғимга чекланган оғирлик тушади, бўғимда ҳаракат тикланиши учун муолажалар бажарилади.

Патогенетик даво

Санкт-Петербург ФПИТИ да таклиф қилган схемалар асос қилиб олинган, қўшимчалар бизники.

21.2-жадвал

Суяк-бўғим сили жойлашган ўрнига кўра, жарроҳлик йўли билан даволашнинг турлари

Силнинг жой-лашган ўрни	Жарроҳлик муолажаси турлари
Бўғимлар сили	1. Даволовчи-диагностик жарроҳлик 1.1. – пункция; 1.2. – бўғим тўқимаси биопсияси; 1.3. – артроскопия, шунингдек сил ўчоғидан ёки оқма ярадан биопсия олиш. 2. Радикал-профилактик 2.1. – бўғимдан ташқари некрэктомия ва нуқсон пластикаси; 2.2. - бўғимдан ташқари некрэктомия ва нуқсон пластикасиз; 2.3. - радикал-тиклаш (бўғимлар орасидан некрэктомия) радикал пластикасиз 3. Хусусий радикал жарроҳлик усули 3.1. – бўғимни қайта тикловчи ҳаракатлан-тирувчи жарроҳлик (бўғим орқали некрэктомия), нуқсон пластикаси ёки пластикасиз; 3.2. – бўғимга хос, тежамли ва хос бўлмаган реконструктив резекция, трансплантат ёки трансплантатсиз артродез (қотириш) 3.3. – бўғим артродези (қотириш – ҳаракатсиз қилиб қўйиш). 4. +айта тиклаш мобилизация қилиш жарроҳлик усули 4.1. – бўғимни қайта тиклаш мобилизация

	қилиш пластикасиз (артролиз, бўғим қирғоқларини қисман резекция қилиш хейлотомия); 4.2. - бўғимни қайта тиклаш мобилизация қилиш пластика билан жарроҳлик; 4.3. – бўғимларни эндопротезлаш. 5. Даволовчи – ёрдам берувчи жарроҳлик усули. 5.1. – тўғриловчи (бўғим узунлиги ва ўқи бўйича) таянч фаолиятини тикловчи; 5.2. – тенатомия (пайларни кесиш); 5.3. – абсцессларни очиш, олиб ташлаш; 5.4. – оқма ярани очиш, олиб ташлаш; 5.5. – бўғимни очиш, тозалаш; 5.6. – синовиал пардани олиб ташлаш.

1–схема. +оннинг реологик хусусиятини яхшилаш учун жарроҳликдан кейин 5 кун мобайнида ичишга ацетилсалицилат кислота 0,25г х 1 маҳал суткасига, овқатдан кейин, томирга (ТИ) – реополиглюкин 450,0 мл дан томчилаб, ҳар куни ёки кун аро № 5-7. Кейин трентал 5,0 мл, 200,0 мл физиологик эритмасида томирга, томчилаб ҳар куни ёки кун аро № 5-7. Кейин трентал 0,1 г капсулада суткада уч марта, овқатдан кейин, 30 кун.

2–схема. Жарроҳликнинг 3-кунидан бошлаб, жарроҳат соҳасига 5-7 сеанс УЮТ, 9-10 суткадан бошлаб, электрофорез лидаза ёки 4% мумиё-асил билан 12 сеанс.

3–схема. Жарроҳликдан 1-1,5 ой ўтгач, бўғимда ҳаракатни тиклаш учун муолажага қўшимча фонофорез гидрокортизон билан ёки диадинамик ток берилади, бўғим соҳасига енгил массаж буюрилади.

4–схема. +айта тиклаш тадбирлари мажмуаси: массаж, даволовчи жисмоний тарбия, бальнеодаволар махсус санато-рийларда ўтказилади.

Беморларни текшириш. Даволаш бошланишидан олдин тўлиқ текширилади, даволаш мобайнида қуйидаги текшириш усуллари бажарилади:

УКТ - умумий клиник текшириш (қон, сийдикнинг клиник таҳлили, билирубин ва фракциялари, АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва фракциялари);

МБ – абсцесс ва оқма ярадан олинган материал сил МБ ва флорага текширилади, антибактериал дориларга сезгирлик аниқ-ланади:

- рентгенотомография текшируви;
- фистуло- ва абсцессография;
- ХТТ, компютер томографияси, ЯМР, радионуклид текширувлар;
- Бўғим бўшлиғи пункцияси-синовиал суюқликни цито-логик, бактериологик ва серологик усулларда текшириш.

БС давоси 3 босқичда олиб борилади:

<u>1 босқич.</u> Мақсад: касалликнинг зўрайишини ва табиатини аниқлаш, интоксикация белгиларини йўқотиш, асоратлар (оқма яра, абсцесс, ички аъзолар амилоидози, кучайиб борувчи бўғимлар емирилиши) профилактикаси, ички аъзолар фаолиятини яхшилаш, жарроҳлик муолажаси зарурияти ва имкониятини аниқлаш.

Давомийлиги - 4 ҳафта.

Даволанадиган жой – стационар, санаторий.

Кимёотерапия – касалликнинг ўткир даврида 2.1 тоифадаги беморларда ўтказилади: асоратлар (оқма яра, абсцесс) бўлганда – режим HRSE дан иборат, асоратлар бўлмаганда – режим HRS.

Патогенетик даво – шарт эмас.

Маҳаллий даво: абсцесслар бўлганда – пункция, оқма ярани ювиш.

Ортопедик режим – OP_1, 2.2. тоифали беморлар учун OP_2 бўлиши мумкин.

<u>2 босқич.</u> Мақсад: абсцесс, оқма яра, сил ўчоқларини йўқотиш, жарроҳлик усулида бўғимда анатомик функционал ўзгаришларни тиклаш, интоксикация белгиларини тугатиш, умумий аҳволни яхшилаш, жарроҳлик усуллари ва консерватив даволаш ёрдамида.

Давомийлиги – 4 ҳафта.

Даволанадиган жой – стационар.

Кимётерапия: 2.1. тоифадаги беморлар учун режим – HRS, асоратланган турларида режим HRSE; 2.2. тоифадаги беморлар, асорат бўлмаганда HR режим белгиланади.

Ортопедик режим: бўғимда радикал-профилактик, радикал-тикловчи-ҳаракатлантирувчи ва реконструктив-тик-ловчи-ҳаракатлантирувчи жарроҳликдан 2 кун ўтгач, OP1 режими, жарроҳлик ўтказилган бўғим функционал шиналар ёрдамида букилади, узатилади. Бу ҳаракат 2 ҳафта давомида ҳар 6 соатда, кейинги 2-3 ҳафта ҳар 3 соатда бажарилади. Жарроҳликнинг ўрнига қараб, оёқ ўқи бўйича 2-5 кг. юк осиб қўйиш билан бўғим ишлатилади, Даволашнинг 5-6 ҳафтасидан бошлаб, беморнинг ўзи Балкан рамалари ёрдамида бўғимни ҳаракатлантира бошлайди, бунга услубчи ёрдам бериши мумкин. Бундан ташқари, массаж, мушаклар электростимуляцияси, радикал-даволовчи физкультура буюриб, мушаклар кучи оширилади.

Ёток режим: жарроҳликдан кейин 1-1,5 ой давом этади, кейин беморга қўлтиқтаёқда туришга, юришга рухсат берилади. 4-6 ойда жарроҳлик муолажаси бажарилган оёққа оғирлик туши-рилмайди, 7-10 ойдан кейин қисман оғирлик туширилади. Кейинчалик беморларга хассада юришга рухсат берилади.

+ўл бўғимлар жарроҳлигида, иккинчи кундан бошлаб, беморга туриб юришга рухсат берилади. Бўғим ҳаракати тартиби юқорида кўрсатилганидек.

Тизза, сон-чаноқ бўғимида радикал-стабилловчи жарроҳ-лик муолажаси ўтказилганда, стабиллаш 6-8 ой давом этади, компрессион-

дистракцион асбоб 1,5-2 ойгача туриши мумкин. Бошқа бўғимлар учун стабилизация муддати 3-5 ой, КДА – 1-1,5 ой.

Ёток режим: тизза, сон-чаноқ бўғимида 1,5-2 ой, бундан ташқари, яна 1 ой давомида қисман оғирлик тушишига рухсат берилади, тўлиқ оғирлик туширилиб, қўлтиқтаёқда юриш 3-4 ой давом этади. Болдир-товон бўғими силида ётоқ режими 1 ой, бундан сўнг 1 ой сал оғирлик туширилади, 3-4 ойдан кейин оғирликни бутунлай ташлаб, юриш мумкин.

3 босқич. Мақсад: жарроҳлик муолажаси ўтказилган бўғимда, умумий функционал реабилитация ва бўғимнинг таянч фаолиятини тиклаш.

Давомийлиги: 2.1. тоифа учун – 16 ҳафта стационарда, санаторийда, 2.2. – 4 ҳафта санаторийда

Кимётерапия: 2.1. тоифа учун HRE режим ва HZ-8 ҳафта, 2.2 гуруҳ беморларга – режим HR.

Маҳаллий даво – абсцесслар пункцияси, оқма ярани ювиш.

Кўрсатма бўлганда жарроҳлик муолажаси ўтказилади.

Ортопедик режим: OP_2, OP_3.

Умуртқа силида жарроҳлик муолажаси

УС беморлар қуйидаги тоифаларга бўлинади:

3.1. – УС, ўткир (бирламчи аниқланган, қўзғолиш, қайталаш ва сурункали кечадиган) тоифа.

3.1.1. УС, асоратланмаган (чегараланган жароҳат 1-2 умуртқада, кичик ҳажмдаги абсцесс, неврологик ўзгаришсиз) тоифасиз.

3.1.2. УС, деструктив жараёнининг тарқалганлиги ва ўткирлик даражасига қарамасдан, орқа миядаги ўзгаришлар, катта абсцесслар билан асоратланган тоифа.

3.1.3. УС, жараённинг умуртқада тарқалганига қарамасдан оқма яралар, умуртқа шаклининг ўзгариши билан асоратланган.

3.2. – УС оқибати: умуртқа поғонасининг катта нуқсони, ностстабиллиги, орқа миядаги ва бошқа неврологик ўзгаришлар.

Жарроҳлик муолажасини қўллашдан мақсад: сил ўчоқлари абсцессларини олиб ташлаш, орқа мия ва толалари деком-прессияси, умуртқа поғонаси фаолиятини тиклаш, асоратларнинг олдини олиш (21.3-жадвал).

Патогенетик даволаш.

Патогенетик даволашда сил жараёнининг босқичи, кимёте-рапиянинг асосий режимлари, беморда касалликнинг кечишини ҳисобга олиш зарур.

Мақсад: сил ўчоғи атрофидаги яллиғланиш жараёнини камайтириш, фиброз ривожланишнинг олдини олиш, АБД токсик таъсирининг олдини олиш, камайтириш, иммунитетни ошириш, остеорепаратив жараёнларни яхшилаш, орқа мия фаолиятининг тикланишига ёрдам бериш.

<u>1-схема.</u> Глюкоза 5% - 400 мл в/и кунда 1 марта, гепарин 5000 Б в/и, инсулин 6-8 Б в/и № 10, натрий тиосулфат – 30% -10,0 мл в/и № 15, В-гуруҳ витаминлар.

21.3-жадвал

Жарроҳлик усуллари

Силнинг жойлашган ўрни	Жарроҳлик муолажаси турлари
Умуртқа сили	1.Даволовчи-диагностик жарроҳлик 1.1. Умуртқа танаси пункцияси. 1.2. Кўкрак ичи, қорин парда орқаси абсцесслари пункцияси. 2. Радикал-тикловчи жарроҳлик. 2.1. Абсцессотомия. 2.2. Некрэктомия. 2.3. Умуртқа танасини кесиб ўчоқни олиш. 3. Реконструктив жарроҳлик. 3.1. Умуртқа таналарида реконструктив жарроҳ-лик: - суяк аллопластикаси; - суяк аутопластикаси: эркин, эркин бўлмаган ва қон, нерв томирларини қайта тиклаш (реваскуляризация) усуллари - нобиологик имплантатлар қўллаш (углерод, углеродли имплантат). 3.2. Орқа мия декомпрессияси ва орқа мия каналини қайта тиклаш. 3.3. Умуртқа поғонаси орқа қисмларини реконструктив жарроҳлик. 4. Умуртқа поғонаси нуқсонини тўғрилаш, тиклаш жарроҳлиги (коррекциялаш): - қўл ёрдамида; - аппарат ёрдамида. 5. Даволовчи-ёрдам берувчи жарроҳлик усули: - умуртқа поғонаси орқа қисмини суякли пластикаси, япалоқ ёки ўқ шаклидаги металлконструкциялар билан қотириш.

2-схема. Витамин Е – 0,1 г 1 суткада, оғиз орқали № 20, витамин С – 5% - 3,0 – 5,0 мл м/и № 10, рибоксин 0,2 г х 3 марта суткада, 1 ой, витамин B_1, B_6 х 1,0 мл м/и № 15.

3-схема. Глюконат калций 0,5х3 марта 1 ой ёки остеогенон 1 т х 2 марта 1 кунда № 20, метилурацил 0,3х3 марта № 30 ёки пентоксил 0,2х3 марта № 30, ретаболил 1,0 мл м/и ҳар 5 кунда 1 марта № 5-7, витаминлар: B_1, B_6 х 1,0 мл ва B_{12} - 500 g № 10-15, электрофорез 1% калций ёки 4% мумиё асил билан № 10, даволовчи жисмоний тарбия, массаж.

4-схема. Трентал 5,0 мл 200,0 мл физиологик эритмада в/и № 15, церебролизин 5,0 мл в/и № 30, никотин кислота 1,0% 1,0 мл дан 10,0 мл. гача кўтарилади ва орқага қайтарилади м/и, пирацетам 2 капсуладан кунига 3 марта бир ой давомида, электрофорез лидаза ёки мумиё асил билан, магнитли даво, даволовчи жисмоний тарбия, массаж.

Маҳаллий даво

1-усул: абсцесс бўшлиғига пункция йўли билан антибактериал дориларни киритиш, катта абсцесслар, оғир интоксикацияда жарроҳлик муолажаси олдидан ҳафтасига 2 мартадан, консерватив даволанаётган беморларга ҳафтасига 1 мартадан H, S, K қўлланилади.

2-усул: оқма яралар бор беморларга яра ичига антибактериал дорилар юборилади. Жарроҳлик муолажаси олдидан, кейин, ҳафтасига 3-4 мартадан, яра антисептик эритмалар билан ювилгандан кейин, дориларнинг суткалик миқдори юборилади ва шу куни бошқа йўллар билан дорилар ичиш тўхтатилади.

Даволашни бошлашдан олдин беморларни тўла-тўкис текширилади, даволаш давомида қуйидагилар амалга оширилади:

УКТ – умумий клиник текширишлар (қон ва сийдикнинг клиник таҳлили, билирубин ва фракцияси, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, ва фракцияси);

Сил МБ – пункция қилиб (3.1.2. тоифадаги), оқма ярадан (3.1.3. категориядан) олинган ва жарроҳлик муолажаси вақтида олинган патологик материал СМБ текширилади;

- рентгенотомография текшируви;
- компютер томография, МРТ;
- миелография;
- неврологик текширувлар.

Даволаш 3 босқичда олиб борилади:

1-босқич. Мақсад: интоксикация белгиларини ва яллиғланиш жараёнини камайтириш, СМБнинг антибактериал дориларга сезгирлигини йўқотиш ва дағал фиброз ривожланишнинг олдини олиш, иммунитетни ошириш, жарроҳлик муолажаси зарурлигини, имкониятини аниқлаш. Асоратлар (менингит, орқа миянинг жуда қисилиб қолиши, оқма яра, ёток яра, ички аъзолар амилоидози) профилактикаси. 3.1.2. тоифада касалликнинг тарқалиб кетишини тўхтатиш, оқма яра ҳосил бўлишини, орқа миянинг қаттиқ қисилиши олдини олиш. 3.1.3. тоифада оқма яра йўлини тозалаш.

Даволанадиган жой - стационар ҳамма тоифадаги беморлар учун.

Кимётерапия – 3.1.1. – HRS; 3.1.2 – HRSE; 3.1.3 - HRSZE; 3.2 – HR.

Патогенетик даво – 1- ёки 2-схема.

Маҳаллий даво - абсцесс ёки оқма яралар бўлганда ўтказилади.

Ортопедик режим – орқа мияда ўзгаришлар бўлганда – OP_1, орқа мияда асоратлар бўлмаганда – OP_2, 3.2. категорияда – OP_3.

2 босқич. Мақсад: жарроҳлик усули ёрдамида умуртқа танасидаги чегараланган ўчоқни тугатиш, умуртқа таянч фаолия-тини тиклаш, орқа мияни сиқилишдан халос қилиш, абсцессларни олиб ташлаш; жарроҳликдан кейин комплекс даволашни давом эттириш; интоксикация белгиларини тугатиш, остеорепарация жараёнларини кучайтириш.

Даволанадиган жой – махсус стационар ёки санаторий.

Кимётерапия - 3.1.1. – HRS; 3.1.2 – HRSZE; 3.1.3 - HRSZE; 3.2 – HR.

Патогенетик даво – схема 3 ва 4.

Маҳаллий даво - абсцесс ёки оқма яралар бўлганда ўтказилади.

Жарроҳлик муолажаси – даволаниш босқичнинг биринчи ҳафтасидан бошлаб, буюрилади.

Ортопедик режим -OP_1, 2 ҳафтадан кейин–OP_2,OP_3 мумкин.

3 босқич. Мақсад: қолдиқ сил ўчоқларини бутунлай даволаш, СМБ ларнинг антибактериал дориларга сезгирлиги йўқолишининг олдини олиш, остеорепарация жараёнларини кучайтириш, умуртқа таянч фаолиятини тиклаш, орқа мия фаолиятини яхшилаш, иммунитетни тиклаш.

Даволанадиган жой – стационар, кейин санаторий.

Кимётерапия – умуртқа силининг ўткир давридаги беморларга HRZE.

Патогенетик даво – 4-схема.

Ортопедик даво - OP_3.

VII БЎЛИМ
СИЛ ПРОФИЛАКТИКАСИ

22 БОБ

ПРОФИЛАКТИКАНИНГ УМУМИЙ АСОСЛАРИ

Сил ривожланишининг олдини олиш тадбирлари соғлом турмуш тарзига йўналтирилган ишлар мажмуидан иборатдир.

Ҳозирги пайтда унинг қуйидаги асосий қисмлари ажратилади:

1. Санитария профилактикаси.
2. Специфик профилактика.
3. Кимёвий профилактика.

Санитария профилактикаси С.Е.Незлин таъбири билан айтганда «Соғлом кишиларнинг силга чалинишига йўл қўймасликка ва силга қарши курашишга қаратилган чораларни амалга оширишдан иборат». Бу профилактика, одамларнинг иш жойида, жамоа жойларида ва сил билан оғриган беморларнинг оилаларида, яъни сил ўчоқларида амалга оширилади. Сил инфекцияси ўчоғида, яъни сил беморлар бор оилада, биринчи галда, бацилляр бемор оиласида, ижтимоий даволаш чораларини амалга ошириш санитария профилактикасининг энг долзарб масаласи ҳисобланади. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг ижтимоий дастурлари асосида ҳозирги вақтда Республикада сил беморларга 10 ойгача ҳақ тўланадиган ишга қобилиятсизлик варақаси, бепул даволаш ва беморни оила аъзоларидан ажратиб қўйиш силга қарши муассасаларда олиб борилмоқда.

Ҳозирги вақтда сил инфекцияси ўчоғида силга қарши ишларни амалга ошириш, силга қарши курашиш диспансерининг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Силга чалинган бемор, асосан, сил микобактериясини ажратувчи одам силнинг асосий манбаи ҳисобланади. Уй ҳайвонлари қўшимча манба ҳисобланади. Касал уй ҳайвонлари, итлар, мушуклар сил касаллигини тарқатиш жиҳатидан хавфли. +озоғистон Республикаси Сил касалликлари илмий-текшириш институтининг маълумотларига кўра, ҳай-вонларнинг силга чалиниши 5 дан 10 фоизгача етади (Е.А Благодарнўй, 1988). Касалликни юқтириш манбаини аниқлаш учун эпидемиологик қидирув ишлари ўтказилиши зарур. Бу ишни силга қарши курашиш диспансерлари, шифохоналари, СЭН эпидемио-логи ва умумий даволаш муассасалари шифокорлари билан бирга сўраб-суриштириш йўли билан амалга оширилади. Бунда одам-ларнинг яшаш шароитларига, оила аъзоларининг сонига, жумладан,

СИЛГА +АРШИ КУРАШИШ ДИСПАНСЕРИ КОНТИНГЕНТЛАРИ УСТИДАН МУНТАЗАМ КУЗАТИШ СХЕМАСИ

Назорат гуруҳлари	Контингент	Назорат муддатлари	Кузатиш муддатлари	Амалиётлар	Кузатиш натижаси мезонлари
I-гуруҳ.					
А гуруҳчаси.	Нафас аъзоларида фаол сили бор беморлар (биринчи марта аниқланган, хуружи, қайталаши)	Ҳар ойда.	1-2 йил.	Кимётерапия комплекси (шифохонада ва амбулаторияда клиник тузалгунга қадар)	2-гуруҳга ўтказилади.
Б гуруҳчаси.	Нафас аъзоларида сурункали сили бор беморлар.	3 ойда 1 марта.	Ҳар бир беморга алоҳида 2 йилдан ортиқ.	Шифохонада жараён меъёрлашгунча кимётерапия комплекси, амбулаторияда баҳор ва кузда 3-4 ойда қайталашга қарши даволаш.	2-гуруҳга ўтказилади.
В гуруҳчаси.	Полирезистент СМБ ажратувчи нафас аъзоларида фаол сил бор беморлар.	Ҳар ойда.	Ҳар бир беморга алоҳида.	Шифохонада махсус кимётерапия комплекси, кейинчалик амбулаторияда клиник тузалгунча.	2-гуруҳга ўтказилади.
2-гуруҳ.					
А гуруҳчаси.	Нафас аъзоларида фаол сил бор беморлар (клиник тузалгандан кейин): -ўпка ва плеврада катта қолдиқ ўзга-ришлар ҳамда оғир-лаштирадиган омиллар бўлганда кичик ўзгаришлар билан	Йилига 2 марта (баҳор ва куз)	2 йил.	Кимётерапиянинг касаллик қайталашига қарши курслари, 2-3 ва 2 та препарат билан йилига 2 марта.	Сил қайталамаса, назоратдан чиқариш.
1	2	3	4	5	6
Б гуруҳчаси.	- оғирлаштирадиган омиллар бўлмаганда ўпкада кичик қолдиқ	Йилига 2 марта (баҳор ва куз)	1 йил.	2 та дори билан 2 ой, йилига 2 марта қайталашга қарши кимётерапия	Силнинг қайталамаслиги, назоратдан чиқариш.

	ўзгаришлар билан.			курслари.	
3-гуруҳ.					
А гуруҳчаси.	Ўпкадан бошқа аъзолар сили: -ўпкадан бошқа аъзоларда фаол (биринчи марта аниқланган, хуруж ва қайталаган) ва нофаол сили бор беморлар.	Ҳар ойда.	1-5 йил.	Кимётерапия комплекси (шифохонада ва амбулаторияда клиник тузалгунга қадар)	3Б гуруҳчага ўтказилади.
Б гуруҳчаси.	Ўпкадан бошқа аъзоларда нофаол сили бор, жумладан 1 марта аниқланган беморлар.	Йилига 2 марта (баҳор ва кузда)	2 йил.	2 та дори билан 2 ой, йилига 2 марта қайталашга қарши кимётерапия курслари.	Силнинг қайталамаслиги, назоратдан чиқариш.
В гуруҳчаси.	Ўпкадан бошқа аъзоларда силни ўтказган ва клиник тузалган катта қолдиқ ўзгаришлари бор беморлар.	Йилига 1 марта.	2-4 йил.	Кўрсатма бўйича жарроҳлик муолажалари.	Силнинг қайталамаслиги, назоратдан чиқариш.
4-гуруҳ.					
А гуруҳчаси.	Сил билан касалланиш хавфи кўпроқ бўлган шахслар: сил таёқчаси бактерия ажратадиганлар ва сил билан оғриган қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари бор жойда яшайдиган болалар ва ўсмирлар.	Йилига 2 марта.	Сил таёқчасини ажратадиганлар билан мулоқотда бўлган, барча муддат давомида ва сил таёқчаси ажратувчи ҳисобдан чиқарил-гандан ёки ўлгандан кейин 6 ой давомида.	Изониазид билан йилига 2 марта, баҳор ва кузда 2 ойдан кимёпрофилактика.	Сил билан касалланмаслик.
1	2	3	4	5	6
Б гуруҳчаси.	Сил таёқчаси ажратмайдиган фаол сил турлари бор шахслар билан мулоқатда бўлган болалар ва ўсмирлар.	Йилига 2 марта.	Сил беморнинг клиник тузалгунига қадар бўлган муддат давомида ва уни 2 ёки 3-Б назорат гуруҳига ўтказгунча 1 йил.	Назоратга олинганда 2 ой давомида бир марта изониазид билан кимёпрофилактика, вираж аниқланганда 3 ой муддат давомида такрорланади.	Сил билан касалланмаслиги.

В гуруҳчаси.	Сил билан бирламчи заҳарланган болалар ва ўсмирлар (вираж): -туберкулинга гиперергик реакцияли силдан заҳарланганлар; -БЦЖ асоратлари бўлганлар.	Йилига 2 марта. Йилига 2 марта. Ҳар ойда.	1 йил. 1 йил.	Назоратга олинганда 3 ой давомида бир марта изониазид билан кимёпрофилактика.	Сил билан касалланмаслик. БЦЖ асоратларини бартараф этиш

СИЛГА +АРШИ КУРАШИШ ДИСПАНСЕРЛАРИДА НАЗОРАТДА ТУРУВЧИ БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ РЕЖАСИ

Гуруҳ	Рентгенологик текширув	Умумий қон ва сийдик таҳлили	Балғамни, бронхлар ювилган сувларни текшириш	Бошқа текширувлар
I	Рентгенограмма (флюорограмма) куза-тувга олган вақтда ва кейинчалик 2 ойда 1 марта. Кўрсатмага кўра, томограмма	Ойда камида 1 марта	Кузатувга олганда, КБ топилганда ойда 1 марта, КБ йўқолгунча, кейинчалик 2-3 ойда 1 марта	

	Даволаш ўтказилганда рентгенограмма (флюорограмма) 2 ойда 1 марта, ремис-сия вақтида 3-6 ойда 1 марта. Кўрсатмага кўра, томограмма	Даволанаётганда 1 ойда 1 марта, ремиссияда 3-6 ойда 1 марта	Даволаш даврида ҳар ойда	
II	Рентгенограмма (флюорограмма) 6 ойда 1 марта. Кўрсатмага кўра, томограмма	6 ойда 1 марта	6 ойда 1 маҳал	
III	Рентгенограммалар ва томограммалар (ўпкадан бошқа сил мутахассислари тайинлашига қараб) 6 ойда 1 марта. Кўкрак қафаси рентгенограммаси (флюорографияси)	Мутахассислар тайинлашга қараб	Сийдикни текшириш, оқма яралар ажралмаси, биоптатни ва бошқа мутахассислар тайинлашига қараб	
IV	6 ойда 1 марта флюорограмма (рентгенограмма) IVA, IVБ, IVB – 12 ойда 1 марта рентгенограмма, кўрсатма бўлса, томограмма.	6 ойда 1 марта	Сил касалига шубҳа қилинганда	Туберкулин синамалари бола ва ўспиринларда

УМУМИЙ ТИББИЁТ ПОЛИКЛИНИКАЛАРИДА СИЛ КАСАЛЛИГИ ХАВФИ Ю+ОРИ БЎЛГАН ШАХСЛАРНИ КУЗАТИШ МУДДАТЛАРИ ВА ОЛИБ БОРИЛАДИГАН ИШЛАР РЕЖАСИ

Назорат гуруҳлари	Контингент	Назорат муддатлари	Кузатиш муддатлари	Амалиётлар	Кузатиш натижаси мезонлари
Фаоллиги шубҳали Нафас аъзолари сили	Дифференциал диаг-ностика ўтказиш за-рур бўлган шахслар ва нафас аъзолари ҳамда бошқа локали-зациядаги сил фаол-лигини аниқлаш, шу-нингдек болаларда сезгирлиги хусусияти сабабини аниқлаш	6 ойгача	Кўрсатмага кўра, вакцинациядан кейинги асоратлар сабабли кимётерапия қилинган вақтда ойда 3 маҳал. 6 ой	Фтизиатр консултацияси	ІА гуруҳга ўтказиш. Кузатувдан олиб ташлаш
Силдан соғайган (шу жумладан спонтан) силга мойил шахслар	Фаоллик аломатларисиз ўпкадаги ва бошқа аъзолардаги қолдиқ ўзгаришлар	Ички аъзолар-нинг сурункали касалликларига йўлиққан шахсларнинг давомат тезлиги, шу категориядаги шахсларни соғайтириш учун керакли даволаш-профилактика тадбирлари билан аниқланади.	Умрбод кузатувга қуйидаги беморлар киради: силдан кейинги ўзгаришлари бор беморлар ҳамда қолдиқ ўзгаришларнинг катта-кичиклиги ва аломатидан қатъий назар оғирлаштирувчи омили бўлган шахслар. +олганлар шу гуруҳга киритилган вақтидан бошлаб 5 йил кузатувда бўлади кейин эса кузатувдан чиқарилади. 24-36 ой.	Силга резистентликни ошириш йўлида умумий соғайиш тадбирлари. +ўшилиб кечаётган сурункали касалликлар хуружи вақтида кимёпрофилактика курслари ёки организмнинг қаршилигини заифлаштирувчи омиллар пайдо бўлганда. Ишга тўғри жойлаштириш.	Рецидив йўқлиги. Асосий касаллик бўйича ногиронлик гуруҳидан чиқариш. Сил касаллиги йўқлиги.

болалар ва ўсмирлар борлигига, уларнинг санитария маданиятига эътибор берилади.

Булар қуйидагилардан иборат.

1–мулоқот - ота-оналар, оила аъзолари, болалар.

2-мулоқот - уйга келиб турадиган яқин қавм-қариндошлар, таниш-билишлар.

3–мулоқот – таниш-билишлар, муқим яшайдиган жойи йўқлар, кўчиб юрувчилар шулар жумласидан.

Бундан ташқари, маҳаллий аҳолининг урф-одатларини ҳам ҳисобга олиш зарур. Сил инфекцияси ўчоқларини гуруҳларга бўлиш бемор ажратаётган бацилла миқдорига, ўчоқда ёш болалар ва ўсмирларнинг бор-йўқлигига, беморнинг шахсий гигиена қоидаларига амал қилишига боғлиқ. Сил таёқчаларини ажратувчи барча сил ўчоқлари атрофдагилар учун хавфли бўлиши даражасига қараб 3 гуруҳга ажратилади: эпидемиологик жиҳатдан жуда хавфли ўчоқлар биринчи гуруҳга мансуб, бу ўчоқларда сил мико-бактерияларини кўплаб ажратадиган беморлар яшайди. Бунда хонадонда болалар, ўсмирлар ёки ҳомиладор аёллар борлиги ёхуд оғирлаштирувчи омиллар, яшаш шароитининг оғирлиги, бемор-ларнинг тозаликка риоя қилмасликлари ҳам ҳисобга олинади.

Иккинчи гуруҳга қуйидагилар киради: эпидемиологик жиҳатдан сил микобактериясини ажратувчи беморлар ва сил ўчоғида оғирлаштирувчи омиллар бўлса ҳам, мулоқотда ёш болалари бўлмаган. Сил таёқчасини ажратиш жиҳатидан хавфсиз бўлган беморлар ҳам шу ўчоқда яшайдилар, лекин бунда бирорта ҳам оғирлаштирувчи омил қайд қилинмайди.

Учинчи гуруҳга қуйидагилар киради: эпидемиологик жиҳатдан хавф туғдирадиган омил мавжуд бўлган, лекин болалар яшамайдиган нисбий ўчоқлар, бу ерда бактерия ажратувчилар кузатилади. Ўчоқларнинг табиатига қараб, участка фтизиатри, СЭН эпидемиологи билан бирга 1-гуруҳ ўчоққа ҳар уч ойда бир марта, 2-гуруҳ ўчоққа ярим йилда бир марта ва 3-гуруҳ ўчоққа йилига бир марта бориб туришлари керак. Лабораториянинг яхши ишламаслиги сабабли, фаол силга чалинган беморларнинг бир қисмида микобактериялар топилмай қолади, шу боис эпиде-миологик хавфни камайтириш мақсадида СМБ ажратмайдиган диспансер ҳисобида турган 1-гуруҳ беморлар орасида эпиде-миологик чора-тадбирларни тўла амалга ошириш зарур. Бундан ташқари, Ўзбекистон шароитида бундай тадбирлар фиброз-кавакли силда бациллярлик бор-йўқлигидан қатъий назар ўтка-зилиши лозим. Шундай қилиб, ҳар бир сил ўчоғида врач эпидемиологик картасини, ҳамшира эса участка ҳамшираси картасини тўлдиради. Бу ҳужжатларда эпидемиологик ҳисоб гуруҳи, яшаш шароитлари тўғрисидаги асосий маълумотлар, контактлар ва ўчоқни соғломлаштириш режаси қайд қилинади.

Статистик маълумотлар бўйича, республикада мулоқотдагилар орасида касалланиш ҳодисалари унча кўп эмас, шу сабабли, касаллик белгилари аниқлангач, барча контактда бўлганлар (катталар ва болалар)ни албатта

ҳисобга олиш шарт. Улар силга қарши курашиш диспансерида тўла-тўкис (комплекс) текшири-лиши (умумий қон таҳлили, кўкрак қафаси флюорографияси ва Манту синамаси қўйилиши) керак.

Сил беморлар билан мулоқотда бўлган одамларнинг касал-ликни юқтирмаслиги ҳамда касалланишнинг олдини олиш мақса-дида уларни болалар санаторийсига жойлаштириш ёки уй шароитида назорат қилинадиган кимё профилактикасини ўтказиш зарур. Сил беморлар билан мулоқотда бўлганлар, диспансерда сил таёқчасини ажратувчи бемор билан бирга бўлган давр мобайнида ва сил таёқчасини ажратиш ҳисобидан чиқарилгандан кейин ёки бемор яшаш жойидан кўчиб кетгандан ёхуд вафот этгандан сўнг бир йил мобайнида кузатиб турилади.

Бундан ташқари, йўриқномага биноан мунтазам равишда жорий ва узил-кесил дезинфекция қилинади, иложи бўлса, бацилляр беморга алоҳида хона ажратиш ва беморларнинг санитария маданиятини ошириш бўйича чора кўриш, содда тилда ётиғи билан кўнглини оғритмасдан суҳбатлар ўтказиш орқали гигиена қоидаларини тушунтириш керак. Санитария-гигиена тарбия дастурида биринчи навбатда қуйидаги мавзуларни кўзда тутиш лозим:

1. Санитария-гигиена ва дезинфекция тартиби.
2. Тўғри овқатланиш.
3. Бемор ва оила аъзоларининг шахсий гигиенаси.
4. Дори-дармонларни узлуксиз қабул қилиб туришнинг зарурлиги.

Афсуски, санитария тарғиботини тўла-тўкис ўтказмаслик, расмиятчилик оқибатида беморларнинг кўпчилиги санитария-гигиена қоидаларини яхши билиб олмайдилар, бу эса атрофдагилар учун касалликни юқтириш ва эпидемиологик жиҳатдан хавф туғдиради.

Маълумотларга кўра, битта бацилляр бемор бир йилда 10 та янги касал пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Агар бемор пала-партиш ҳаёт кечирса, бу рақам 5-6, баъзан эса 10 баробар ошиб кетиши мумкин. Шу сабабли, силга қарши курашиш диспансерининг асосий вазифаси, айниқса Республикамиз шароитида, сил бемор билан мулоқотда бўлганларнинг касалла-нишига йўл қўймасликдан иборат. Шу сабабдан, Республика-мизнинг минтақавий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, шаҳар ва қишлоқ шароитида ҳам сил инфекцияси ўчоқларида даволашни тўғри, самарали ўтказиш ҳамда эпидемияга қарши чоралар кўриш зарур.

Беморлар ва аҳолининг санитария маданиятини ошириш учун силга қарши диспансерларда гигиеник тарбия хоналарини очиш керак, бу ерда шифокор беморлар билан сил касаллиги ҳақида, сил ўчоғида профилактика қилиш бўйича назарий ва амалий машғулотлар ўтказади.

Бу хоналар ишининг самарадорлигини ошириш мақсадида беморлар ва аҳолининг билимини ошириш бўйича танловлар ўтказиш, ташкилотчилар ва иштирокчиларга мукофотлар белгилаш керак. Хоналарни кўргазмали қуроллар, стендлар ва плакатлар билан жиҳозлаш, уларда қуйидаги мавзулар кўрсатилиши керак: «Сил профилактикаси», «Сил бедаво эмас», «Инфекция манбалари ва тарқалиш йўллари», «Силнинг юқиш йўллари», «Беморнинг

шахсий гигиенаси», «Сил касаллигининг қишлоқ хўжалик ҳайвонлари орасида тарқалиши». Сил ўчоғида яшайдиган беморлар билан суҳбатларда фтизиатр билан бирга СЭН эпидемиологи ва участка терапевти, педиатри иштирок этиши муҳим. Жойларда силга қарши тадбирларни амалга оширишда санитария-эпидемиология станциясининг назорат идоралари бевосита иштирок этиши муҳим аҳамиятга эга. Шу сабабли, силга қарши курашиш диспансери, СЭН эпидемиологи ва МТШ бош врачининг ўринбосари билан силга қарши ишнинг барча томонларини кўзда тутадиган режаларни ишлаб чиқиши керак.

СЭН ходимлари назорат қиладиган ва иштирок этадиган асосий тадбирлар қуйидагилардан иборат:

Биринчи навбатда, аҳоли орасида силни барвақт аниқлаш мақсадида профилактик кўрик мажмуаси режасини тузиш, бунда кўрикдан уюшмаган аҳоли, носпецифик хасталик сабабли силга чалинишга мойил бўлган гуруҳдан зарурий контингент ва шахсларни 100 фоиз ўтказилишига жиддий эътибор бериш лозим.

Беморга, айниқса бацилляр ва мулоқотда бўлганларга алоқадор барча муаммолар бўйича сил ўчоғида фтизиатр билан бирга иш кўриш СЭН нинг иккинчи муҳим вазифаси ҳисобланади. Учинчи, ниҳоятда муҳим вазифа – беморнинг яшаш шароитини яхшилаш ва маҳаллий шарт-шароитларга, шаҳар ва қишлоқда имкониятга қараб, уларга имтиёзлар бериш керак. СЭН нинг тўртинчи муҳим вазифаси, айниқса сил касаллиги тарқалиши жиҳатидан нохуш ҳисобланган хўжаликларда эпизоотологияга қарши чораларни амалга ошириш устидан назорат ўрнатиш зарур. Аралаш контакт (бемор ва касал ҳайвон) ўчоқлар эпидемиологик жиҳатдан жуда хавфли ҳисобланади. Силнинг («аралаш») ўчоқ-ларида сийдикни, сил микобактерияларига бактериологик текши-риш лозим. «Аралаш» ўчоқларни аниқлаш ва соғломлаштириш мақсадида тиббиёт ва ветеринария хизматлари бевосита ҳамкор бўлишлари лозим. Бешинчи вазифа – дезинфекция чораларини амалга оширишдан иборат. Агар жорий дезинфекцияни силга қарши диспансер сил бемор бор уйда ўтказса, узил-кесил дезинфекцияни СЭН нинг дезинфекция бўлими амалга оширади. Жорий дезинфекция 2 бўлимдан: табиий ва кимёвий усуллардан иборат.

Табиий усулда муҳит омиллари, чунончи қуёшнинг ултрабинафша нурларидан фойдаланилади. Шу мақсадда бацилляр бемор ётган хонани тез-тез шамоллатиб туриш, хонани ҳўл латта билан артиб, супуриб, ички кийим, кўрпа-тўшак, ёстиқни ҳовлига олиб чиқиб ёйиш тавсия этилади. Кирни ювгандан кейин, албатта дазмоллаш, бемор ишлатган идиш-товоқни қайнатиш шарт. Жорий дезинфекциялашда **кимёвий** дори сифатида хлорамин ишлатилади. Бир сил ўчоғига йилига 5-6 кг.гача дезинфекция воситаси ишлатилади. Хлорамин қуруқлигича хожатхонага ва бемор ажратган балғамга сепилади, шунингдек 5 фоизли эритмаси хоналарни артиш ва идиш-товоқларни ювишда ҳам ишлатилади. Дезинфекция тадбирларини ўз

вақтида сифатли ўтказиш ва хлораминнинг сифатли бўлишини СЭН назорат қилиб туриши муҳим. Шунинг учун ҳам хлораминни тўғри сақлаш керак.

Неча марта якуний дезинфекция қилиш ўчоқнинг эпиде-миологик ҳолатига боғлиқ. Якунловчи дезинфекцияни дезстанция хабар олган заҳотиёқ амалга оширади. Ўчоқда 14 ёшгача болалар бўлганда бу ишни йилига 2 марта ўтказиш кифоя қилади. Бемор кўчиб кетганда ёки вафот этганда, албатта хонадонни бошдан-оёқ дезинфекция қилиш керак. Ўчоқда дезинфекцион воситани тўғри суюлтириш, дезинфекция устидан қатъий назорат ўрнатиш зарур. Одатда визуал, бактериологик ва кимёвий назорат тавсия этилади.

Кимёвий профилактика деганда, туберкулинга манфий реакция берадиган, яъни СМБни юқтирмаган ва сил билан зарарланган соғлом шахсларда силга қарши кимёвий дориларни қўллаш тушунилади. Сил ўчоғида бирламчи ва иккиламчи кимёвий профилактика ўтказилади. Бирламчи профилактика касалликнинг олдини олиш мақсадида туберкулинга манфий реакция берган, мулоқотда бўлиб, зарарланмаган шахсларда ўтказилади. БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш сил билан зарарланмаган шахслар учун асосий чора ҳисобланади. Иккиламчи кимёвий профилактика сил билан зарарланган одамларда ўтказилади. Уларда фаол силнинг клиник, рентгенологик белгилари бўлмасада, касалликнинг юқиш хавфи катта бўлади. Аҳолининг қуйидаги гуруҳларида иккиламчи кимё профилактика ўтказилиши керак.

- Фаол сил бемор билан доим мулоқотда бўладиган сил билан зарарланган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги кишилар.
- Сил микобактерияларини биринчи марта юқтирган, клиник соғлом болалар, ўсмирлар ва 30 ёшгача бўлганлар (вираж).
- Туберкулинга турғун гиперергик реакция кузатилган шахслар.
- Сил билан зарарланган, лекин диспансер ҳисобига олинмаган шахслар.
- Сил касаллигидан сўнг қолдиқ ўзгаришлар мавжуд кишилар, яъни ўпканинг носпецифик касалликлари, жарроҳлик муолажасини ўтказганлар, шикастланишлар, ҳомиладор аёллар, шунингдек, силдан даволангандан кейин катта қолдиқ ўзгаришлар қолган ва хавфли эпидемиологик муҳитда яшайдиган кишилар.
- Ҳар хил дорилар, жумладан, кортикостероид гормонлар қабул қилувчи, меъда операцияси ўтказган шахслар ҳамда ҳамроҳ коллагеноз, силикоз, саркоидоз, ошқозон-ичак, нафас йўллари сурункали хасталиклари мавжуд силдан қолдиқ ўзгаришлар билан тузалган беморлар.

Кимёвий профилактикада изониазид қўлланилади, бир кунлик дозаси беморнинг бир кг вазнига 8-10 мг. ни ташкил этади.

Кимёвий профилактика 1 гуруҳ ўчоқда сил бемор билан мулоқотда бўлганда йилига 2 марта 3 ойча 2-3 йил мобайинида, II гуруҳ ўчоқда 3 ойча 1-2 йил давомида ўтказилади. Мабодо бемор уйда даволанса, дорини 5-7 кунга фелдшер назоратида қабул қилиш учун берилади. Кимёвий

дориларнинг ножўя таъсирини камайтириш мақсадида витамин B_1 ва B_6 қабул қилиш тавсия этилади.

Шундай қилиб, тўғри ва мунтазам ўтказилган кимёвий профилактика самарадорлиги кўп йиллик илмий кузатишларда мулоқотдаги шахсларнинг сил билан касалланишини 1,5-2 марта, соғлом шахсларнинг сил билан зарарланишини 15-20 марта камайтириши тасдиқланган.

Санитария маорифи

Профилактика ишининг самарадор бўлиши санитария маорифига бевосита боғлиқ. Бинобарин, санитария маорифини доимий равишда бекаму кўст, аниқ, тушунарли, содда қилиб ўтказиб туриш керак.

Санитария маорифининг икки йўналиши тафовут қилинади.

1. Соғлом аҳоли ўртасида санитария тарғиботи.

2. Сил билан оғриган беморларни ва оила азоларини гигиеник тарбиялаш.

Мазкур йўналиш асосида силга қарши курашиш диспансери ойлик иш режасини тузиши керак. Иш режасида, энг аввало, сил касаллигига алоқадор масалалар акс эттирилиши, силни юқтир-маслик учун шахсий гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш ва силга қарши курашишнинг замонавий ютуқлари қаторида болалар, ўсмирлар ўртасида специфик профилактика, эмлашнинг аҳамияти ёритилиши зарур.

Санитария маорифини амалга оширишда биринчи навбатда, бемор атрофидаги соғлом одамлар билан сил касаллигининг юқумлилиги, оғир асоратлари ҳақида суҳбатлар ўтказиш лозим, иккинчидан, қишлоқ аҳолиси, корхона ва муассасалар ходимлари ўртасида, болалар муассасаларида ҳамда маҳаллаларда санитария тарғиботи ишларини олиб бориш керак. Суҳбатлар тушунарли бўлиши учун ҳаётдан олинган ибратли воқеаларни гапириб бериш лозим. Энг муҳими, бемор одам соғлом ҳаёт кечириш – саломатликнинг асосий гарови эканлигини тўла-тўкис тушуниши зарур. Бундан ташқари, беморнинг ўзи озодаликка пухта риоя қилишнинг зарурлигини тушуниши, турмушини тубдан ўзгар-тириши керак. Бундай бемор билан қуйидаги мавзуларда суҳбат ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади:

1. Сил билан оғриган беморларнинг кун тартиби.
2. Силни даволаш.
3. Санитария ва специфик профилактиканинг асосий қоидалари.
4. Беморнинг оилада ва ишхонада озода, саранжом-саришта бўлиши.
5. Зарарли одатлардан воз кечиш.

Санитария маорифи ишини амалга оширишда ҳар бир шифокор ёки ҳамшира беморларнинг ақл-заковатини, руҳий кайфиятини ҳисобга олиши керак, чунки беморларнинг руҳи доимо тушган бўлади, касаллигидан сиқилади. Шифокор беморга касалликнинг нақадар жиддийлигини тушунтириб, қунт билан астойдил даволанишга ва тузалишга ҳаракат қилиши зарурлигини тушунтириши лозим.

Спиртли ичимликлар, сигареталарнинг радио, матбуот ва телевидениядa кенг кўламда ташвиқот қилинаётгани ташвишлидир. Энг ёмони шундаки, шу туфайли, ичкиликбозлар, гиёҳвандлар кўпайиши мумкин. Маълумки, чет элларда спиртли ичимликларни, сигаретани реклама қилиш тақиқланган, бунинг устига уларнинг нархи баланд, бинобарин соғлом кишиларга ва беморларга ҳам моддий, ҳам маънавий жиҳатдан катта зарар етказади.

Шуни эсда тутиш керакки, сигарета чекиб юриш сурункали носпецифик бронхит касаллигининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бемор оиласида олиб бориладиган санитария маорифи ишида қуйидаги масалаларни кўзда тутиш зарур.

1. Парҳез ва гигиена қоидаларига амал қилиш силни даволашда асосий омил.

2. Бемор ва оила аъзоларининг шахсий гигиенаси, жорий дезинфекция, беморнинг сифатли овқатланиши, у билан мулоқотда бўлганларни текшириш, уй-жойни саранжом-саришта тутиш, дориларни мунтазам равишда қабул қилиш, болаларни касаллик юқишидан сақлаш.

Санитария маорифи иши жуда мураккаб бўлганлиги сабабли, баъзи тиббиёт ходимлари бу ишларни амалга оширишда, кўпинча, совуққонлик қиладилар. Шунинг учун соғлиқни сақлаш муассасалари раҳбарлари санитария тарғиботи ишларига катта аҳамият беришлари зарур.

Вақтинчалик иқтисодий қийинчилик, баъзан дори-дармон-ларнинг етишмаслиги ва беморларга тиббий хизмат кўрсатишдаги қийинчиликлар тиббий ходимлардан беморларга эътиборли бўлишни, иложи борича, уларга маънавий ва моддий ёрдам кўрсатишни, шифокор қасамёдига садоқатли бўлишни талаб этади.

Силга қарши хизматни бошқариш учун ҳар бир вилоятда, вилоят, шаҳар силга қарши диспансерлари ишлаб турибди. Республикада бу муҳим ишга Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти бошчилик қилади.

Хуллас, Республикада силга қарши хизматни ташкил қилиш мавжуд директив ҳужжатлар, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкило-тининг таклифлари асосида амалга оширилади.

Ижтимоий профилактика

Ижтимоий профилактика экологик ҳолатни яхшилашга, иқтисодий аҳволнинг яхшиланишига, тиббий ва умумий маданиятни ҳамда саводхонликни оширишга йўналтирилган. Ижтимоий профилактикани ўтказиш мамлакатдаги ижтимоий-иқтисодий ҳолатга, олиб борилаётган сиёсатга боғлиқ. Ўзбекистонда силга қарши курашиш соғлиқни сақлашнинг устувор йўналиши бўлиб, унинг асосида профилактика ишлари ётади.

Бу ишлар давлатнинг меъёрий ҳужжатларида акс эттирилган. Аҳолини силдан ҳимоялаш +онуни (2001), Ўзбекистон Респуб-ликаси Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг қатор буйруқлари шулар жумласидан.

Ижтимоий профилактика эпидемиологик жараённинг барча соҳаларига таъсир кўрсатади, профилактика тадбирларини амалга оширишда умумий самарани аниқлаш учун асос бўлади.

Ҳуқуқий-меъёрий таъминот

Ўзбекистон Республикаси аҳолисини силдан муҳофазалаш асосий мақсадлардан бўлиб, Олий Мажлис томонидан тас-диқланган «Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш» ҳақидаги Ўзбекистон Республикасининг +онунида (2001 й.) акс эттирилган. Кўрсатилган +онунда фуқароларнинг соғлиғини сақлаш учун тиббий ёрдам кўрсатиш ва тиббий ёрдам олиш ҳуқуқи билан мустаҳкамланган.

Ўзбекистонда ҳар бир фуқаро давлат тиббиёт муассасаларида соғлиғини бепул тиклаш, тиббий ёрдам олиш ҳуқуқига эга.

Ҳозирги вақтда силга қарши ишларни мувофиқлаштириш учун Республика Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги қатор буйруқлар чиқарди. Жумладан, «Ўзбекистон Республикасида силга қарши ёрдамни такомиллаштириш тадбирлари» ҳақида буйруқ (ССВ 23.11.1993 й. 591). Буйруқда силга қарши диспансерлар, диспансер бўлимларининг, поликлиника қошидаги хоналар мақоми кўрса-тилган. Сил беморлар санаторийлари, силга қарши махсус болалар муассасалари (мактаб-интернатлар, болалар боғчалари, яслилари, меҳрибонлик уйлари) мақомлари ишлаб чиқилди. Силнинг клиник таснифи, силга қарши диспансерлар ҳисобида турган беморлар гуруҳлари бўйича услубий кўрсатмалар берилган. Беморларни кузатиш муддатлари, текшириш усуллари кўрсатилган. Болалар ва ўсмирлар ўртасида сил касаллигининг профилактикаси, туберкулин синамасини ўтказадиган ҳамшираларни тайёрлаш, катта ёшдаги кишиларни флюорографиядан ўтказиш, беморларнинг меҳнат экспертизаси, касбий реабилитация учун меҳнат терапияларини амалга оширишга бағишланган кўрсатмалар ишлаб чиқилган.

Ўзбекистон Республикаси ССВ 24.11.1995 йил, 552-буйруғида аҳолини флюорография кўригидан ўтказишда фақат силга мойил гуруҳларни ва мажбурий гуруҳларни текшириш мақсадга мувофиқ эканлиги кўрсатилган.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг 520 қарорига (07.12.1999 йил) асосан туғиш ёшидаги аёллар, пенсионерлар, ногиронлар, ёлғиз қариялар бир йилда бир марта флюорографик кўрикдан ўтказилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 03.04.2003 йилда 160-буйруғи силга қарши ишларни такомиллаштиришга қаратилган бўлиб, унда DOTS стратегиясини амалга ошириш тадбирлари ёритилган.

СИЛ КАСАЛЛИГИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТАР/ИБОТ

ИШЛАРИ

Сил касаллиги борасида санитария маорифи ишининг пайдо бўлиши **тарихини** кўриб чиқар эканмиз, узоқ тарихга бориб тақалиши маълум бўлади. Айниқса сил кўзғатувчиси кашф этилгандан кейин, бу иш ривожланди ва шу хасталикни санитария жиҳатидан профилактика қилишга йўл очиб берилди. 1899 йилдаёқ Франциядаги парламент комиссияси одамларни ерга туфла-масликка ўргатиш зарур, деб уқтирган. Ана шу фикр-мулоҳазалардан келиб чиқиб, кўпгина давлатлар (Франция, Англия, Олмония, Россия)да сил ҳақида тарғибот ишлари бошлаб юборилди. Шу нуқтаи назардан, иккита йўналиш тафовут қилинади. Биринчидан, аҳоли орасида санитария тарғиботи, иккинчидан, аҳолини сил хасталиги ҳақида гигиеник тарбиялаш. Аҳоли орасида санитария маорифи иши олиб боришда қуйидаги масалаларга эътибор бериш лозим.

Фтизиатрлар аҳоли орасида сил тўғрисида тушунтириш ишларини мунтазам олиб боришлари зарур. Маълумки, бу дард одатда ҳеч қандай белги бермасдан зимдан кечади. Аммо хушёр бемор, одатда, организмида қандайдир ўзгаришлар содир бўлаётганини пайқайди ва ўз вақтида врачга мурожаат қилади. Шу боис тушунтириш лекциялари ва суҳбатлари қуйидаги масалаларга таалуқли бўлмоғи даркор. Касалликнинг илк белгилари, зимдан (яширин) кечиши, профилактик кўрикларнинг муҳимлигини (флюорография, туберкулин билан диагноз қўйиш) тушунтириш лозим. Бу касалликни ўз вақтида аниқлаш, даволаш ва профилактика қилишнинг аҳамиятга жуда катта экани шундан маълум бўлади.

Аҳолининг сил касаллиги юқумли эканлигини, уни тарқатиш манбаи, йўлларини билиши айниқса муҳим. Бу касаллик тарқалишининг асосий манбаи, фаол сил турига, айниқса, бацилляр турига чалинган бемор. Шуниси муҳимки, касаллик қачон ва қандай шароитларда юқишини билиш шарт. Диспансер врачлари тажрибаси кўрсатганидек, сил хасталигини кечикиб аниқланишига олиб келадиган сабаблар орасида баъзи беморларнинг ўз соғлигига бепарво бўлиши ёки аҳолининг айрим қатламлари шу оғир дарднинг бошланғич белгиларини билмасликлари натижасида сил авж алиб кетади. Тушунтириш ишида врач фтизиофобиянинг олдини олиши зарурлигини унутмаслик лозим (яъни, силни юқтириш хавфидан хаддан ортиқ қўрқиш), шу билан бирга врач айнан шу дарддан қандай қилиб сақланиш йўллари ҳақида одамларни огоҳлантириши зарур.

Силга қарши тарғибот ишлари турли-туман. Биринчи навбатда бу ишни беморнинг турар жойида (сил ўчоғида), ишлаб чиқаришда, стационарда, мактаб ва болалар муассасаларида, маҳаллада, қишлоқ жойларда, дала шийпонларида амалга ошириш лозим.

Одатда, санитария маорифи ишини суҳбатлар ўтказиш, маъруза ўқиш, радио, теле-кўрсатувларда, маҳаллий матбуот саҳифаларида амалга ошириш керак. Бу ишда плакатлар, кўргазмали қуроллар ва қисқа метражли филмлар жуда қўл келади. Бу иш стационар шароитида (умумий ва сил касалликлари

шифохоналарида) олиб борилганда жуда тушунарли бўлади, чунки врачда ана шу хасталикка доир ҳамма маълумотларни содда тил билан тушунтириш имконияти бўлади.

Бунда, биринчи навбатда, беморнинг диққат-эътиборини даволаш тартибига, шахсий гигиенага амал қилишга, уйда, ишда ўзини тута билишига, зарарли одатлардан (чекиш, ичкилик ичиш) воз кечишга ва соғлом турмуш тарзига амал қилса, дарддан халос бўлишини тушунтириш лозим.

Тушунтириш ишини олиб боришда бемор руҳиятини ва суҳбатга реакцияси қандайлигини ҳисобга олиш зарур, чунки тингловчилар, яъни силга чалинган беморлар ўзига хос одамлар бўлади, улар хасталаниб қолганликларидан қаттиқ изтироб чекадилар. Шу билан бирга, беморга касаллигини тушунтириш ва ҳамма қоидаларга амал қилиш зарурлигини уқтириш керак. Бемор касаллигининг нақадар жиддийлигини англаши лозим. Шундагина яхши натижага эришса бўлади. Акс ҳолда бемор тузалмайди ва жараён сурункали турга айланади. Бемор, ҳозирги кунда бу дардга қарши кучли дорилар борлигини ва бу хасталикдан соғайиб кетиши мумкинлигини (агар тегишли қоидаларга амал қилса) билиши лозим. Ножўя реакциялар вақтинчалик бўлишини ва патогенетик препаратлар тўғри қўлланилганда нохуш ҳолат ўтиб кетишини бемор билиши керак.

Чекиш ва ичкиликбозликка қарши курашиш ғоят муҳим аҳамиятга эга. Ўзбекистон шароитида (Оврупо давлатларига қараганда) ичкиликбозлик унчалик хавф туғдирмайди, аммо сўнгги йилларда (айниқса ёшлар орасида) ичкиликбозликка ва чекишга мойилликнинг ортиб бориши қайд қилинмоқда. Шундай экан, ичкиликбозлик ва тамаки чекишнинг зарари хақидаги тушунтириш ишлари айниқса аҳамиятли (носпецифик патология, меъданинг яра касаллиги ва 12 бармоқ ичак хасталиги, сурункали гепатит ана шу касофатдан келиб чиқади).

Ичкиликбозлик ва тамаки чекиш билан бир қаторда, сўнгги пайтларда гиёҳвандлик муҳим муаммо бўлиб қолмоқда, бу касофат ҳам йилдан-йилга кўпайиб бормоқда. Маълумки, силга чалинган, гиёҳвандликка мубтало бўлганлар соғ қолмайдилар. ОИТС юқтирган беморлар сони ҳам ортиб бормоқда.

Шундай қилиб, фтизиатрияда янги муаммолар пайдо бўляпти, уларни фтизиатр бошқа мутахассислар билан бирга ҳал қилмоғи зарур. Сил касалликлари муассасаларида (стационар, санаторий, диспансер) санитария бурчаклари ташкил этилиши лозим, бу ерда газеталар билан бир қаторда чекиш, ичкиликбозлик, гиёҳванд-ликнинг соғлиққа зарар келтириши ҳақида илмий-оммабоп рисолалар, плакатлар (ўзбек ва рус тилларида) бўлиши шарт.

Беморни қизиқтирувчи масалаларга оид савол-жавоб қутиларини ташкил этиш мумкин. Уй шароитида тарбиявий ишларни ташкил этиш ғоят муҳим. Бу ерда, асосан, экзоген инфекция ҳисобига сил касаллиги шаклланади. Шу билан бирга, сил юққан бемор оилавий аҳволига қараб, одат бўлиб қолган анъаналар ва расм-русумларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт

ходимларининг санитария-гигиена тартиби ҳақидаги тавсияларига риоя қилмоғи керак.

Санитария маорифи ишини олиб боришда бемор оила аъзоларининг ақлий, маданий ва тиббий савияси, ўз касаллигига муносабати инобатга олинади. Санитария маорифи ишларига, ташкилий-услубий раҳбарлик сил касалликлари муассасаси раҳбарининг зиммасига (бош врач ёки унинг муовинларига, силга қарши диспансернинг бўлим мудирига) юкланади.

Муассасанинг раҳбари имкониятига қараб, ўзи хизмат қилувчи туманда санитария маорифи ишлари ўтказишни режа-лаштириши, врачлар, патронаж участка ҳамшираси, сил бўйича фелдшер вазифаларини белгилаб бериши ҳамда уларни оммабоп адабиётлар билан таъминлаши зарур. Сил бўйича фелдшернинг ҳар бир қишлоқ жойида ана шу ишни ўтказишдаги аҳамияти, айниқса муҳим. Фелдшерлар бевосита функционал вазифалари билан бир қаторда туманда яшайдиган беморлар орасида санитария маорифи ишини фаол амалга оширишлари, суҳбатлар, лекциялар, иштирокчилар сони ва қаерда ўтказил-ганлигини очиқ-ойдин ёзиб қўйишлари лозим.

Диспансер бош врачи санитария маорифи иши бўйича ёрдамчисини (санитария маорифи ишини уюштирувчини) тайинлайди, бу ёрдамчи ўтказилаётган ишларни ҳисобга оладиган китобни тўлдириб боради ва ҳисобот тузади.

Ҳозирги кунда республикамизда соғлиқни сақлаш соҳасида амалга оширилаётган ислоҳотлар муносабати билан санитария тарғиботининг тутган ўрни анча ошди. Шу сабабли, Саломатлик марказларининг санитария маорифи ишини илмий-текшириш институтига айлантириш ҳақида қарор қабул қилинди. Вилоятларда шу муассасанинг шаҳобчалари барпо қилинмоқда. Бизнинг ҳисоблашимизча, Саломатлик марказини илмий муассасага айлантириш ана шу муҳим ишларни режалаштириш ва амалга ошириш учун янги кучли туртки бўлади.

ДИСПАНСЕР ФАОЛИЯТИНИ СТАТИСТИК ТАҲЛИЛ

Силга қарши диспансер ҳар бир туманда силга чалинган беморларни ҳисобга олиш ва қайд қилиш бўйича марказий бўғим ҳисобланади. Эпидемиологик вазиятни ўрганиш учун диспансер ҳар йили сил касаллигининг асосий статистик маълумотларини таҳлил қилади, бу таҳлил нафақат маҳаллий, балки умумдавлат аҳамиятига молик бўлади. Диспансерда сил касаллигининг ана шу кўрсаткичларини ҳисобга олиш учун зарур хужжатлар рўйхати бор. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 1993 йил 23 ноябрдаги 591 буйруғи ҳуқуқий жиҳатдан асослаб берилган директив хужжат ҳисобланади. Шу директив ҳужжатга амал килган ҳолда, силга қарши диспансерларда ҳисобга олишнинг қуйидаги ҳисобот турлари жорий этилган.

Силга чалинган беморларнинг диспансер кузатуви самара-дорлигини ошириш учун бундан олдинги йилларда йўл қўйилган хатоларни ҳисобга

олиб, мақсадга мувофиқ махсус тадбирларни ишлаб чиқиш йўли билан эришиш мумкин. Силга қарши амалга ошириладиган барча ишларни очиқ-ойдин қайд қилиш учун соғлиқни сақлаш вазирлигининг статистик бошқармаси томонидан силга қарши ишларнинг у ёки бу бўлимларини акс эттирувчи махсус статистик ҳужжатлар тасдиқланган.

Тиббий ҳужжатларни олиб бориш диспансернинг амалий врачларига диспансер иши сифатини доим текшириб бориш ва ҳисоботни тўғри тузиш имконини беради.

8-илова силга қарши муассасаларнинг фаолиятини бахолаш бўйича асосий статистик ҳисобот ҳисобланади. У ҳар йили тузилиб, диспансер томонидан юқори муассасага топширилади.

Ушбу вкладишда хоҳ фаол бўлсин, хоҳ фаол бўлмасин, беморлар тўғрисида диспансер амалга оширадиган турли хил тадбирлар ҳақида маълумотлар бўлади. Диспансерда ҳисобда турган беморлар ҳаракати акс эттирилади. Бундан ташқари, беморларга кўрсатиладиган шифохона-санаторий ёрдами, диспансер куза-тувининг аҳволи, шунингдек антибактериал препаратлар билан даволашнинг нечоғли самарадорлиги ёзиб борилади.

Статистик ҳисобот маълумотларининг нақадар аниқ ва тўғрилиги тиббий ҳужжатларни соз ва тўғри тўлдирилганлигига боғлиқ. Силга қарши муассасалар учун қуйидагилар асосий хужжат шакллари ҳисобланади: диспансерда сил касаллигига шубҳа қилинган барча касалларга **95, амбулатор беморга** алоҳида **25** карта тўлдирилади. Бордию, сил касаллиги диагнози тасдиқланмаса, бу ҳақда поликлиникага хабар берилади, карта эса архивга топширилади. Бундан ташқари, баъзи бир диспансерлар томонидан, даволаш-профилактика муассасаларидан диспансерга юборила-диган беморларни рўйхатга олиш журнали тўлдириб берилади. Бундай журнал диспансерга тиббиёт муассасаларининг силни эрта аниқлаш борасидаги фаоллигини аниқлаш имконини беради. Ана шу журналда қайд қилинган ёзувларга асосланиб, участка фтизиатри бу муассасаларнинг сил хасталигини аниқлаш бўйича фаолиятига баҳо беради.

1. Сил касаллиги диагнози тасдиқлангандан кейин, беморга **81-у-касаллик тарихи варақаси** тўлдирилади. Унга 25-шакл қўшиб қўйилади. Барча тиббий ҳужжатлар участка врачининг хонасида (ёки қатьий худудий қоидаларга биноан рўйхатхонада) сақланади. Ҳар йили беморларни бир гуруҳдан бошқасига ўтказишда ёки ҳисобдан чиқаришда врач-фтизиатр шу касаллик тарихи варақасига эпикриз ёзиб қўяди, унга специфик жараён динамикасининг таърифи ҳам қўшиб қўйилади. Ўтказиладиган даво натижаси қуйидагича: меҳнат қилиш қобилиятининг ҳолати, ишга вақтинча яроқсизликнинг нечоғлик тез-тез юз бериши, ногиронликка ўтиш, ишга жойлаштириш мумкинлиги.

2. Фаол сил хасталиги биринчи марта аниқланган бемор ҳақидаги хабарнома **281-ҳисоб шаклида** кўрсатилади.

3. Сил хасталигига биринчи марта диагноз қўйилган бемор ҳақидаги хабарнома **89-у-шаклида** вилоят, шаҳар диспансерига жўнатилади.

4. Беморда сил микобактерияси аниқланганда (дардга биринчи марта диагноз қўйилган беморда ва сил хасталигининг ёпиқ тури бор беморда) диспансер туман санитария-эпидемиология станциясига хабарнома юборади.

Участка ҳамшираларининг картаси **93-шакл** сил инфек-циясининг ҳар бир ўчоғида тўлдирилади, унда бактерия ажра-тувчи билан мулоқотда бўлган шахслар ҳақидаги паспорт маълу-мотлари (қавм-қариндошларини кўрсатган ҳолда), шунингдек, беморлар билан бирга бўлганларни текшириш саналари ва натижалари ёзиб қўйилган бўлади.

5. Картага касалликнннг батафсил таърифи ва участка фтизиатри ҳамда эпидемиолог тавсиялари ёзилади. Бу шакл умумий маълумотлар тузиш учун (ойлик, чорак, ярим йиллик, йиллик) тиббий статистга топширилади, шунга асосланиб, ўчоқ санациясининг режаси тузилади. Ҳамшира ҳар йили олиб борган ишига якун ясайди: ўчоққа участка фтизиатри, эпидемиолог, участка ҳамширасининг неча марта боргани, қанча суҳбат ўтказгани, қанча дезинфекция воситалари ажратилгани, бошдан-оёқ дезинфекциялар ҳақидаги маълумотлар, яшаш шароитларида рўй берган ўзгаришлар, контактда бўлаётганлар орасида ўтказилган эмлашлар ва кимёвий профилактика олиб борилгани, соғлом-лаштириш ишлари ҳақидаги маълумотларни рўйҳатга олади.

6. Врачларнинг беморларни қабул қилишидаги ҳар кунлик иши **39-у-шаклини** тўлдириб ҳисобга олинади, шунингдек, беморларни қабул қилиш иши ва беморлар таркиби аниқланади (биринчи марта, қайта қабул қилинган).

7. Диспансерда врачлик маслаҳат комиссияси қарорларини ёзиб бориш китоби, **35-шакл** тўлдирилади.

Бундан ташқари, бу муассасада бемор врачни уйига чақиргани ёзилган китоб, ишга вақтинчалик яроқсизлик ҳақидаги касаллик варақаларини рўйхатга олиш китоби бўлади **(86-шакл).**

8. Касалхонага ётқизилганларни рўйхатга олиш китоби **(34- шакл**), унда даволаш-эпидемиология кўрсатмалари бўйича касал-хонага ётишга муҳтож бўлган беморлар ёзиб борилади. Бу китобдаги маълумотлар хақиқатан ҳам шифохонага ётқизилганлик ҳақидаги маълумотлар билан солиштирилади, бу туманда силга чалинган беморлар учун ўринлар сони билан қанчалик таъмин-ланганликни ва бу ёрдамни амалга ошириш зарурлигини аниқлаш имконини беради.

9. Сил инфекцияси ўчоқларида ўтказиладиган дезинфекция тадбирларини қайд қилиш журнали бўлиб **(62-шакл)**, унда диспансернинг ўчоқда якунловчи дезнифекция ўтказиш бўйича дезинфекция станциясига берилган буюртмаси ёзиб қўйилади. Диспансернинг участка ходимлари (врач, ҳамшира, сил бўйича фельдшер) дезинфекция ўтказишга боғлиқ ишларни доимо кузатиб туришлари, бу ҳақда ҳисобот тузишлари шарт.

“Сил касалликлари диспансерида ҳисобда турган беморнинг назорат картаси” асосий ҳужжатлардан бири саналади **(у-30-4- шакл).**

Шу картага мувофиқ, диспансер кузатувининг мунтазамлиги назорат қилинади, мазкур беморнинг диспансерга келиш муддат-лари қайд қилинади, келган-келмагани текширилади. Назорат карталардан участка фтизиатрининг картотекаси тузилади, шунга қараб, фтизиатр беморларни эпидемиологик хавф туғдирадиган пайтда, беморнинг муҳтожлигига қараб алоҳида кузатиши ва хизмат кўрсатишни тўғри ташкил этиши мумкин. Назорат картада диагноз ёки диспансер ҳисоби гуруҳи ўзгарганлиги, касалхонага ётқизиш ва санаторийда даволаниш, антибактериал даво, беморнинг меҳнат шароитлари ўзгарганлиги қайд қилиниши лозим. Участка ҳамшираси ёки сил бўйича фелдшер ҳар бир қабулдан кейин, картага бемор келганини ёзиб қўйиши шарт, картотекаларнинг тўғри сақланиши учун участка фтизиатри масъул ҳисобланади.

Бундан ташқари, умумдиспансер ҳужжатларида диспансер бўлинмаларида тўлдириладиган ҳужжатлар бўлади. Чунончи, рентгенология бўлимида рентгенологик текширувларни қайд қилиш журнали **(50-шакл)** бор. Лаборатория бўлимида эса лаборатория текширувларини қайд қилинадиган **84-ҳисоб картаси** тутилади.

Диспансерда стационардан чиққан беморнинг картаси **(266-шакл)** ҳам бор, у архивда сақланади ва стационарнинг иши ҳақида ҳисобот тузиш учун статистика бўлимига топширилади. Стационар врачлари “Касаллик тарихидан кўчирма”ни ҳам **(27- ҳисоб шакли)** диспансерга топширишади.

Шундай қилиб, юқорида айтиб ўтилган ҳисобга олиш ҳисобот ҳужжатлари асосида силга қарши диспансер ойлик (заруратга қараб) чорак, ярим йиллик ва йиллик ҳисоботларини тузиб, вилоят диспансерига, бу диспансер эса ўз навбатида юқори муассасаларга топширади.

Республикада ҳозирги кунда йиллик ҳисобот шакли **(8- илова**) жорий этилган, ҳар чораклик ҳисобот эса **12-шакл** бўйича топширилади. Бу шакл марказий статистика бошқармаси (МСБ) томонидан тасдиқланган.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СИЛНИНГ БИРЛАМЧИ МАХСУС ПРОФИЛАКТИКАСИ

Силга қарши курашишда, болалар орасида сил жараёнининг олдини олишда силни бирламчи БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш катта аҳамиятга эга.

Ҳозирги кунда 64 давлатда БЦЖ эмлаш мажбурий оммавий равишда қилиняпти ва 118 давлатга тавсия этилган. Жаҳон миқёсида 2 млрд. бола ва ўсмир силга қарши эмланган , ҳозир ҳам БЦЖ эмлаш давом этмоқда, зеро бу усул сил касаллигининг оғир турлари ривожланишининг олдини олишда катта аҳамиятга эга.

Бизнинг мамлакатимизда сил эпидемиологиясини ҳисобга олган ҳолда қонунлаштирилган тарзда чақалоқлар туғруқхонада эмланади, 6-7 ва 14-15 ёшдаги болалар эса қайта эмланади.

Оммавий эмлашни, тиббий кўрсатмалар асосида, уюшган ҳолда олиб бориш туғруқхона, поликлиника шифокорлари зиммасига юклатилган.

Туғруқхонада соғлом чақалоқлар 3-5 кун давомида шифокор кўргандан кейин махсус ҳамшира гўдакнинг чап елкаси юқори қисмига 0,1 мл БЦЖ эритмасини тери ичига юборади.

Эмлангандан кейин гўдакларда 4-8 ҳафтадан кейин БЦЖ юборилган жойда қизғиш бўртма ҳосил бўлади. Вакцинация жараёни ўрта ҳисобда 6-8 ой, баъзи болаларда 1 йил давом этади. 1-2 ойдан кейин бўртма ўрнида 5-10 мм келадиган ярача пайдо бўлади, юқорида айтилганидек, 6-8 ойдан кейин қотиб, чандиққа айланади.

Силга қарши қайта эмлаш Манту синамаси натижасини ҳисобга олган ҳолда шифокор кўригидан кейин ўтказилади. Одатда иммун жараён қайта эмланган болаларда 1-2 ҳафтадан кейин папула ҳосил қилиш билан намоён бўлади ва 5-6 ой давомида яра қотиб, чандиқланади. Чақалоқларда чандиқ ҳажми ўрта ҳисобда 5-7 мм., мактаб ёшидаги болаларда 8-9 мм бўлиши керак, бу организмда жуда яхши даражада иммунитет ҳосил бўлганини кўрсатади.

БЦЖ вакцинаси билан эмлаш, қайта эмлаш самара-дорлигини ўрганиш шуни кўрсатдики бу оммавий профилактика усули болаларда сил билан касалланиш даражасининг 20 марта камайишига олиб келади, мабода касал бўлганда ҳам тарқалмаган, чегараланган, асоратсиз (бирламчи сил комплекси ёки кўкрак қафаси ичи лимфа тугунлари сили) енгил ўтади.

БЦЖ эмлаш ва қайта эмлашни туғруқхоналарда ва педиатрлар сил диспансерлари ва СЭН ходимлари назоратида ўтказилди.

БЦЖ эмлашга монеликлар

1. Чала туғилган болалар – вазни 1,600 гр дан кам бўлса.
2. Ўткир юқумли касалликлар:

- Ҳомила она қорнида сепсис билан зарарланганда;
- теридаги йирингли яра ва септик ҳолатлар;
- ўрта ва оғир даражали туғма ферментопатия;
- гемолитик касалликлар;
- туғруқ пайтида мия шикастланиб, чуқур неврологик белгилар кузатилса;
- бирламчи иммун танқислиги;
- олдин болаларда ўта тарқалган БЦЖ-инфекция кузатилган бўлса;
- ОИВ-инфекциясида: болада иккиламчи касалликлар белги-лари кузатилса; она ҳомиладорлик вақтида антиретровирус даво олмаган бўлса.

Ревакцинацияга монеликлар

№	Касалликлар турлари	Эмлаш мумкин, мумкин

		эмас
1.	Инфицирланган ёки илгари сил бўлган	мумкин эмас
2.	Манту синамаси шубҳали ва мусбат бўлса	мумкин эмас
3.	БЦЖ асоратлари(абсцесс, яралар, келоид, лимфаденитлар ва ҳоказо)	мумкин эмас
4.	Ўткир инфекцион ва соматик касалликлар, сурункали касалликлар хуруж вақтида ёки декомпенсация Ва реконвалисценция даврида	1 ойдан кейин эмлаш мумкин
5.	Аллергик касалликлар (тери ва респиратор) хуруж вақтида	соғайгандан кейин ёки ремиссия вақтида мутахассис хулосасидан кейин
6.	+оннинг мураккаб касалликлари ва ўсма касалликлари	мумкин эмас
7.	Ҳомиладорлик даврида	мумкин эмас
8.	Оила ва болалар муассасаларида инфекцион касаллар билан мулоқатда бўлган бўлса	карантин вақти тугагандан кейин эмлаш мумкин

БЦЖ қайта эмлаш, вақтинча ўтказилмаган болаларни назоратга олиб, бутунлай соғайгандан кейин ёки монеликлар тугагандан сўнг қайта эмлаш мумкин. Юқоридаги кўрсатмаларга кирмаган касалликларда махсус мутахассис хулосасига кўра, қайта эмлаш мумкин.

БЦЖ дан кейин кузатиладиган асоратлар

1. Тери ости абсцесси - вакцина препарати нотўғри юборилганда (тери остига).

2. Яра ҳажми – 1 см. дан ортиқ.

3. Лимфаденитлар: вакцина препарати реактоген бўлса (қарши монеликларга риоя қилинмаган бўлса) ёки белгиланган миқдордан кўпроқ юборилса (0,1 мл. дан юқори).

Лимфаденитларда чап қўл ости безлари 1 см. дан катталашади, болани безовта қилмайди. Учта даврдан иборат. Биринчи давр – яллиғланиш даври (лимфа безлари 1 см. дан катта бўлади). Иккинчи давр – сўрилиш даври ёки казеоз ҳосил бўлиб, тери тешилиб, ташқарига чиқади. Учинчи давр – қотиш даври – калцийланиш.

4. Келоид чандиқлар.

5. Тарқалган БЦЖ - четлар.

Асоратларни даволаш

1. Абсцессга Вишневский малҳами ҳар куни 1 марта 3-4 ҳафта давомида қўйилади, тери юпқалашиб, казеоз чиқа бошлайди ва яра ҳосил бўлади. Ярани изониазид кукунини ҳар кун сепиб даволанади. Яра 1,5-2

ойда битиб, чандиқланади, чандиқлар 1 см катта бўлади ва тери тортилиб қолади.

2. Лимфаденитлар – яллиғланган даврда - иккита АБ дорилар билан 5-6 ой даволанади.

3. Казеозли даврда жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Калцинация ҳосил бўлган бўлса ва 1 см катта бўлса, жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

4. Келоид чандиқлар - лидаза ва гидрокортизон ёки дексазон тўрт томондан чандиқ остига ҳафтада 2 марта юборилади. Бир курсга 10 марта. Келоид чандиқларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш қатъиян ман этилади.

5. Тарқалган БЦЖ – асоратлар кечишига қараб, 2-3 та АБ препаратлар билан даволанади АБ препаратлардан ташқари, БЦЖ асоратларида витаминлар буюрилади. Болаларга витаминлар ва оқсилларга бой овқатлар, кўпроқ сабзовот, мевалар берилади ва ҳоказо. БЦЖ асоратларида болалар IV “В” диспансер гуруҳида 1 йил назорат қилинади.

Болалар ва ўсмирларда силнинг кимёвий профилактикаси

Кимёпрофилактика 1 ёки 2 та силга қарши дори (изониазид + этамбутол) билан ҳар куни ёки кунора олиб борилади.

Кимёпрофилактика қуйидаги одамларда ўтказилади:

- сил таёқчаларини ташқи муҳитга ажратиш билан кечаётган ўпка сили бор беморлар билан бирга яшайдиган соғлом ва сил билан зарарланган ўсмирлар, болалар;
- сил таёқчалари ажратмайдиган, фаол ўпка сили бор беморлар билан бирга яшайдиган болалар ва ўсмирлар;
- бирламчи сил инфекцияси билан зарарланган болалар ва ўсмирлар (“вираж”);
- сил билан зарарланган Манту синамаси натижаси гиперергик бўлган болалар ва ўсмирлар;
- сил билан зарарланган болалар ва ўсмирлар бошқа касалликлар қўшилиб кечганда, стероид гормонлар олганда;
- сил билан зарарланган болаларда Манту синамаси ҳажми 1 йил давомида 6 мм. дан кўпроқ ва бундан катталашса ҳамда хавф омиллари мавжуд бўлса.

Дифференциал равишда ўтказиладиган кимёвий профилак-тиканинг муддати ва тартиби турли гуруҳларда ҳар хил бўлиб, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги 19.07.2005 йилда чиқарган 342-буйруғнинг 2-иловасида келтирилган.

Силни барвақт аниқлаш

Силни барвақт аниқлаш, маълум мақсадга йўналтирилган профилактик текширишларни тақозо этади. Кейинги йилларда бу соҳада ҳам (иқтисодий шароитлар натижасида) ўзгаришлар рўй берди.

Маълумки, олдинги йилларда оммавий флюорографик кўрик силни барвақт аниқлашнинг асосий усули ҳисобланарди ва жуда қимматга тушарди.

Фтизиатрия ва пулмонология илмий-текшириш институти эпидемиология бўлими ходимларининг олиб борган текширишлари (Р.Ш. Ҳамроқулов, Э.А.Стояновский, Э.С.Содиқов ва бошқалар) шуни кўрсатдики, кейинги вақтда силга мойиллиги бўлган аҳоли орасида текширишдан ўтиб туришга мажбур шахсларни флюорографик кўрикдан ўтказиб туриш мақсадга мувофиқ экан.

Силга мойил гуруҳлар:

- қандли диабет;
- ўпканинг носпецифик касалликлари;
- руҳий касалликлар, жигар ва ошқозон-ичак касалликлари;
- сурункали ичкиликбозлар;
- гиёҳвандлар; гормонга тобе беморлар;
- оғир шароитда ишловчилар;
- узоқ муддат қамоқда бўлганлар;
- сил беморлар билан мулоқотда бўлганлар.

Флюорографиядан ўтиш лозим бўлган мажбурий гуруҳдагилар:

- педагоглар;
- болалар ва ва тиббиёт муассасалари хизматчилари;
- силга қарши муассасалар ходимлари;
- умумий овқатланиш корхоналари;
- коммунал хўжалик ходимлари;
- савдо-сотиқ ходимлари;
- чорвадорлар;
-харбий хизматга чақирилувчилар ва бошқалар.

Гуруҳларда ўтказилган флюорографик текширишлар нати-жасида силни аниқлаш 1,5-3 марта кўпайиб, ҳозирги вақтда силга мойил гуруҳларни 0,6-1,2%, мажбурийларда эса 0,1-0,2 % сил касаллиги топилмоқда.

Флюорография текшириши натижасида, фаол сил бактерияси 10,6%, фаол бўлмаган сил 3,3%, ўткир зотилжам 13,1%, ўпканинг носпецифик сурункали касалликлари 40,0%, юрак-томир касал-ликлари 14,9%, суяк касалликлари 3,5%, ўпка касаллиги 1,1% ва бошқа касалликлар 7,1% ни ташкил қилади.

Бу маълумотлар, флюорографик текширишлар, нафақат сил касаллигини, балки бошқа касалликларни аниқлашда ҳам муҳим аҳамиятга эга эканини тасдиқлайди.

Силга мойиллиги бор ва мажбурий гуруҳларни флюорографик текширишни умумий тиббиёт муассасалари, СЭН, флюорография марказлари ва сил диспансерлари ўтказадилар. Силни барвақт аниқлашда балғамни сил таёқчаларига текшириш ҳам муҳим аҳамитга эга.

Балғамни микроскопик текшириш усули (Цил-Нилсен), поликлиника, шифохоналар лабораторияларида силга гумон этил-ганлар, ўпканинг носпецифик хасталиклари бор, узоқ вақт йўталиб юрадиган (2 ойдан ортиқ)

беморлар текширилади. Изланишлар шуни кўрсатдики, балғамни текшириш натижасида 15-20% сил таёқчалари топилмоқда.

12 ёшгача бўлган беморларда силни текшириш, фақат туберкулин синамаси ва рентгенда текшириш асосида олиб борилади ва умумий педиатрия муассасалари амалга оширади.

12 ёшдан флюорографик текширув ёрдамида аниқланади.

Текширишларнинг кўрсатишича, оммавий туберкулин сина-маси ёрдамида 1,5-2,0% да вираж (бирламчи сил инфекцияси), 11,0% кичик мактаб ёшидагиларда, 25,9% катта мактаб ўқувчиларда, 32,0% – ўсмирларда сил билан зарарланиш аниқланмоқда.

Силни аниқлашда бир қанча усуллар мавжудлигига қарамай, афсуски, сил кеч аниқланмоқда. Бу умумий амалиёт шифо-корларининг ва бошқа мутахассисларнинг сил соҳасида етарлича маълумотга эга эмасликларидан дарак беради. 60% беморлар, бевосита мурожаатидан кейин аниқланмоқда.

ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Брюсов П.Г., Полянский В.Х. Туберкулезная эмпиема плеврў. - Москва, 2007. – 154с.
2. Внелегочнўй туберкулез. Руководство для врачей (под редакцией проф. А.В.Васильева). – Санкт-Петербург, 2000.
3. Ганиев К.Г. Сил касаллиги. – Тошкент, 1995.
4. Глазун Л.О., Петричко М.И. Роль дуплексной допплерографии в диагностике почечной патологии // Ультразвуковая диагностика. – 1997. - № 2. – С.13.
5. Ерохин В.В., Романова Л.К., Клеточная биология легких в норме и при патологии // Руководство для врачей. – М.: Медицина. – 2000. – 495 с.
6. Камўшан И.С., Погребинский В.М. Туберкулез мочевўх органов. – Киев «Здоров’я». – 1987. – 189с.
7. Кацнельсон М.А., Танковский В.Э. Увеитў. - Москва, 1998.
8. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. Казеозная пневмония. – 2001. – 275с.
9. Коваленко Д.Г., Гарбуз А.Е. Спинно-мозговўе расстройства при туберкулезном спондилите, их патогенез и хирургическое лечение // Методические рекомендации. – М., 1975. – 19 с.
10. Костно-суставной туберкулез (Монография под редакцией Ю.Н.Левашева, А.Е.Гарбуза). -Москва, 2003. – 293 с.
11. Лабораторнўе методў исследования в клинике. Справочник (Под ред. В.В.Меньшикова) // М.: Медицина. – 1987. – С.47-186.
12. Левашев Ю.Н., Репин Ю.М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. - СПб, 2006. – 485с.
13. Махаматов К.М., Муаззамов Б. Сил менингити. - Бухоро, 2007.

14. Мишин В.Ю. Казеозная пневмония – диагностика, клиника и лечение // Проблемў туберкулеза. – 2001. – С.22-29.
15. Назиров П.Х. Проблемў лечения туберкулеза костей и суставов в современнўх условиях // Актуальнўе вопросў фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане. – Ташкент, 1998. – С.95-98.
16. Перельман М.И., Корякин В.А., Багадельникова И.В. Фтизиатрия (учебная литература для студентов медицинских вузов и медицинских факультетов университетов). – Москва: Медицина, 2004.
17. Репин Ю.М. Лекарственно-устойчивўй туберкулез легких. - СПб, 2997. – 166с.
18. Туберкулез мочеполовой системў (Под ред Т.П.Мочаловой). – Москва: Медицина. – 1993. – 254с.
19. Убайдуллаев А.М. Нафас аъзолари касалликлари. – Тошкент, 2004.
20. Убайдуллаев А.М., Йўлдашов Ш.Қ. Суяк-бўғим силини ташхисоти ва даволаш. -Тошкент, 2007. – 108б.
21. Ужегов Г.Н. Фитотерапия. - М.,2001.- 350 с.
22. Унифицированнўе методў микробиологических исследований при вўявлении, диагностике и лечении туберкулеза. Методические указания для микробиологических лабораторий противотуберкулезной службў Российской Федерации. - Москва, 2003.
23. Фрейдович А.И. Клиническая фтизиоурология. – Москва: Медицина. – 2002. – С.119-126.
24. Хоменко А.Г. Туберкулез органов дўхания (руководство для врачей). – Москва: Медицина, 1988.
25. Ченцова О.Б. Туберкулез глаз. - Москва, 1990.
26. Яненко Е.Н., Геймер М.С. Туберкулез у детей и подростков. - Ленинград, 1987.
27. Ерохин В.В., Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Казеозная пневмония (руководство для врачей). – Москва «Медицина». – 2008. – 192с.