

NAFAS ORGANLARI KASALLIKLARI



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

A.M.UBAYDULLAYEV

NAFAS ORGANLARI KASALLIKLARI

Rossiya tibbiyot fanlari Akademiyasi akademigi,
professor S.M.BAHROMOV tahriri ostida

Toshkent
«Yangi asr avlodi»
2009

Keyingi yillarda nafas olish tizimi xastaliklari aholi o'rtasida boshqa kasalliklarning kelib chiqishiga ham sabab bo'lmoqda. Nafas organlari kasalliklarining ko'payishi oqibatida mehnat qobiliyatini yo'qotish, ba'zida esa o'lim hollarining ko'payishi kabilar kuzatilmoqda.

Shu ma'noda «Nafas organlari kasalliklari» darsligi nazariy va amaliy ahamiyatga ega. O'quv adabiyotida nafas olish organlari kasalliklarining tasnifi, ularning kelib chiqish sabablari va asoratlari tahlil qilib beriladi. Shuningdek, kitobda muallifning kasallikning oldini olish va davolashga doir ko'rsatmalari ham diqqatga sazovordir.

Taqrizchilar:

S.BAHROMOV,

Tibbiyot fanlari doktori, professor,
RTFA Akademigi

A.L.ALYAVI,

TT va FT ITI direktori, professor

ISBN 978-9943-08-254-0

© A.M.Ubaydullayev «Nafas organlari kasalliklari». «Yangi asr avlodi», 2009-yil

**TASHQI NAFAS FAOLIYATIGA OID QISQARTIRILGAN
KO'RSATKICHLARNING O'ZBEK, RUS VA INGLIZ TILLARIDAGI
MA'NOLARI**

NS - nafas soni (CHD – chastota dixaniya)
NH - nafas hajmi (DO – dixatelniy obyom)
MNH - minutlik (daqiqaviy) nafas hajmi (MOD – minutniy obyom dixaniya)
RH_{ol} - olingan nafas rezerv hajmi (RO_{vd} – rezervniy obyom vdoxa)
RH_{chiq} - chiqariladigan nafas rezerv hajmi (RO_{vid} – rezervniy obyom vidoxa)
O'HS - o'pkaning hayotiy sig'imi (JEL – jiznennaya yomkost legkix; VC – vital capacity).
O'MV - o'pka maksimal ventilyatsiyasi (MVL – maksimalnaya ventilyatsiya legkix; MVV – Maximal Voluntary Ventilation).
NR - nafas rezervi (RD – rezerv dixaniya)
O'JHS - o'pka jadallashgan hayotiy sig'imi (FJEL – forsirovannaya jiznennaya yomkost legkix; FVC – forged expiratory vital capacity).
O'QH - o'pka qoldiq hajmi (OOL – ostatechniy obyom legkix; RV – residual volume).
FQS - funksional qoldiq sig'imi (FOYE – funksionalnaya ostatechnaya emkost; FRS – functiona residual capacity).
O'US - o'pkaning umumiy sig'imi (OYEL – obhaya yemkost legkix)
MAV - minutlik alveolyar ventilyatsiya (MAV – minutnaya alveolyarnaya ventilyatsiya)
NCHAT - nafas chiqarish avjii tezligi (PSV – pikovaya skorost vidoxa, PEF – Peak expiratory flow) PaO₂
JNCHH₁ - 1 sekund (soniya)da jadal chiqarilgan nafas hajmi (OFV₁ – obyom forsirovannogo dixaniya v 1 sek., FEV₁ – Forced respiration volume per second)
MHT₂₅ - O'JHS 25% chiqarilgandan keyingi maksimal hajmiy tezlik (MOS₂₅ – maksimalnaya obyomnaya skorost posle vidoxa 25% FJEL; FEF₂₅ - Forced expiratory flow at 25% of VC max)
MHT₅₀ - O'JHS 50% chiqarilgandan keyingi maksimal hajmiy tezlik (MOS₅₀ - maksimalnaya obyomnaya skorost posle vidoxa 50% FJEL; FEF₅₀ - Forced expiratory flow at 50% of VC max)
MHT₇₅ - O'JHS 75% chiqarilgandan keyingi maksimal hajmiy tezlik (MOC₇₅ – maksimalnaya obyomnaya skorost posle vidoxa 75% FJEL; FEF – Forced expiratory flow at 75% of VC max)
Tifino indeksi - JNH₁/O'HS (Indeks Tifino – OFV₁/JEL) FO'B - Funksional o'lik bo'shliq (FMP – funksionalnoye mertvoye prostranstvo).

O'ZBEKISTONDA PULMONOLOGIYA XIZMATI

So'nggi davr insoniyat tarixi zarvaraqlariga ilmiy-texnika taraqqiyoti, koinotni zabt etish va madaniyat-ma'rifat rivoji asrlari bo'lib kiradi. Ilmiy-texnika taraqqiyoti xalq farovonligini oshirish va inson umrini uzaytirish bilan birga dunyo ahli oldiga sanoat chiqindilari, ko'p sonli avtotransport zaharli gazlari, agroximiya qoidalarining buzilishlari bilan bog'liq yer, suv, havoning ifloslanishi muammosini ham ko'ndalang qilib qo'ydi. Ularning inson salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatishi aniq faktlar bilan tasdiqlandi. Jumladan, atrof-muhit faktorlarining inson nafas a'zolarini shikastlashi ma'lum bo'ldi. Butun dunyoda, ayniqsa sanoati rivojlangan mamlakatlarda o'pkaning nospesifik kasalliklari (O'NK) bilan xastalanish tobora o'sib borayotganligi qayd etilmoqda. AQSHda har besh kishidan bittasi o'pka kasalliklariga chalingan, ulardan esa har yili o'rta hisobda 240 ming kishi hayotdan ko'z yummoqda. MDH va uzoq xorijiy mamlakatlar olimlari ma'lumotlariga ko'ra, aholining turli guruh va toifalari orasida o'pkaning surunkali nospesifik kasalliklari (O'SNK) 5 dan 51 foizgacha uchrab, ularning tarqalishi erkaklar o'rtasida ayollarga qaraganda 2-3 marta ortiqdir. O'SNK bilan kasallanishning kishilarda yosh o'tgan sayin oshib borishi ham qayd qilinmoqda. O'pka nospesifik kasalliklarining keng tarqalganligi mehnat kunlarining behad yo'qotilishiga, ushbu xastalikda davolash-profilaktika ishlari uchun katta moliyaviy xarajatlar sarflanishiga sabab bo'lmoqda.

So'nggi yillarda ko'pgina yosh ishchilar va xizmatchilar kasallik vajidan o'z kasb-korlari bilan shug'ullana olmayaptilar. Masalan, AQSHda nogironlikning jadal ravishda o'sishiga nafas yo'llarining surunkali kasalliklari sabab bo'lmoqda, nafas a'zolari kasalliklari (NOK) bo'yicha nogironlikka beriladigan nafaqalar esa yurak-tomir kasalliklari nogironliklarida beriladigan nafaqalardan so'ng ikkinchi o'rinda turibdi.

Markaziy Osiyoda ham nafas a'zolari kasalliklari tobora keng tarqalib bormoqda. O'zbekiston bo'yicha to'plangan ma'lumotlarga ko'ra, nafas a'zolari kasalliklari hozirgi paytda barcha kasalliklar ichida birinchi o'rinda turadi. Kasallanish esa so'nggi besh yil ichida 2,5 marta oshgan. Bronxial astma va surunkali bronxit bilan kasallanish ayniqsa tez sur'atlar

bilan ko'payib borayapti. Yil sayin nospesifik o'pka kasalliklari bilan kasalxonaga yotqiziladigan bemorlar soni yurak-tomirlar va endokrin kasalliklar bilan shifoxonalarga yotqizilgan bemorlar sonidan birmuncha ortiq. Respublika bo'yicha 15-17 yoshli yigit - qizlar orasida nafas a'zolari kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlar, hazm a'zolari kasalliklari bilan xastalanganlarga nisbatan 2 barobar, qon aylanish tizimi kasalliklari bilan og'rikan bemorlarga nisbatan 6 barobar ko'p ro'yxatga olingan (Sh.U.Ismoilov). Nafas a'zolari kasalliklari natijasida mehnatga vaqtincha layoqatsizlik, ancha ko'p uchraydigan qon aylanishi a'zolari xastaliklaridagidan ko'ra yuqoridir.

Nafas a'zolari kasalliklari bo'yicha birlamchi nogironlik ham ancha ko'p.

Markaziy Osiyo respublikalarida nafas a'zolari kasalliklaridan kishilarning nobud bo'lishi, Ovro'po darajasidan o'rtacha 1,5-2 marta ortiqdir. Nafas a'zolari kasalliklari bo'yicha standartlangan o'lim koeffitsiyenti (SO'K) ayollarga nisbatan, erkaklarda 1,67 marta ortiq (Ovro'po bo'yicha bu ko'rsatkich o'rta hisobda 2,4 martaga teng). Markaziy Osiyo respublikalarida 1992-yildan boshlab nafas a'zolarining surunkali kasalliklari bronxit, emfizema va bronxial astma 65 foizga o'sgan (N.N. Brimkulov, 1999).

O'zbekistonda nafas a'zolari kasalliklarida ro'y beradigan o'lim ko'rsatkichi 16,1 foizni tashkil etib, yurak-tomir tizmasi kasalliklaridagi shunday ko'rsatkichdan keyin ikkinchi o'rinni egalladi. Yuqorida qayd etilgan ko'rsatkich Qoraqalpog'iston Respublikasi, Toshkent, Navoiy viloyatlarida va Toshkent shahrida boshqa viloyatlarga qaraganda ancha yuqoridir.

Shunga qaramay, shifoxonalardagi pulmonologik o'rinlar soni kardiologik o'rinlarga qaraganda birmuncha kamligicha qolmoqda. Bu pulmonologik bemorlarning ixtisoslashgan statsionarda davolanishga ehtiyoji ancha yuqori bo'lgandagi nomutanosib holdir. Pulmonolog vrachlar soni ham kardiologlar soniga qaraganda 4 marta kam. Shunga qaramay joylarda pulmonologlarni tayyorlash ishiga e'tibor o'z o'rnida emas. Respublikada pulmonolog vrachlarning yetishmasligi va umumiy amaliyotchi shifokorlarning ko'p hollarda pulmonologiya sohasidagi bilimlarining qoniqarli bo'lmaganligi sababli o'pka kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolashda ko'pgina xatoliklarga yo'l qo'yilmoqda. Ayniqsa, tashxisdagi bunday xatoliklar katta yoshdagi bemorlar orasida 30-35 foizni, bolalar orasida esa 40-50 foizni tashkil etadi. Obstruktiv sindrom va immun tanqisligi ustunlik qiladigan nafas a'zolari kasalliklarining og'ir, zo'rayib boradigan turlari muttasil ortib bormoqda, bu esa o'smirlar orasida nogironlik va o'limning ko'payishiga sabab bo'lmoqda.

Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish instituti, Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti pulmonologiya va klinik allergologiya kafedrasida xodimlari respublikamizning turli mintaqalarida nospesifik o'pka kasalliklari tarqalishini o'rganish maqsadida ancha yillardan buyon epidemiologik tekshirishlar o'tkazib kelmoqda. Bunda ixtisoslashgan rasmiy so'rovnomalar hamda zamonaviy uslub bo'yicha pulmonologik skrining usullardan foydalanib, tashqi nafas faoliyati, flyuorografiya va kerakli immunologik tekshiruvlar o'tkazildi (D.X.Mahmudova, Sh.U.Ismoilov, M.A.Yakimova, I.V.Liverko, Sh.M.Ahmedov).

O'tkazilgan tekshirishlar ilgari ro'yxatga olinmagan bronxial astmali bemorlarni aniqlash imkonini berdi. Bizning ma'lumotlarimizga binoan, O'zbekiston mintaqalarida nospesifik o'pka kasalliklarining tarqalishi turlicha. Masalan, ekologik sharoiti yomon, paxtachilik, chorvachilik va tamaki yetishtirish bilan shug'ullanuvchi hududlarda, Orol bo'yida va Toshkent shahrida ular eng ko'p tarqalgan. Surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bilan og'rish sanoat chiqindilari, tamaki va paxta changlari, havodagi gazlar va chekish singari omillar mavjud bo'lganda keskin oshib ketadi. Chunonchi, shaharda ishlab chiqarishning turli sohalarida band bo'lgan yosh va o'rta yoshdagi kishilarning surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bilan kasallanishi bo'yicha ma'lumotlar taqqoslab ko'rilganda, o'ta changli sharoitlarda ishlovchilar orasida surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bilan og'rishning 2,5 marta ko'p uchrashi, paxta changi bo'ladigan sharoitlarda ishlovchilar o'rtasida esa oddiy sharoitlarda ishlovchilarga nisbatan, 3,5 marta ko'pligi aniqlandi (Sh.U. Ismoilov, 1995).

Surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bilan dunyodagi boshqa mamlakatlarda asosan erkaklar xastalanganligi kuzatilsa, bizda mazkur jarayon ko'proq ayollarda kuzatilmoqda. Bu ayniqsa, paxtachilik, tamaki o'stiriladigan hududlarda va Orolbo'yi mintaqasida sezilarli darajada namoyon bo'lmoqda. Bunga yana ayollarning tez-tez homilador bo'lishi, tug'ishi va anemiyaga duchor bo'lishi sababli bo'lmoqda. Kamqon, kam quvvat onalardan tug'ilgan nosog'lom bolalar go'daklikdan o'tkir respirator kasalliklar, o'tkir bronxit va zotiljamga chalinuvchan bo'lishadi. Bolalik va o'smirlik davrlarida bu kasalliklarga tez-tez chalinib turish esa odatda surunkali nospesifik o'pka kasalliklarining ancha erta paydo bo'lishiga olib keladi. Qishloqlarda asosan ayollar va o'smir o'g'il-qizlar paxtachilik yoki tamaki o'stirishda qatnashishadi. Bunday sharoitda asosan ona va bolalar ko'pincha yuqorida qayd qilingan surunkali o'pka kasalliklariga chalinadilar.

Bu borada Orolbo'yi mintaqasi xususida alohida to'xtalib o'tish lozim. 60-80-yillarda paxta yetishtirishni ko'paytirish maqsadida Amudaryo va Sirdaryo suvlaridan foydalanish salmog'i ortib, Orol sathi keskin kamaydi,

natijada quriyotgan dengiz tubidan shamollar bilan ko'tarilayotgan toksik ta'sirga ega, chang-to'zonli bo'ronlar soni 4 hissaga ko'paydi. Mineral tuzlar va toksik moddalar yuqori dispers aerozollarining uzluksiz va davomli ta'sir qilishi va havo massasining suv bug'lari bilan juda kam to'yinishi oqibatida ushbu mintaqa aholisi orasida bronx-o'pka kasalliklari bilan kasallanish oshib ketdi. Jumladan, biz olgan ma'lumotlarga ko'ra, Orolbo'yi zonasida surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bilan kasallangan bemorlar soni, paxtachilik va sabzavotchilik tumanlaridagiga nisbatan ancha ko'p (M. T. Rustamova, 1996). Qolaversa, O'zbekistonda uzoq yillar davom etib kelgan «paxta hokimligi» ham o'z navbatida, yuqori paxta hosili olish uchun ko'p miqdorda pestitsid va boshqa zaharli moddalarning ishlatilishi bois o'tkir va surunkali nospesifik o'pka kasalliklarining ortib borishiga zamin hozirladi.

Hozirda Orol dengizi havzasida suv kamayib bormoqda, undagi tuz va yado-ximikatlar konsentratsiyalari quyuqlashmoqda. Bu zaharli moddalar juda keng tarqalib, ko'p yerlarni zaharlamoqda, hattoki bu changlar «Mirniy» stansiyasida ham topilgan. Demak, «Orol muammosi» faqat Markaziy Osiyo muammosi bo'lmay, butun dunyo muammosiga aylanib qoldi.

Darhaqiqat, bundan 1000 yil muqaddam ulug' allomamiz Abu Rayhon Beruniyning «Agar insonlar tabiatga nisbatan zo'ravonlik qilib, uning qonunlarini qo'pollik bilan buzsalar, bir kun kelib, tabiat ularning boshiga shunday kulfatlarni solishi mumkinki, buni hech qanday kuch qaytara olmas» degan fikrlari o'z tasdig'ini topmoqda.

Shuning uchun ham hozirgi kunda profilaktik chora-tadbirlar o'tkazish zaruriyati tug'ildi, chunki o'pkaning nospesifik kasalliklari rivojlanishiga bevosita yoki bilvosita sabab bo'ladigan omillarni bartaraf qilish kerak. Buning uchun avvalo har bir joyda aholi orasida ushbu kasalliklarga moyil bo'lgan guruhlarni aniqlash va kasbga doir ko'riklarni o'z vaqtida o'tkazib turish zarur. Bu tadbirlarni amalga oshirishda faqat tibbiyot xodimlari emas, balki davlat tuzilmalari ham qatnashishlari lozim. Atrof-muhitni imkon boricha sog'lomlashtirish, aholining mehnat va maishiy turmush-tarzini yaxshilash, sog'liqqa zarar beradigan omillarni bartaraf etish dardkor.

Respublika aholisiga pulmonologik yordam ko'rsatishni yanada takomillashtirish, nafas a'zolari kasalliklari bilan kasallanishni va o'limni kamaytirish bo'yicha maxsus milliy dastur asosida ilmiy va amaliy ishlar olib borish joiz.

1978-yilda bizning tashabbusimiz bilan Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti tarkibida, sobiq Ittifoqda birinchi bo'lib klinik pulmonologiya kafedrasini tashkil qilingan edi. Unda o'tgan davr ichida

klirik pulmonologiya bo'yicha MDHning turli mintaqalaridan va O'zbekiston viloyatlaridan kelgan 3000 nafardan ziyod tinglovchilar tahsil olishdi. Undan tashqari bu yerda ko'psonli klinik ordinator va yuksak ixtisosga ega amaliyotchi vrachlar tayyorlandi.

Pulmonologiya kafedrasini bilan bir qatorda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligining Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-tekshirish instituti ham, o'z navbatida pulmonologlar va ushbu soha funksional usullari bo'yicha mutaxassislar yetishtirib beradigan ilmiy-uslubiy markaz hisoblanadi.

Keyingi o'n yil ichida o'pkaning nospesifik kasalliklariga qarshi kurash yanada kuchaytirildi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligining Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish institutida 1988-1995-yillarda Respublika pulmonologiya markazi pulmonologik yordamni yaxshilash sohasida katta ishlarni amalga oshirdi. Chumonchi, Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutining klinik pulmonologiya kafedrasini rahbarligida birinchi shahar klinik kasalxonasida shahar pulmonologiya markazi ochildi.

1993-yilda qabul qilingan «O'zbekiston Respublikasi aholisiga pulmonologik yordam ko'rsatishni takomillashtirish to'g'risida»gi hujjat asosida pulmonologik xizmat ko'rsatish yo'rig'i ishlab chiqilgan. Sog'liqni saqlash vazirligining Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish instituti uning markaziy bo'g'imi hisoblanadi. Barcha viloyatlarda ixtisoslashgan pulmonologik bo'limlar ishlab turibdi, ular negizida viloyat pulmonologik markazlari tuzilgan, barcha viloyatlarda bosh pulmonologlar ushbu xizmatga taalluqli ishlarni olib bormoqdalar. Biroq viloyat pulmonologik markazlari hamon zamonaviy moddiy- texnika bazalarini yaxshilashga muhtoj ekanligidan ko'z yumib bo'lmaydi.

Pulmonologik xizmatni takomillashtirish borasida Markaziy Osiyo pulmonologlari Assotsiatsiyasi katta ishlarni amalga oshirmoqda. Jumladan, «Markaziy Osiyoda nafas a'zolari kasalliklarining profilaktikasi va ularning tarqalishini kamaytirish bo'yicha mintaqaviy dastur» ishlab chiqildi va 1997-yilda mintaqada pulmonologik xizmatni takomillashtirish bo'yicha Respublikalararo kengash o'tkazildi.

Hozirgi kunda O'zbekistonda bemorlarga pulmonologik yordamni tashkil qilishning nazariy asoslari ishlab chiqilmoqda. Ma'lumki, ixtisoslashgan tibbiy yordamning bosqichma-bosqichligi va izchilligi juda muhim jihatlardan sanaladi. Bosqichma-bosqich deganda tibbiy muassasalarning ambulatoriya, gospital va reabilitatsion strukturalarga bo'linishi tushuniladi. Tibbiy yordamning funksional vazifalari va tabiatidan kelib chiqib, har bir struktura bo'linmada tegishli diagnostik va davolash tizimlari barpo etiladi. Izchillik deganda turli yoshdagi

(bolalar, o'smirlar, katta va keksa yoshdagi kishilar) bemorlarga yordam ko'rsatishda ular to'g'risida albatta o'zaro tibbiy axborotlar almashish, davolash usullarini tanlash, bemorlarni kuzatib borish, konsultativ-diagnostik va kasalxona muassasalarining mutaxassislari ishlab chiqqan uzoq muddatli tavsiyanomalarni bajarish nazarda tutiladi.

Nafas a'zolari kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlarga ko'rsatiladigan ixtisoslashgan tibbiy yordam ikki turga bo'linadi, ya'ni bunda o'tkir kasalliklarni umumiy amaliyot vrachlari davolaydilar, uzoq muddat kuzatishni talab qiladigan, surunkali xastaliklari bo'lgan bemorlarni esa tegishli ixtisoslikka ega bo'lgan pulmonolog va allergologlar davolaydilar. Afsuski, O'zbekistonda pulmonologik bemorlarga bu xilda tibbiy yordam ko'rsatish masalasi hozircha to'liq va mukammal hal etilmagan.

Pulmonologik yordamni yanada yaxshilash uchun kelajakda surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bo'lgan bemorlarni hisobga olishni yaxshilash va ularga ambulator bosqichda ixtisoslashgan yordam ko'rsatish sifatini oshirish zarur. Buning uchun surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bo'lgan hamma bemorlarni poliklinikalarda va pulmonologik markazlarda to'la hisobga olish, Respublika markazida bemor xususidagi ma'lumotlarni yig'ish zarur; pulmonolog davolash rejasini tuzish yoki uni aniqlash uchun bemorlarni muntazam konsultatsiya qilib turish shart. Bemorlarni yiliga kamida 1 marta to'la-to'kis ko'rikdan o'tkazib, qon, balg'amlarni va tashqi nafas faoliyatini (TNF) tekshirish, buning uchun poliklinikalarda tekshiruvlar o'tkazishga sharoit, lozim bo'lgan imkoniyatlarni yaratish, ya'ni apparatura, mutaxassis xodimlar bilan ta'minlash kerak. Bronxial astmasi bor bemorlarda davolashni korreksiya qilish uchun kasallikning zo'rayish va remissiya davrlarida klinik monitoring va TNF o'tkazish, bemorlarni o'z-o'zini nazorat qilish, o'z ahvoliga baho bera olish va dardini to'g'ri tushinishga o'rgatish lozim. Davolash samaradorligini oshirish, remissiya muddatlarini uzaytirish, surunkali nospesifik o'pka kasalliklari tufayli nogiron bo'lib qolishni va o'limni kamaytirish, buning uchun bemorlarni bosqichma-bosqich kompleks davolash, reabilitatsiya qilish, shu maqsadda medikamentoz va nomedikamentoz davolashga zamonaviy yondoshishlarni yo'lga qo'yish lozim.

Surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bor bemorlarni izchil davolashda har bir bemorning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish kerak. Bunda ta'sirchan yangi dori-darmonlardan va ularni yuborishning turli usullaridan foydalanish zarur. Ko'rsatmalar bo'yicha naturpatik usullar – yengillashtiruvchi parhez terapiya, galoterapiya, magnit-lazer terapiya, igna bilan davolash, Su-Jok akupunktura, tog' iqlimida davolash

va hokazolarni qo'llash maqsadga muvofiqdir. Ayniqsa, bronxial astmali bemorlarning hayot faoliyatini yaxshilash uchun tegishli bilimlarga o'rgatish va shifokor bilan munosabatini mustahkamlash uchun Astma-markazlar va Astma-maktablar tarmog'ini kengaytirish kerak.

Pulmonologik xizmat uchun dori preparatlarini yetkazib beruvchi yetakchi farmatsevtik firmalar bilan aloqalar o'rnatish va ular bilan hamkorlikda ishlash, yangi dori preparatlarni klinik sinovlardan o'tkazish, ularning samaradorligi bo'yicha har tomonlama markazlashgan tadqiqotlar olib borish lozim. Respublika bo'yicha eng ta'sirchan dori preparatlarga bo'lgan ehtiyojni hisob-kitob qilish, ayniqsa ularning hayotiy muhim turlarini maqsadli xarid qilishni puxta o'rganish lozim. Firmalar bilan hamkorlikda pulmonologlar, terapevtlar, pediatrlar, ftiziatrlar uchun Respublika pulmonologik markazi va uning viloyatlardagi bo'limlari bazasida surunkali nospesifik o'pka kasalliklari tashxisi, profilaktikasi va davolanishiga doir o'quv seminarlarini o'tkazib turish maqsadga muvofiqdir.

Nafas a'zolari kasalliklari profilaktikasi va davolanishi masalalari bo'yicha sanitariya maorifi ishlarini Ommaviy Axborot Vositalari orqali targ'ib qilish, ma'ruzalar va suhbatlar tarzida olib borish kerak. Bu tadbirlarni yetakchi pulmonolog olimlar korxonada, mahalla, maktab va oliy o'quv yurtlarida ham olib borishlari, slaydlar, videofilmlarni namoyish qilishlari maqsadga muvofiq. Nafas a'zolarining ko'p uchraydigan kasalliklari bo'yicha aholiga ommabop va qiziqarli yozilgan risolalar nashrini yo'lga qo'yish, davriy nashrlarda pulmonologik masalalarga bag'ishlangan maqolalar chop etish, maktablar, litsey va kollejlarda pulmonologiyaga doir o'quv dasturlarini joriy etish zarur. Xususan, tamaki chekishga qarshi dasturlar yaratish, surunkali nospesifik o'pka kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun ishonch telefonlari tashkil etish ham samarali natijalar beradi.

TASHQINAFAS A'ZOLARINI FUNKSIONAL TEKSHIRISH USULLARI

So'nggi yillarda butun jahonda, xususan sanoati rivojlangan mamlakatlarda, surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari (SOO'K) ko'payib borayotganligi munosabati bilan bu muammo amaliy va ijtimoiy jihatdan tobora katta ahamiyatga ega bo'lib bormoqda*.

SOO'K degan ibora yig'ma tushuncha bo'lib, nafas sistemasining bir guruh surunkali kasalliklarini, jumladan, surunkali obstruktiv bronxit (SOB), o'pka emfizemasi (O'E), og'ir o'tadigan bronxial astma kabilarni o'z ichiga oladi. Mazkur tushuncha tarkibiga AQSH va ayrim Ovro'po

* SOO'K ka doir xalqaro kelishuvlar (1995), «Federal dastur» (Moskva-1999)

olimlari fikricha, mukovissidoz (MV), obliteratsiyalovchi bronxiolit (OB) va bronxoektaz kasalliklari (BEK) ham kiritiladi (A.G.Chuchalin, 1999¹).

Aslida bu atama inglizcha «Chronic obstructive pulmonari disease» soʻzlarining COPD qisqartirmasidan olingan boʻlib, oʻzbekchada SOOʻK degan atamani qabul qilsa boʻladi.

Shuni aytib oʻtish kerakki, SOOʻK qanchalik ogʻir kechishidan qatʻi nazar, nafas yoʻllarining asosan distal qismini zararlantiradigan surunkali yalligʻlanish jarayoni bilan namoyon boʻladi.

SOOʻK ning asosiy klinik belgilari har xil darajada ifodalangan yoʻtal, hansirash va balgʻam ajratish kabilarda namoyon boʻladi.

Tashqi nafas funksiyasi obstruksiya tufayli oʻpkada havo almashinuvining izdan chiqishi va oʻpkada gazlar almashinuvi funksiyasining asta-sekin yomonlashib borishi bilan izohlanadi, oʻpkada havo almashinuvining izdan chiqishi, nafas yoʻllarida qarshilik kuchayib borishi, nafas chiqarish tezligining tobora pasayib borishi bilan namoyon boʻladiki, bu nafas yoʻllari obstruksiyasining tabiatan qaytmas boʻlib qolganini koʻrsatadi.

Yuqorida keltirilgan maʼlumotlar diagnozni oʻz vaqtida va toʻgʻri qoʻyish uchun, aniq maqsadga qaratilgan tekshirishlarni keng doirada oʻtkazishni qatʻiy ravishda zarur qilib qoʻyadi. Shu bilan birga, bronxo-oʻpka kasalligi bilan ogʻrigan bemorni tekshirish ishi, patologik oʻzgarishlar, funksional diagnostikasini oʻtkazmasdan turib kasallikning avj olib borish jarayonida yuzaga keladigan moslashtiruvchi kompensator reaksiyalarni aniqlab olmasdan turib oʻtkaziladigan boʻlsa, olingan hamma maʼlumotlar noaniq boʻlib qoladi. Modomiki shunday ekan, funksional diagnostika masalalarini oʻrganib bilib olish har bir vrach uchun zarur deb oʻylaymiz. Bu masalalarni bilib olgan vrach diagnozni oʻz vaqtida aniqlash, bemorga toʻgʻri davo buyurish va qilinayotgan davoning qanday natija berayotganini mudom kuzatib borish uchun tashqi nafas funksiyasini tekshirish metodlaridan oʻzining amaliy ishida bimalol foydalanadigan boʻladi.

Shuni ham aytib oʻtish kerakki, surunkali obstruktiv oʻpka kasalliklariga qarshi ishlatiladigan dori-darmonlar koʻp boʻlishiga qaramay, hozirgi vaqtda bu xastalikni batamom tuzatib, bemorni darddan xalos qilib yuborish mumkin emas. Lekin shu kasalliklarning simptomlarini nazorat qilib borsa boʻladi va nazorat qilib borish ham kerak. Buning uchun diagnoz aniq boʻlishi va nafas yoʻllarining obstruksiyasi qilinayotgan davo taʼsirida qanday oʻzgarib borayotganini doim kuzatib borish kerak.

Faqatgina simptomlarning oʻzigagina asoslanib turib, bronxlar obstruksiyasiga baho berish qiyinligini amaliyot vrachlari yaxshi bilishadi.

Amaliyotdan ma'lumki, bemorlarning qiladigan shikoyatlari, ayniqsa, kasallik og'ir o'tayotgan va ko'pdan beri davom etib kelayotgan mahallarda, obstruksiya darajasiga hamisha ham to'g'ri kelavermaydi. Tashqi nafas funksiyasini tekshirib, o'lchab ko'rishgina, bronxlar obstruksiyasi darajasini va buning qay tariqa o'zgarib borayotganini xolisona to'g'ri baholash imkonini beradi.

Shuning uchun tashqi nafas a'zolarining faoliyatini yaxshi bilish va uni kasallik klinikasi bilan to'g'ri taqqoslay bilish amaliyotchi vrachlar uchun katta ahamiyatga egadir.

Tashqi nafas ko'rsatkichlari asosan tashqi havo – alveolyar havo bosqichlaridagi nafasni ta'riflab berib, ular quyidagilardan iborat:

1. Nafas soni – NS (CHD – chastota dixaniya).
2. Nafas hajmi – NH (DO – dixatelniy obyom).
3. Minutlik nafas hajmi – MNH (MOD – minutniy obyom dixaniya).

Rezerv hajmi (nafas olish va nafas chiqarish rezerv hajmi) – *RHol*, *RHchiq*) (*ROvd* – rezervnoy obyom vdoxa, *ROvid* – rezervniy obyom vidoxa).

4. O'pkaning hayotiy sig'imi – O'HS (JEL – jiznennaya yemkost legkix).

5. Maksimal o'pka ventilyatsiyasi – MO'V (MVL – maksimalnaya ventilyatsiya legkix).

6. Nafas rezervi – NR (RD – rezerv dixaniya).

7. O'pkaning jadallashgan hayotiy sig'imi – O'JHS (FJEL – forsirovannaya jiznennaya yemkost legkogo).

8. Tiffno indeksi – $JNH_1/O'HS$ (Indeks Tiffno OFV_1/JEL) – $JNH_1 - 1$ sekundda jadal chiqarilgan nafas hajmi (OFV_1 – obyom forsirovannogo vidoxa v 1 sek., FEV_1 – Forced respiration volume per second).

9. Alveolyar havo – o'pka kapillyarlari qoni bosqichida sodir bo'ladigan gaz almashinuvi ko'rsatkichlari – minutlik kislorod yutilishi - MKYU (MPK – minutnoye poglosheniye kisloroda), kisloroddan foydalanish koeffitsiyenti - KFK (KIK – koeffitsiyent ispolzovaniya kisloroda).

O'pka hajmlari va sig'implari

1. Nafas hajmi (NH) – odam tinch holda nafas olayotgan mahalda olinadigan va chiqariladigan havo hajmi (DO – dixatelniy obyom).

2. *RHol* – olinadigan rezerv nafas hajmi – tinch holda nafas olingandan keyin yana qo'shimcha ravishda olish mumkin bo'lgan eng ko'p havo hajmi (*ROvd* – rezervniy obyom vdoxa).

3. *RHchiq* - chiqariladigan rezerv nafas hajmi – tinch holda nafas chiqarilganidan keyin yana qo'shimcha ravishda chiqarish mumkin bo'lgan eng ko'p havo hajmi (*ROvid* – rezervniy obyom vidoxa).

4. O'QH – o'pkaning qoldiq hajmi – mumkin qadar chuqur nafas chiqarilgandan keyin o'pkada qoladigan hajm (OOL – ostatochniy obyom legkix).

5. O'HS – o'pkaning hayotiy sig'imi (JEL – jiznennaya yemkost legkix) – NH, RHol va RHchIQ ning yig'indisi – mumkin qadar chuqur nafas olingandan keyin chiqarish mumkin bo'lgan eng ko'p havo hajmi.

6. FQS – funksional qoldiq sig'im (odam tinch holda nafas chiqarganidan keyin o'pkada qoladigan havo hajmi) (RHchIQ bilan O'QHning yig'indisi).

7. O'US – o'pkaning umumiy sig'imi – O'HS bilan O'QHning yig'indisi, juda chuqur nafas olingan mahalda o'pka o'ziga jo qila oladigan eng katta hajm.

8. NH, RHol, RHchIQ va O'HS ko'rsatkichlari bevosita spirografiya yo'li bilan tegishli harakatlarni bajarib aniqlanadi.

9. FQS ni aniqlash va O'QH bilan O'USni hisoblab topish uchun maxsus usullardan foydalanish zarur bo'ladi.

O'pka ventilyatsiyasi ko'rsatkichlari

O'pka ventilyatsiyasi ko'rsatkichlari vaqt birligida o'pkaga kiruvchi va o'pkadan chiquvchi gazlar miqdori bilan tavsiflanadi.

1. NS – nafas soni - tinch holda nafas olinayotgan mahalda minutdagi nafas harakatlarining soni.

2. MNH – minutlik nafas hajmi – odam tinch holatda nafas olayotgan mahalda bir minutda o'pkaga kiradigan va undan chiqadigan umumiy havo hajmi. Odam tinch turgan paytda MNH odatda minutiga 6 - 8 l ni tashkil qiladi. MNH – nihoyatda ko'p o'zgaruvchan miqdor bo'lib, uni baholash ancha qiyin.

3. AMV – alveolalarning minutlik ventilyatsiyasi (MAV – minutnaya alveolyarnaya ventilyatsiya) – odam tinch holatda nafas olib turgan mahalda alveolalarda bir daqiqa davomida almashinadigan gazlar miqdori. Nafasga olinadigan havoning hammasi ham alveolalarga yetib boravermaydi, uning taxminan uchdan bir qismi gazlar almashinuvida bevosita ishtirok etmaydi va funksional o'lik bo'shliq (FO'B) hajmini tashkil etadi. AMV miqdori metabolism darajasiga bog'liq. Alveolalarning gipo va giperventilyatsiyasi degan tushunchalar bor. Ravshanki,

$$AMV = (NH - FO'B) \square NS = MNH - FO'B \square NS.$$

Bundan MNH birdek bo'lib turganida AMV har xil bo'lishi mumkinligi ko'rinib turibdi. Odam chuqur-chuqur va siyrak nafas olayotgan mahalda

MNH birdek bo'lib turganida ham, AMV miqdori yuza va tez-tez nafas olish mahalidagidan ko'ra katta bo'ladi, chunki bunda o'lik bo'shliq ventilyatsiyasi kuchayadi. Ravshanki, umumiy giperventilyatsiya mahalida alveolalarda gipoventilyatsiya bo'lishi mumkin, nafas yetishmovchiligi paytida ko'pincha ana shunday holat kuzatiladi.

4. O'JHS (FVC) – o'pkaning jadallashgan hayotiy sig'imi (FJEL – forsirovannaya jiznennaya yemkost legkix) – spirografik tekshiruvning asosiy ko'rsatkichlaridan biri. Xuddi O'HS ni tekshirishda qilinganidek, mumkin qadar chuqur nafas olib, mumkin qadar chuqur nafas chiqarish talab etiladi, lekin O'HSni tekshirishdagidan farq qilib bu o'rinda nafas mumkin qadar katta tezlik bilan chiqariladi.

O'pka obstruktiv kasalliklarida o'pkaning mexanik xususiyatlari bir xil tarzda bo'lmaydi. O'pkaning turli qismlaridan gaz har xil tezlik bilan chiqariladigan bo'lib qoladi. Gaz chiqarishning tezligi havo yo'llarining o'tkazuvchanligiga bog'liq bo'lgani uchun mana shu sinama birinchi navbatda obstruktiv o'zgarishlar bor-yo'qligini bilib olishga imkon beradi. O'JHS egri chizig'ini olish uchun bir talay ko'rsatkichlardan foydalanish taklif etilgan, ammo JNH_1 (FEV_1) va MXT_{25-75} (FEF_{25-75}) lar ularning asosiy laridir.

JNH_1 (FEV_1) – O'JHS ni tekshirish mahalida bir sekund ichida jadal chiqarilgan nafas hajmini ifodalaydi. Bu o'pka ventilyatsion funksiyasini aks ettiradigan asosiy ko'rsatkichlarning biri. Obstruktiv o'zgarishlar bo'lganida jadal nafas chiqarish susayib qolishi hisobiga, restriksiya mahalida esa barcha o'pka hajmlarining kamayishi hisobiga bu ko'rsatkich pasayadi. JNH_1 (FEV_1) miqdori normal yoki sezilmas darajada kamaygan bo'lishi mumkin.

Odatda, Tiffno indeksi (ko'rsatkichi) hisob qilib chiqiladi. Obstruktiv sindromda bu ko'rsatkich kamayadi, chunki O'HS arzimas darajada kamaygan holda nafas chiqarish tezligi sekinlashadi. Restriktiv sindromda barcha o'pka hajmlarining mutanosib kamayishi hisobiga Tiffno indeksi o'zgarmaydi yoki hatto kattalashadi.

JNH_1 (FEV_1) asosan nafas chiqarishning boshi va o'rta qismida chiqayotgan havo tezligini aks ettiradi va nafas chiqarishning oxiridagi tezlikka bog'liq bo'lmaydi. Shu munosabat bilan jadal nafas chiqarishning o'rta qismidagi o'rtacha hajmiy tezlikni ifodalovchi MHT_{25-75} (FEF_{25-75}) ko'rsatkichi tahlil qilinadi. Bu ko'rsatkich mayda bronxlarning o'tkazuvchanligini ko'proq xolislik bilan aks ettirib beradi.

Keltirib o'tilgan shu ko'rsatkichlarga baho berib, ventilyatsiya izdan chiqishining uch xil turini – ventilyatsiyaning obstruktiv, restriktiv va aralash turlarining buzilishini kuzatish mumkin.

Obstruktiv tur – bronxospazm mahalida, bronxlar sekret bilan qisman tiqilib qolganida, shilliq pardalar shishgan paytlarda kuzatiladi. Ventilyatsiya buzilishining bu xili bronxial astma, surunkali obstruktiv bronxit bilan og‘rigan, bronxospastik o‘zgarishlar bilan o‘tuvchi pnevmoniyaga uchragan bemorlarda kuzatiladi. Bunday holatlarning hammasi uchun bronxlar o‘tkazuvchanligining buzilishi xarakterlidir, bunda o‘pkaning nafas sathi saqlanib, ayni vaqtda FQH, JNH, MHT²⁵⁻⁷⁵, (FEV₁, FEF₂₅₋₇₅) Tiffno indeksi kamayadi. O‘pka ventilyatsiyasi ko‘rsatkichlari xususiga kelganda NH ortishi, NS va KFK kamayishi hisobiga MNHning ko‘payishi xarakterli bo‘lib, o‘pka hajm ko‘rsatkichlari me‘yor doirasida qolaveradi yoki arzimmas darajada kamaygan bo‘ladi.

Restriktiv tur (cheklovchi xili) – aksari pnevmoskleroz, o‘tkir pnevmoniya, o‘pka emfizemasi bilan og‘rigan, ya‘ni o‘pka parenximasida o‘zgarishlar yuzaga kelishi va ko‘krak qafasini cho‘zuvchi kuchlar o‘zgarishi bilan o‘tuvchi kasalliklarga uchragan bemorlarda kuzatiladi. Bu holda O‘HS, RHol ko‘rsatkichlari ancha kamayadi, bronxlar o‘tkazuvchanligi esa deyarli o‘zgarmay qoladi, MNH, NS ortadi, KFK va RHchiq kamayadi.

Aralash tur – tashqi nafasga doir barcha ko‘rsatkichlarning o‘zgarishi bilan xarakterlanadi, bunda bronxial apparatda obstruktiv va restriktiv jarayonlar yuzaga keladi. Yuqorida qayd etilgan kasalliklarning hammasi o‘pka ventilyatsiyasining aralash turdagi buzilishi bilan o‘tishi mumkin.

O‘pka ventilyatsiyasi funksiyasini tekshirish uchun bir nechta shart-sharoitlar tavsiya etiladi:

1) asosiy modda almashinuv sharoitlari (tekshirish ertalab, nahorda o‘tkaziladi, tekshirishdan oldin bemor kamida 1 soat davomida yotgan holatda bo‘lishi, tekshirish alohida xonada o‘tkazilishi, yorug‘lik xiraroq, havo harorati 18-20°C atrofida bo‘lishi lozim; bemorni muolaja bilan oldindan tanishtirish, unga dori berishni tekshirishdan 12-24 soat oldin to‘xtatib qo‘yish kerak; bemor tekshirishdan oldin – 2-3 kun davomida oqsil miqdori cheklangan ovqatlar bilan ovqatlanishi lozim);

2) nisbatan tinchlik xususidagi sharoitlar (ertalabki va kunduzgi soatlar; nahorga yoki yengilgina nonushtadan keyin 2 soat o‘tkazib turib; 15 minut o‘tirib dam olish; beriladigan dorilar tekshirishning xiliga qarab cheklanadi).

Funksional tekshirishlarning vazifasi bronxlar o‘tkazuvchanligidagi o‘zgarishlar xilini aniq bilib olish (differensial diagnostika o‘tkazish), xastalikning klinik ko‘rinishlari rosmana avj olmasidan turib, uni barvaqt aniqlab olish, qilinayotgan davoning nechog‘li naf berayotganini baholash va patogenetik davoni asoslashdan iboratdir. Klinika amaliyoti va

tekshirish ishlarida o'pka hajmlari va jaddallik bilan o'pkaga kirib undan chiqib turadigan havo oqimlarini o'lchash usullari quyidagi hollarda qo'llaniladi:

- o'pka xastaligi bor deb taxmin qilingan yoki shunday xastalik borligi aniqlangan kishilarda diagnozni aniqlash uchun;

- o'pka kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashda allergenlar eliminatsiyasi darajasini, dori-darmonlar bilan qilinayotgan davoning samaradorligini monitorlash uchun;

- respirator o'zgarishlarning og'irlik darajasiga asoslanib turib, oqibat qanday bo'lishini oldindan aniqlash uchun;

- nafas yetishmovchiligini baholash uchun;

- aholi orasida respirator tizim holatini skrining monitoringi uchun.

Bu masalalar o'pka ventilyatsiyasini tekshirishning spirografiya va pnevmotaxografiya singari keng tarqalgan metodlari yordamida, shuningdek nafas va o'pkada gazlar almashinuvi mexanikasini tekshirishga imkon beradigan birmuncha murakkab metodlar yordamida hal qilinadi.

Bronx-o'pka a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda quyidagi oddiy amaliyotda ishlatiladigan metodlar qo'llaniladi:

Gench-Shtange sinamasi. Bu nafas olish va nafas chiqarish vaqtida nafasni to'xtatib turish mumkin bo'lgan eng ko'p vaqtni o'lchashdir. Nafas olinganda nafasni to'xtatib turish vaqti me'yorda ≈ 40 sekundni tashkil etsa, nafas chiqarishda ≈ 30 sekundni tashkil etadi. Nafasni to'xtatib turish vaqtining, xoh nafas olish paytida bo'lsin, xoh nafas chiqarish paytida bo'lsin qisqarishi nafas yo'llarida xastalik borligidan darak beradi.

Spirometriya – o'pkadan chiqariladigan havo hajmini o'lchash metodidir. Bu tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarini tahlil qilishning eng qadimgi va hammaga ma'lum bo'lgan usulidir, uning natijalariga qarab SOO'K (bronxit, astma, o'pka emfizemasi) bor-yo'qligini bilib olish mumkin. Ushbu usul respirator funksiyasini tekshirishda qo'yiladigan dastlabki qadamlardan biridir. Shunday tekshirishni o'tkazish uchun suv va quruq havo spirometrlaridan foydalaniladi. Tekshirish mahalida bemor chuqur nafas oladi-da, mundshtukni og'ziga solib, spirometrga butun havoni puflab chiqaradi, bunda nafasdan chiqarilgan havo miqdori litrlar hisobida spirometr shkalasidan ko'rinib turadi. Tekshirishni uch karra takrorlash o'rinlidir, bunda eng yaxshi ko'rsatkich hisobga olinadi. Spirometriyani har qanday sharoitda o'tkazish va NH, O'JHS ni aniqlash mumkin. O'HS odatda 2500-5000 ml ni tashkil etadi va kishining yoshi, tanasining og'irligi hamda jinsiga bog'liq bo'ladi.

Spirometriya yordamida quyidagi ko'rsatkichlar tekshiriladi:

- 1) o'pka hajmlari va sig'imlari;
- 2) o'pka ventilyatsiyasi ko'rsatkichlari.

Spirografik ko'rsatkichlarni baholash

Spirografik ko'rsatkichlarni baholash ularni risoladagidek miqdorlar bilan solishtirib ko'rishni ko'zda tutadi. Risoladagidek ko'rsatkich miqdori ma'lum bir vazn va jinsdagi sog'lom odamga tegishli bo'lgan miqdorni aks ettiradi. Bu miqdorlar katta bir guruh sog'lom odamlarni tekshirish yo'li bilan olingan bo'ladi. Har bir kasalda uning qancha bo'lishi kerakligi o'sha kasalning jinsi, yoshi va bo'y-bastini hisobga olgan holda maxsus formulalar yoki jadvallardan foydalanib topiladi. Barcha spirografik ko'rsatkichlar haqiqatda olingan miqdorlarni risoladagidek deb qabul qilingan miqdorlarga solishtirib ko'rish natijalariga asoslanib talqin qilinadi (haqiqatda olingan miqdorning risoladagidek miqdorga bo'lgan foiz nisbati hisoblab chiqiladi). Jadallashgan nafas chiqarishni qayd qilish eng oson va qulay usul hisoblanadi. Bunda jadallashgan nafas chiqarish egri chizig'ining turli pog'onalaridagi (25%, 50%, 75%) eng katta hajmiy tezlik hisoblab chiqiladi (FEF-25%, FEF-50%, FEF-75%). O'rtacha hajmiy tezlik (O'HT) ko'rsatkichlarini hisoblashda dastlabki 200 ml hajm hisobga olinmaydi, chunki bu odam lablarining orqasi va yuz qismiga to'g'ri keladigan havo hajmidir. So'ngra keltirilgan usulga ko'ra, 0,5 sekunddagi jadallashgan nafas chiqarish hajmi, nafas chiqarishning 25% dan 75% gacha bo'lgan o'rtacha hajmiy tezlik ($O'HT_{25-75}$) va nafas chiqarishning 75% do 85% gacha bo'lgan uchinchi choragidagi hajmiy tezlik ($O'HT_{75-85}$) aniqlanadi.

Ko'rsatkichlarni talqin qilishda nafas chiqarishning boshida o'pkadan chiqib keladigan havo oqimining ko'pi bilan qancha bo'lishi muskullarning qancha kuch ko'rsatishiga bog'liq ekanligi hisobga olinadi. Nafas chiqarish davom eta borar ekan, plevral bosim ortib borib, nafas yo'llarini toraytiradi va ulardan o'tadigan havo harakatini cheklab qo'yadi. Egri chiziqning boshlang'ich qismi traxeya va yirik bronxlarning holatiga bog'liq bo'ladi (FEF_{25}). FEF_{50} o'rtacha bronxlar va FEF_{75} mayda bronxlar o'tkazuvchanligini ko'rsatadi. Obstruksiyaning eng ilk pallalarini aniqlab, ko'rsatib beradigan eng sezgir spirografik ko'rsatkich JNH_1 (FEV_1)dir. Bu shunga bog'liqlik, jadallashgan nafas chiqarish oqimining andek susayib qolishi ham (FEV_1) egri chizig'ida aks etadi, xolbuki boshqa spirografik ko'rsatkichlar bu o'zgarishlarni ifoda qilolmaydi.

Pnevmetaxometriya. O'pka ventilyatsiyasiga har tomonlama baho berishda havo yo'llarining o'tkazuvchanligini pnevmetaxometriya metodi

bilan tekshirib ko'rish katta ahamiyatga ega. Bu metod jadallashgan nafas olish va chiqarish vaqtida bronxial daraxt ko'ndalang qismi orqali bir sekund ichida o'tadigan havo sarfini litrlar hisobida aniqlashga imkon beradi. Bu tekshirish PT-1, PT-2 rusumli pnevмотaxometr asboblari yordamida o'tkaziladi.

Ishni boshlashdan avval asbobni tekshirib ko'rish va ko'rsatkichini nolga qo'yish kerak. Tekshiriladigan odam chuqur nafas olib (yoki chiqarib), nafas naychasini og'ziga yaqinlashtiradi-da, imkoni boricha tez nafas olib, havo oqimini tez nafas naychasiga yo'naltiradi. Asbob ko'rsatkichining og'ishiga qarab, bronxlar sistemasidan o'tayotgan havo tezligi bilib olinadi. Me'yorda asbob ko'rsakichlari 4,0 – 8,0 l/s atrofida bo'ladi (erkaklarda – 6-8, ayollarda esa – 4-6 l/s). Nafas chiqarishning haqiqiy quvvatini 1,2 soniga ko'paytirilgan O'HS miqdoridan chiqariladigan risoladagi miqdorga nisbatan foizlar ko'rinishida ifodalash kerak. Bu foiz kamida 85 bo'lishi lozim. Bundan tashqari, nafas chiqarish kuchining nafas olishga bo'lgan nisbatini hisoblab chiqish zarur. Sog'lom odamlarda nafas chiqarish quvvati nafas olish quvvatidan ortiq bo'ladi. Mana shu nisbatning 0,99 dan past bo'lib chiqishi bronxlar o'tkazuvchanligining sust ifodalangan ilk o'zgarishlarini aniqlab olishga imkon beradi. Pnevмотaxometriya ko'rsatkichlarining 85% dan past bo'lishi bronxlar o'tkazuvchanligining yomonlashib qolganidan darak beradi.

Bronx-o'pka sistemasida obstruktiv jarayonlar bo'lganida (bronxospazm, mayda bronxlar kollapsi paytida, shish kelib, yallig'lanish boshlangan mahalda, bronxlarda patologik ajralmalar to'planib qolgan, traxeya kollapsi boshlangan va boshqa vaqtlarda) ko'rsatkichlar ayniqsa, keskin o'zgaradi.

Pnevмотaxografiya (PTG) – odam tinch nafas olib turgan va ma'lum harakatlarni bajarayotgan mahalda havo harakatining hajmiy tezligini grafik yo'l bilan qayd qilish metodidir. U hozir o'pka ventilyatsion funksiyasini tekshirish uchun eng ko'p qo'llaniladigan metodlardan biri. Ushbu metodning ko'p ishlatilishiga sabab shuki, bunda tekshiriladigan ko'rsatkichlarni osongina va to'g'ri qayd qilish, takrorlab ko'rish mumkin. Muhimi shu metod yordamida avvalo bronxlar obstruksiyasi sindromini baholash uchun ko'pgina axborot beradigan natijalarni olsa bo'ladi.

Metod shu jihatdan ham qulayki, tekshiriladigan odam naycha orqali ochiq kontur doirasida nafas oladi va nafas olish uchun amalda hech bir qiyinchilik sezmaydi. Pnevмотaxografning o'lchovchi qismi modulyatordan iborat bo'lib, u naychanning boshi va oxiridagi bosim farqini, turbinchanning aylanish tezligini, naychanning uchlaridagi havo haroratining farqlarini va boshqalarni qayd qilib borishi mumkin (Fleysh naychasi).

Odam tinchgina nafas olib turganida qayd qilingan pnevmotaxogramma spirogrammaning birinchi xulosasidir. Pnevmetaxogrammada nafas siklining vaqt mobaynida o'zgarib turadigan ko'rsatkichlarini, nafas chiqarish va nafas olishning eng katta, ya'ni oxirgi tezliklarini, shu nafas fazalarining o'rtacha tezliklarini spirogrammadagidan ko'ra aniqroq, yaqqolroq qilib baholash mumkin. Shunday qilib, tinch holatdagi nafas patterning (modeli) ko'rsatkichlarini oson aniqlab olsa bo'ladi.

Jadallashgan nafas chiqarish pnevmotaxogrammasi ko'krak ichki bosimi ko'tarilgan hollarda ancha ko'rgazmali bo'lib, ko'proq axborot beradi va shunga ko'ra obstruktiv o'zgarishlar yaxshiroq aniqlanadi. Shunday qilib, O'JHS sinamasi o'tkaziladi va natijalar «oqim - hajm» («potok-obyom») koordinatalarida namoyish etiladi. Avtomat pnevmoanalizatorlardan foydalanish ko'p sondagi «oqim - hajm» qovuzlog'i ko'rsatkichlarini aniqlab olishga imkon beradi. Biroq, O'JHS nafas chiqarishning 25, 50, 75 foiz doirasida bo'ladi.

Oqimlar ko'rsatkichlari va nafas chiqarishning oxirgi tezligidan ko'proq foydalaniladi. Mana shu ko'rsatkichlar yirik, o'rtacha va mayda bronxlar doirasidagi o'tkazuvchanlikni baholash uchun imkon beradi.

Surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari diagnostikasida so'nggi yillarda pikfloumetriya hammadan ko'ra muhim deb hisoblanadi. Ixcham va nisbatan arzon turadigan pikfloumetrlar nafas organlari diagnostikasini har bir umumiy amaliyot shifokorining kundalik ishigagina emas, balki bronxial astma bilan og'rigan har qaysi bemorning hayotiga ham joriy etishga imkon berdi.

Pikfloumetriya – pikfloumetr degan maxsus asboblardan yordamida nafas chiqarishning avjiiy tezligini (PEF) o'lchashdan iborat bo'lib, o'pka funksiyasini, jumladan havo yo'llarining nechog'lik torayganini obyektiv ravishda, xolisona baholashga imkon beradi (1-rasm).

Nafas chiqarishning avjiiy tezligi (PEF) chuqur nafas olingandan keyin jadallik bilan chiqarilgan nafasning eng katta, yuqori tezligidir. Shu tezlikni o'lchash yo'li bilan bronxlarning o'tkazuvchanligi xususida fikr yuritish mumkin.

Jahonda ko'pgina firmalar har xil turdagi pikfloumetrlarni ishlab chiqaradi: Clement Clark (Angliya), Ferzaris (Angliya), Vitalograph (Angliya), Erich Jaeger (Germaniya) firmalari shular jumlasidandir. Erich Jaeger firmasining pikfloumetrlari ayniqsa, ko'p ishlatiladi.

So'nggi yillarda elektron pikfloumetrlar paydo bo'ldi. Ularning kattagina hajmdagi xotirasi bor, shunga ko'ra ular bir necha oy ichidagi PEF o'zgarishlarni eslab qolishi mumkin. Lekin elektron pikfloumetrlar ancha qimmat turadigan va ma'lumotlarni tahlil qilish uchun ma'lum programmali kompyuterlar bo'lishini talab qilgani uchun, hozircha ulardan keng foydalanishning imkoniyati kam (2-rasm).

Pikfloumetriya texnikasini bekamu-ko'st va to'g'ri bajarish juda muhim shart ekanligini aytib o'tish kerak.

PEF ni 5 yoshdan katta bemorlar o'ldashlari mumkin. PEF ning qiymatlari bemorning harakatlariga bog'liq, shuning uchun pikfloumetriya texnikasini bemorga yaxshilab tushuntirib berish zarur.

1. To'g'ri natija olish uchun pikfloumetrni tik turgan yoki o'tirgan holda ishlatish kerak. Bunda asbobning ko'rsatkichi dastlabki holatga keltirib qo'yiladi. Tekshiriladigan odam pikfloumetrni qo'lga olib tanasiga gorizontol holda ushlashi va imkoni boricha chuqur nafas olishi kerak.

2. Mundshtugini tezgina va kuch bilan lablari orasida mahkam qisib, imkoni boricha shiddat bilan nafas chiqariladi.

3. Sinama uch karra takrorlanadi va eng katta natija hisobga olinadi.

O'ldashda olingan qiymatlarini oddiy raqamlar ko'rinishida yozib olish mumkin, lekin havo oqimi tezliklarini «o'z-o'zini tekshirish kundaligi» ga grafik ko'rinishda yozib borilsa ancha qulay va yaqqolroq bo'ladi. PEF o'zgarishlari grafigi bir nechta ko'rsatkichlar bo'yicha baholanadi: grafikning shakliga ko'z bilan chamalab baho beriladi, PEF ning katta qiymatlari va kecha-kunduz davomidagi o'zgarishlar hisoblab ko'riladi. PEF ning kunlik o'zgarishi (ertalabki qiymati bilan kechki qiymatining farqi) diagnostik jihatdan muhim belgi hisoblanadi. Normal grafik deyarli to'g'ri, ko'rsatkichlari kamida 20 foiz o'zgaradigan bo'lishi kerak.

Muayyan bir kishida obstruksiyaga aloqador ventilyatsiya o'zgarishlari bor-yo'qligini topish uchun PEF miqdori bilib olinadi-da, shunga qarab obstruktiv o'zgarishlarning darajasi aniqlanadi. PEF ning risoladagi miqdorlari – katta guruhdagi sog'lom odamlarni tekshirishda olingan ma'lumotlarga asoslanib, hisoblab chiqilgan o'rtacha qiymatlardir. PEF miqdori minutiga litrlar hisobida o'pkadan chiqariladigan havo hajmi bilan ifodalanadi. PEF miqdori odamning yoshiga qarab o'zgarib borishini ta'kidlab o'tish kerak, ya'ni odamning yetuk yoshida u hammadan katta bo'lsa, keksalik yoshiga kelib ancha kamayadi. Asteyniklarda PEF pikniklarga nisbatan kattaroq, erkaklarda ayollarga qaraganda ko'proq bo'ladi. Shunday qilib, PEF ning kerakli, ya'ni risoladagidek hisob qilinadigan miqdori odamning yoshi, jinsi va bo'yiga bog'liqdir. Shu munosabat bilan odamning jinsi, yoshi va bo'yiga qarab uning uchun kerakli bo'lgan PEF miqdorlarini aniqlash uchun maxsus nomogrammlar ishlab chiqilgan.

PEF darajasi odamning yoshi, jinsi va bo'yiga qarab o'zaro 20 foiz atrofida farq qilishi mumkin. PEF ning kerakli miqdordan kamida 80 foizdan kamligi (pastligi) bronxlar obstruksiyasi borligidan darak beradi.

Uzoq muddatli kuzatuvlar natijalariga asoslanib turib, PEF ko'rsatkichi uch darajaga ajratilgan:

- PEFning normal darajasi;
- davoni kuchaytirishni talab qiladigan darajasi;
- bemorni kasalxonaga yotqizishni talab qiladigan darajasi.

Xalqaro tavsiyanomalarga muvofiq, uning birinchi darajasi kerakli qiymatidan hisoblanganda, 100 dan 80 foizgachani, ikkinchi darajasi – 79 dan 50 foizgachani va uchinchi darajasi 50 foizdan kam miqdorni tashkil etadi.

Bronxial astma bilan og'rikan bemorlarga uy sharoitida nazorat olib borishni osonlashtirish uchun so'nggi yillarda svetofor tamoyili taklif etilgan, bunga ko'ra PEFning hozirgi ko'rsatib o'tilgan darajalari svetoforning ma'lum rangiga to'g'ri keladi.

Yashil zona. Astma nazorat ostida. PEF miqdorlari kerakli hajmdan 80 foizdan ortiq. Bemorning faolligi va uyqusi buzilgan emas, kasallik simptomlari juda kam yoki butunlay yo'q.

Sariq zona – ogohlantirish. PEF kerakli miqdorning 50-80 foiziga teng bo'lib, o'zgaruvchanligi 20-30 foizga yetadigan bo'lsa va bemorda, jumladan, kechalari ham nafas qisib tursa-yu, o'pkasida hushtakka o'xshash xirillashlar eshitiladigan, uning o'zi bir qadar bo'shashib qolgan va boshqa simptomlar ham boshlangan bo'lsa, bu – kasallikning qo'ziganidan yoki «yashil zonada» qilinayotgan davoning yetarli emasligidan darak beradi. Bemorning tez-tez «sariq zona» ga tushib turishi unga tibbiy yordam ko'rsatish (bronxolitiklar, gormon preparatlari va boshqalar) lozimligiga ishora qiladi.

Qizil zona. Bu – trevoga signali. Bunda PEF kerakli miqdorning 50 foizidan ko'ra kam bo'lib, bemorni kechalari ham sezilarli hansirash bezovta qiladi, u yurishga, hatto gapirishga ham qiynaladi. Qizil zona zudlik bilan, yaxshisi intensiv terapiya bo'limida, yordam berish zarurligiga ishora qiladi.

Shunday qilib, pikfloumetriya xuddi qon bosimini o'lchash singari juda muhim sinama bo'lib, shifokorlar undan pulmonolog, terapevt, pediatr kabineti, shoshilinch yordam bo'limi, kasalxonalarda va ambulatoriya sharoitlarida foydalanishlari mumkin.

Pikfloumetriya obstruksiyaga aloqador ventilyatsion kamchiliklarni aniqlash, bu o'zgarishlarning nechog'lik ifodalangani va kasallikning qanchalik og'ir o'tayotganini bilib olish, bronxlar obstruksiyasi qaytar-qaytarmasligini aniqlash, bronxlar reaktivligi kuchayganidan darak beradigan belgilarni topish, astma va boshqa surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari differensial diagnostikasini o'tkazishga yordam beradi, bundan tashqari u bronxospazmni qo'zg'atadigan mexanizmlarni belgilab olish,

qanday astmaning qo‘zib qolishi sharoitlarini oldindan bilish, astma qo‘zib qolganida esa davo natijasini aniqlash uchun monitoring o‘tkazish, shuningdek davoni rejalashtirishlarni osonlashtiradi.

Modomiki shunday ekan, shoshilinch yordam bo‘limlarida ishlaydigan umumiy amaliyot vrachlariga bronxlar obstruksiyasi va bemorlar ahvolini xolisona baholash uchun pikfloumetriyadan foydalanish tavsiya etiladi.

Bodipletizmografiya – nafas mexanikasini tekshirishning eng murakkab metodlaridan biridir.

Bodipletizmograf sig‘imi taxminan 800 l keladigan, germetik ravishda bekiladigan kameradir, tekshiriladigan odam shu kameraga joylashtiriladi va unda pnevмотaxometrik naycha orqali nafas oladi. Bodipletizmograf yordamida bronxlar qarshiligi, solishtirma o‘tkazuvchanligi, gazning ko‘krak ichidagi hajmi (KIH), o‘pkaning qoldiq hajmi (O‘QH), o‘pkaning umumiy sig‘imi (O‘US) singari ko‘rsatkichlarni tahlil qilib chiqish mumkin. Mana shu ma‘lumotlar yordamida funksionalist-vrach surunkali obstruktiv bronxit (KIH, O‘QH, O‘US, FEF_{25,50,75} ko‘rsatkichlari sezilarli darajada pasaygan bo‘ladi) bilan bronxial astma (KIH, O‘US normal bo‘lgani holda, O‘QH keskin kamaygan bo‘ladi) differensial diagnostikasini o‘tkazish mumkin.

O‘pkaning diffuzion layoqati – buni tekshirish fibrozlovchi idiopatik alveolit, sarkoidoz va boshqalar singari kam uchraydigan, bronxial daraxt doirasida emas, balki o‘pka parenximasida organik o‘zgarishlar paydo bo‘lishi bilan o‘tadigan pulmonologik kasalliklarni aniqlab olishga imkon beradi. O‘pka parenximasi zararlanganida hamisha uning diffuzion layoqati pasayib qoladi (tarqoq granulematozlar, interstitsial va eksudativ yallig‘lanish, keng yoyilgan pnevmokonioz va tarqoq karsinomalar paytida).

O‘pkaning diffuzion layoqatini aniqlash metodi o‘pka parenximasi zararlangan deb taxmin qilinayotgan yoki o‘pka parenximasining zararlangani aniq bo‘lgan, masalan, tarqoq emfizema, interstitsial fibroz yoki ekzogen allergik alveolit bilan og‘rigan kasallarda diagnostika va klinik taktikani belgilab olish maqsadlarida qo‘llaniladi. Emfizema paytida alveolalar va kapillyarlar membranalarining destruksiyaga uchrab gazlar almashinadigan yuza kichrayib qolgani hisobiga, o‘pkaning diffuzion layoqati pasaygan bo‘ladi. Nafas yo‘llari obstruksiyasida diffuzion layoqat o‘zgarmagan yoki ozgina kamaygan bo‘ladi-yu, lekin astmada, xususan bu kasallik O‘US ning ko‘payishi bilan birga davom etib boradigan bo‘lsa ortishi ham mumkin. O‘pkaning diffuzion layoqatini aniqlash birlamchi o‘pka emfizemasi diagnostikasi uchun hammadan ko‘ra ko‘proq axborot beradigan bo‘lib chiqdi. O‘pka ichidan qon ketish (o‘pka ichki gemorragiyasi, masalan, Gudpascher sindromida) o‘pka diffuzion

layoqatini kuchaytirishi mumkin. Mazkur sinama nafas yetishmovchiligi diagnostikasiga yordam berishi, shuningdek odamning jismoniy ish qobiliyatini aniqlashni osonlashtirishi mumkin.

O'pka diffuzion layoqatining ko'rsatkichlari:

Transfer-faktor (TL) – indikator gaz bilan transfer-gradiyentning yutilish tezligini o'lchash yo'li bilan aniqlanadi.

Transfer koeffitsiyent (Tso) – alveolyar hajmning transfer-faktorga nisbati.

Sinamani bajarish muolajasi. Tekshiriladigan odam burnini qisgan holda turib, olgan qoldiq hajm darajasiga qadar nafas chiqaradi va so'ngra gely bilan karbonat angidrid gazi aralashmasini (O'HS) darajasigacha nafasga oladi. O'US darajasigacha nafasni tutib turganidan keyin yana nafas chiqaradi va nafasdan chiqarilgan hajm o'lik bo'shliqni yuvib o'tadigan dastlabki hajm bilan alveolalar hajmiga bo'linadi. Mana shu keyingi hajm avval bo'shatib qo'yilgan xaltaga yig'iladi. Alveolalarga tegishli shu namuna suv bug'lari va karbonat gazi yutilib qolishi uchun adsorbentlar orqali o'tkazilib, fluometr va nasos bilan bitta konturdagi SO va Ne analizatorlariga yuboriladi.

Nafas olinadigan aralashma tariqasida fraksion konsentratsiyadagidek karbon oksid va konsentratsiyadagi gely hamda azot qoldiqlari bilan aralash gaz hosil qiluvchi kislorod ishlatiladi (47-53%). Karbon oksid infraqizil adsorbision metod bilan, gely issiqlik o'tkazuvchanligini o'lchash yo'li bilan, kislorod esa paramagnit analizator yordamida aniqlanadi

Farmakologik funksional sinamalar

Tashqi nafas funksiyasi holatini tekshirish ventilyatsiya o'zgarishlarining darajasi, tabiati va xilini aniqlab olishdan tashqari, patologik jarayonning shakllanib borishidagi ancha nozik mexanizmlarni ham chuqurroq bilib olishga imkon beradi. Buning uchun farmakologik va funksional sinamalar qo'llaniladi. Tekshirish quyidagi maqsadlarni ko'zda tutadi:

1. Tashqi nafas funksiyasida ro'y beradigan ilk va yashirin o'zgarishlarni aniqlash.

2. Diaqnozni aniq qilib, shuningdek eng ma'qul davoni tanlab olish uchun obstruksiyaning patofiziologik mexanizmlarini tabaqalashtirish, bir-biridan ajratish.

3. Bemorlarning jismoniy ish qobiliyatiga baho berish.

4. Rehabilitatsiya tadbirlari o'tkazilayotgan davrda ahvolning qay tariqa o'zgarib borayotganini baholash.

Sinamalarni o'tkazishda tezlikka oid FEV_1 , $JNH_1/O'HS$, FEF_{25} , FEF_{50} , FEF_{75} ko'rsatkichlar baholanadi. Sinamalar odamning tinchlik holatida

o'tkaziladi. Ko'rsatkichlar preparatlarni ishlatishdan oldin va keyin qayd qilinadi. Sinama o'tkazilganidan keyin ko'rsat-kichning qiymati 15 foizdan ko'ra ko'proq o'zgarib qoladigan bo'lsa, ana shundagina natija musbat deb hisoblanadi.

1. Bronxodilyator preparatlar bilan o'tkaziladigan sinama.

A. Beta-adrenomimetiklar (ventolin, salbutamol, berotek, asmopent) bilan o'tkaziladigan sinamalar. Bular ventilyatsiyaning obstruktiv o'zgarishlari boshlanishida bronxospazmning rolini aniqlab olish, shuningdek terapevtik chora-tadbirlar ko'riladigan bo'lsa, buning nechog'lik naf bera olishini oldindan chamalash uchun o'tkaziladi.

Oldin spirografik tekshirish o'tkazilganidan keyin preparat bir dozada aerosol ingalyatorida ingalyatsiya qilinadi. Obstruksiyani aniqlash uchun xalqaro bitimlarda bronxolitikni 6-8 dozada ishlatish tavsiya etiladi. 20-25 minut o'tib, preparatning ta'siri eng yuqori nuqtasiga yetganidan keyin kontrol tariqasida spirografik tekshirish o'tkaziladi. Sinama natijasining musbat bo'lib chiqishi bronxospazm borligini, shuningdek adrenergik reseptorlarning jonlashtiruvchi ta'sirlarga sezuvchanligi saqlanib qolganini ko'rsatadi. Natijaning manfiy bo'lib chiqishi:

a) obstruktiv o'zgarishlar ro'y berishda shilliq pardalarning shishuvi va shilimshiq gipersekresiyasi ko'proq rol o'ynaganiga;

b) bronxlar beta-adnoreseptorlarning blokadaga uchraganiga;

d) mazkur preparatga sezgirlik kamayib ketganiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Sinamaning teskari, ya'ni paradoksal natija berishi (bronxlar o'tkazuvchanligining beta-stimulyatorlar ta'siri ostida yomonlashib qolishi) «rikoshet» sindromi ro'y berganiga, shuningdek, traxeya va yirik bronxlar gipotonik diskineziyasi zo'rayib qolganiga bog'liq bo'lishi mumkin.

B. Xolinolitiklar bilan o'tkaziladigan sinamalar. Bular obstruktiv o'zgarishlar ro'y berishida xolinergik mexanizmlarning rolini bilib olish uchun o'tkaziladi. 1 ml miqdoridagi 0,1 foizli atropin eritmasini teri ostiga inyeksiya qilish ham, ingalyatsiya yo'li bilan yuborish ham mumkin. Preparat teri ostiga yuborilganida, kontrol spirografik tekshirish preparat ta'sirining klinik ko'rinishlari (og'iz qurishi, taxikardiya, midriaz boshlanishi) ga asoslanib turib, 20-49 minutdan keyin o'tkaziladi. Preparat ingalyatsiya yo'li bilan ishlatilganida, tashqi nafas funksiyasi preparat ingalyatsiyasi to'xtatilganidan keyin 10-15 minut o'tkazib turib tekshirib ko'riladi.

Aerosol xolinolitiklar bilan o'tkaziladigan sinamalar ham xuddi beta-stimulyatorlar bilan olib boriladigan sinamalar kabi bajariladi.

Farmakologik ta'sirning natijalarini baholash uchun spirogrammaning

hamma ko'rsatkichlaridan ham foydalanib bo'lavermaydi. Buning uchun eng qulay ko'rsatkichlar – FEV₁ ning risoladagi O'HS ga bo'lgan nisbati, bronxlar o'tkazuvchanligini indeksi (BO'I = O'HS + FEV₁ + FEF₀₁) dir. Hamma ko'rsatkichlar kerakli, ya'ni risoladagidek miqdorlarga nisbatan bo'lishi kerak bo'lsa foiz hisobida olinadi. Bronxlar dilatatsiyasi koeffitsiyenti (BDK) ham hisoblab chiqiladi.

$$BDK = \frac{(Ta'sirdan keyingi BO'I) - (ta'sirdan oldingi BO'I)}{ta'sirdan oldingi BO'I} \cdot 100\%$$

2. Qo'zg'atuvchi ingalyatsion sinamalar.

Qo'zg'atuvchi ingalyatsion sinamalar, asosan, bronxlarning spastik reaksiyalarga yashirin shayligi bor-yo'qligini aniqlash, shuningdek adrenoxolin- va gistaminergik vositalarning bronxlar funksional holatiga qanday ta'sir ko'rsatishini baholash uchun qo'llaniladi. Bronxlar reaktivligi birlamchi tartibda o'zgargan-o'zgarmaganligini giperreaktivligini aniqlash uchun ham shu testlardan foydalaniladi.

Sinama natijasini baholash metodikasi yuqorida keltirilgan metodika bilan bir xil.

$$BPK = \frac{(Ta'sirdan oldingi BO'I) - (ta'sirdan keyingi BO'I)}{ta'sirdan keyingi BO'I} \cdot 100\%$$

O'JHS, FEV₁, JNH₁/O'HS va BO'I ko'rsatkichlarining dastlabki miqdorlaridan 10 foizdan ko'ra ko'proq o'zgarishi bronxlarning tashqaridan bo'ladigan ta'sirlarga ro'y-rost reaksiya ko'rsatishidan darak beradi.

Kompyuterli pulmonologik sistemalardan foydalanilganda farmakologik sinamalarning natijalari asosan hajmiy tezlik ko'rsatkichlari – FEF_{25, 50, 75} shuningdek, FEV₁ larning o'zgarishlariga qarab baholanadi. Bu holda ham yirik, o'rtacha va mayda kalibri bronxlar doiralarida bronxlar o'tkazuvchanligini ta'riflab chiqishga imkon ochiladi. Hajmiy ko'rsatkichlarga qaraganda oqim ko'rsatkichlari ko'proq o'zgarib turishini nazarda tutib, ularning 20 foizidan ko'ra ko'proq holatida o'tkaziladi. Bemorga bronxni kengaytiradigan, gistaminga qarshi va yallig'lanishga qarshi preparatlarni berish tekshirishdan bir kun ilgari imkoni boricha to'xtatiladi.

Sinamalarni o'tkazishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar:

1. Bronxial astma yoki boshqa bronx-o'pka kasalligining qo'zib turgan davri.

2. Ichki organlarning og'ir, surunkali yoki o'tkir kasalliklarning qo'zib turgan davri.

3. Qon aylanish sistemasi, nerv va endokrin sistemalarning og'ir kasalliklari.

4. Yurak, buyrak va jigar dekompensatsiyasi.

5. Ruhiy kasalliklarning qo'zib turgan davri.

6. Dori preparatlari ingalyatsiya qilinganida sezilarli darajada bronxospastik reaksiyalar bo'lishi.

3. Atsetilxolin sinamasi.

Bemorga uch minut davomida atsetilxolin ingalyatsiyasini qilish taklif etiladi. Dastlabki konsentratsiya 0,001 foizli bo'ladi. Reaksiya yuzaga chiqmaydigan bo'lsa, doza quyidagicha miqdorda oshiriladi: 0,005%, 0,01%, 0,05%, 0,1%, 0,5%, 1%.

Atsetilxolin bilan o'tkaziladigan ingalyatsion sinama – havo yo'llari xolinergik reseptorlarining holatini tekshirish uchun mo'ljallangan. Atsetilxolinga javoban ro'y beradigan reaksiya bronxial astma bilan og'rigan kasallarning ko'pchiligida darhol yuzaga chiqadi, preparatning dastlabki konsentratsiyalari ingalyatsiya qilinayotganidayoq avj olib boradi. Bronxial o'tkazuvchanlik odatda, bronxial daraxtning hamma doiralarida yomonlashib qoladi. Bronxospazm klinik jihatdan yo'talish va xirillashlar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. 20-30 minutdan keyin o'z-o'zidan yoki bir foiz atropin eritmasi ingalyatsiya qilinganidan so'ng bosilib qoladi. Simpatomimetiklar – berotek, salbutamol, alupent ham yaxshi naf beradi. Surunkali bronxit bilan og'rigan kasallar 50 foiz hollarda atsetilxolin ingalyatsiyasiga reaksiya ko'rsatadi. Ko'p chekadigan va pollinozga uchragan odamlar ham konsentratsiyalangan atsetilxolin eritmasi ingalyatsiyasiga reaksiya ko'rsatishlari mumkin. Bronx-o'pka apparatida xastaligi bo'lmagan odamlar preparatga reaksiya ko'rsatishmaydi.

4. Beta-blokatorlar bilan o'tkaziladigan sinama.

Bu sinama bronxlar beta-adrenergik reseptorlarning funksional blokadasini aniqlash va darajasini baholashga imkon beradi. Sog'lom kishilar va surunkali bronxit bilan og'rigan kasallar bu dard qo'zib turgan davrda ham eng katta dozada propranolol yuborishga reaksiya ko'rsatishmaydi. Shu munosabat bilan ushbu sinama surunkali bronxit bilan bronxial astma o'rtasida differensial diagnostika o'tkazish uchun ancha qo'l keladi. Bronxospazmlarsiz o'tayotgan pollinozi bor kasallar dard qo'zib turgan mahallarda 3-6 mg propranalol ingalyatsiyasiga javoban ba'zan bronxial o'tkazuvchanligining bir qadar yomonlashuvi bilan ifodalanadigan reaksiya ko'rsatishadi.

Ingalyatsion sinamasining shaklan o'zgartirilgan xili ham bor, bunda 40-80 mg miqdordagi inderal ichiladi-da, keyin oradan bir soat o'tkazib turib, nazorat uchun tashqi nafas funksiyasi tekshirib ko'riladi.

5. Prostaglandin sinamasi.

Bronxial astmada Ye_2 alfa prostaglandin suyultirilgan dastlabki eritmalar hoida ingalyatsiya qilinishi bronxlar o'tkazuvchanligining yomonlashuvini keltirib chiqaradi. Surunkali bronxit bilan og'rigan kasallarda preparat eng katta konsentratsiyalarda ingalyatsiya qilinganidagina sinama musbat natija beradi. Prostaglandin sinamasida boshlanadigan bronxospazm bir talay balg'am chiqishi, yo'tal tutishi, quruq xirillashlar paydo bo'lishi bilan birga davom etib boradi. Bronxial o'tkazuvchanlik asosan mayda bronxlar doirasida izdan chiqadi. Atropin yoki simpatomimetiklarni ingalyatsiya qilish bronxospazmni tezgina bartaraf etadi. Bronxlar tonusini idora etishda qatnashuvchi reseptorlar muvozanati prostaglandin ta'siridan buziladigan bo'lsa, bu sinama atsetilxolin va beta-blokatorlar bilan o'tkaziladigan sinamalar manfiy natija bergan mahallarda ham musbat bo'lib chiqish mumkin.

6. Bradikin sinamasi.

Tegishli konsentratsiyalarda berilgan bradikinin faqat bronxial astma bilan og'rigan kasallarda bronxlar o'tkazuvchanligi buzilishiga sabab bo'ladi.

Sog'lom odamlar va surunkali bronxit bilan og'rigan kasallar bradikinin ingalyatsiyalariga sezgir bo'lmaydilar. Pollinoz bilan og'rigan bemorlar eng katta konsentratsiyadagi preparatga javoban ba'zan reaksiya ko'rsatishadi. Nafas yo'llariga bradikinin yuborilganida boshlanadigan bronxospazm hiqildoq bilan xalqumda kuchli og'riq sezgilari paydo bo'lishi bilan birga davom etadi. 5 foizli epsilon-aminokapron kislotasi eritmasi yoki berotek ingalyatsiya qilinganidan keyin bemorlarning ahvoli tez yaxshilanib qoladi.

7. Allergenlar bilan o'tkaziladigan ingalyatsion sinamalar.

Bu sinamalar allergiya va bronxial astma bilan birga davom etib kelayotgan bronxitli bemorlarda nafas organlarining turli ta'sirotda (allergen) larga sezgir bo'lib qolganini isbot etish, shuningdek shubhali hollarda diagnozni aniqlab olish uchun o'tkaziladi. Kechki (6-12 soat o'tgandan keyin) allergik reaksiyalar ro'y berib qolishi mumkin bo'lgani uchun ushbu sinamalarni kasalxona sharoitlarida o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Bu sinamalar uy changi va chang allergenlarining ekstraktlari bilan o'tkaziladi. Boshlang'ich konsentratsiya bemor terisida allergometrik titrlashni o'tkazib ko'rish yo'li bilan aniqlab olinadi.

Sinamani auskultativ nazorat ostida olib borish shart. Bronxospazmga xos klinik belgilarning paydo bo'lishi, garchi bunda tashqi nafas funksiyasida bronxlar o'tkazuvchanligi buzilganiga ochiq-oydin ishora qiladigan o'zgarishlar bo'lmasa ham, sinamani musbat deb hisoblashga imkon beradi.

1 : 100 konsentratsiyadagi allergen ingalyatsiya qilinganidan keyin birdan bronxial obstruksiya boshlanganini ko'rsatadigan ishonchli belgilar paydo bo'lmasa, sekin-asta yuzaga chiqadigan reaksiyani aniqlash uchun tashqi nafas funksiyasini tekshirishni 10 soat davomida har soatda va 24 soatdan keyin takrorlab ko'rish kerak. Oldingi allergenga reaksiya manfiy bo'lganida allergen bilan o'tkaziladigan ingalyatsion sinamani kamida 24 soatdan keyin takrorlash mumkin. Reaksiya musbat bo'lganida ventilyatsion funksiyaning to'la-to'kis asliga kelganiga ishonch hosil qilmoq kerak.

8. Sovuq havo ingalyatsiyasi.

Nafas yo'llari hujayralaridan mediatorlarning ajratilib chiqishini hisobga olib, bronxlarni toraytiruvchi moddalarni ingalyatsiya qilish orqali, nafas yo'llarining nechog'lik sezgirligini o'lchash mumkin. Ana shunday metodlarning biri sovuq va quruq havo bilan izokapnik giperventilyatsiya qilishdir.

Astma bilan og'rigan kasallarda sovuq havo bilan ta'sir ko'rsatib turib olingan egri chiziqning shakli bronxlar torayishiga, ya'ni bronxokonstriksiyaga sabab bo'ladigan boshqa ta'sirlar yordamida olingan egri chiziqqa o'xshaydi va astmasi yo'q odamlarda olingan egri chiziqdan, reaksiya bo'sag'asining kichikligi, og'ish burchagining kattaligi va to'g'ri ketgan qismining yo'qligi bilan farq qiladi. Kasal kishi klapan orqali sovuq havoni nafasga oladi. Asosiy spirometriya o'lchab ko'rilganidan keyin bemor minutlik o'pka ventilyatsiyasi asta-sekin ortib borgani holda eng katta miqdorda yetadigan qilib nafas oladi (nafasni 7,5 l/min dan boshlab 15, 30, 60 l/min gacha yetkazadi). Nafas tezligi metronom yordamida belgilanadi. Masalan, minutiga 10 ta nafas harakatlari bilan 0,75 l minutiga 10 ta nafas harakatlari bilan 1,5 l, minutiga 15 nafas xarakatlari bilan 2 l havo olinadi. Har bir marradan keyin bemor uy havosidan nafas oladi va 30 sekund, 90 sekund o'tkazib turib, keyin 3 min, 5 min o'tkazib turib, xullas, texnik jihatdan bir qadar qoniqli natija olinmaguncha, har 2 minutda FEV₁ o'lchab boriladi. FEV₁ ning pasayishi 20 foizga yetgan zahoti sinama to'xtatiladi.

Tekshirilayotgan odamning ko'rsatadigan reaksiyasi FEV₁ ning asosiy qiymatidan farqi sifatida ifodalanadi.

Sovuq havo bilan ta'sir ko'rsatib olingan egri chiziq, ya'ni doza-natija egri chizig'i FEV₁ ning o'zgarishiga qarab minutli ventilyatsiyaning asta-sekin ortib borishi tariqasida chiziladi, reaksiya esa QV₁₀ yoki QV₂₀ ko'rinishida (FEV₁ ning tegishli 10 yoki 20 foiz kamayishiga sabab bo'ladigan minutli ventilyatsiya sifatida) ifoda etiladi.

9. Jismoniy mashq bilan o'tkaziladigan sinama.

Bu sinama jismoniy ish paytidagi ventilyatsiya samaradorligiga baho berish, odamning jismoniy ish qobiliyatini aniqlash va kardiologlar Nyu-York uyushmasi klassifikatsiyasiga muvofiq kishining funksional jihatdan

qaysi sinfga kirishini belgilab olishga imkon beradi. pulmonologik kasallarni tekshirish uchun eng qulay metod spiroveloergometriya (2-rasm), ya'ni dozalangan veloergometriya o'tkazish bilan bir qatorda asosiy ventilyatsiya ko'rsatkichlari – FEV_1 ni, kislorod iste'moli, karbonat angidrid gazi ajralishi, kisloroddan foydalanish koeffitsiyenti, nafas ekvivalenti va boshqalarni aniqlashdir.

Ventilyatsiya samaradorligi normada zo'riqishga qadar birdek saqlanib turaveradi va eng katta miqdorning 50-60 foizini tashkil etadi, keyin esa kamayadi. O'pka kasalliklarida jismoniy ish qobiliyati pasayib, veloergometrda bajariladigan ishning dastlabki paytlaridanoq ventilyatsiya samaradorligi tobora kamayib boradi. Tekshirishni bir bosqichli zo'riqish rejimida o'tkazish holdan toyish va asliga kelish davrining qancha davom etishini, kislorod ehtiyoji qanchayu, kamomadi qanchaligini belgilab olishga, ya'ni jismoniy ish vaqtida aerob mexanizmlarining ahamiyatini aniqlab olishga imkon beradi.

Zo'riqish bilan o'tkaziladigan tekshirishlarning sharoitlari, tekshiriladigan odam xavfsizligini ta'minlash masalalari, veloergometriya o'tkazishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar hamma joyda qo'yiladigan talablarga javob beradigan bo'lishi kerak.

Jismoniy ish bilan o'tkaziladigan sinamadan jismoniy zo'riqish astmasi diagnostikasi uchun ham foydalaniladi. Bemorga zo'riqish berish oldidan tashqi nafas funksiyasi tekshirib ko'riladi. Asosiy ventilyatsiya ko'rsatkichlari kerakli miqdordan 40 foizdan ko'ra ko'proq pasaygan bo'lib chiqsa, bu sinamani o'tkazish to'g'ri kelmaydi. Jismoniy zo'riqishga aloqador bronxospazm diagnostikasi uchun ko'pincha tredmid-test mahalidagidek pog'onama-pog'ona zo'rayib boradigan, uzluksiz veloergometrik sinamadan foydalaniladi. Nazorat uchun tashqi nafas funksiyasini tekshirish (nazorat tarzida) zo'riqish berish to'xtatilgan zahoti, keyin esa ventilyatsiya butunlay avvalgi holiga kelgunicha har 5 minutda o'tkaziladi. Jismoniy zo'riqishdan 2-5 minut keyin bemorda nafas qiyinlashuvi yoki bo'g'ilish, FEV_1 , JNH_1/O_2HS ning 15 foizidan, oqim ko'rsatkichlarining esa 25 foizidan ko'ra ko'proq pasayishi jismoniy zo'riqish astmasi sindromining namoyon bo'lishi hisoblanadi.

Tashqi nafas funksiyasi 20 minut davomida o'zgarmaydigan bo'lsa, u holda sinama manfiy deb baholanadi.

Jismoniy zo'riqish astmasini aniqlashning eng qulay metodi pikfloumetriyadir. Bemorga avval PEF aniqlab olinganidan keyin 5 minut davomida tez yurish yoki zinadan ko'tarilish tariqasidagi jismoniy ishni bajarish taklif etiladi. Shundan keyin 20 minut davomida 5 minutdan oralab turib, pikfloumetriya tekshiriladi. Jismoniy zo'riqish astmasi bo'lsa, tegishli zo'riqishdan bir muncha vaqtdan keyin PEF kamayib qoladi.

Tashqi nafas funksiyasini tekshirish uchun ishlatiladigan zamonaviy apparatlar

Tashqi nafas funksiyasini tekshirish uchun yuqorida ko'rsatib o'tilgan apparatlardan tashqari bir muncha murakkab apparatlar – chet ellarda ishlab chiqarilgan zamonaviy apparatlar ham borki, bular shaxsiy kompyuter asosida ishlaydi. Ftiziatriya va pulmonologiya ITI funksional diagnostika bo'limi va Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutining pulmonologiya va klinik allergologiya kafedrasida ana shunday apparatlar muvaffaqiyat bilan ishlatilib kelinmoqda.

1. Masterlab apparati tashqi nafas funksiyasini atroflicha tekshirishga imkon beradigan sistemadir. U IVM RO AT 386 kompyuter asosida ishlaydi va necha minglab bemorlarni tekshirishda olingan ma'lumotlarni kompyuter dasturi asosida ishlab chiqish va xotirada saqlab qolish imkoniyatiga ega. Bu sistema uchta modulni o'z ichiga oladi (3-rasmga qarang):

– *bodipletizmograf;*

– *pnevмотaxograf;*

– *o'pka diffuzion layoqatini tekshirish uchun ishlatiladigan qo'shimcha moslama.*

Masterlab-bodi-transfer. Diffuziya masalalarini tasvirlab berib, bronxlar holati o'zgartirilganida o'tkaziladigan umumiy pletizmografiya masalalarini bitta sistemaning o'zida hal qilishga imkon beradi.

2. Eos-sprint tashqi nafas funksiyasini tekshirish uchun ishlatiladigan yanada murakkabroq va mukammalroq apparatdir. U ergometriya o'tkazish va gazlar analizini qilib ko'rish uchun keng imkoniyatga ega. Bu apparat nafas kamerasidan foydalanib turib ergospirometrik o'lchovlarni o'tkazish va shu bilan birga, har bir nafas siklida, nafas siklining ichida hamda bir necha nafas sikli mobaynida gazlar almashinuvi analizini o'tkazish imkonini beradi. Undan:

– o'pkaning mexanik xossalari bilan gaz almashuvchi xossalari hamda kardiovaskulyar disfunktsiyalarni tekshirish;

– bemorlarni dispanser hisobiga olish, tibbiy tekshiruvlardan o'tkazish, reabilitatsiya davomida davo nafini nazorat qilib borish;

– sportchi kasb mahorati va jismoniy holatini yaxshi holda saqlab borish ustidan nazorat o'rnatish va eng ma'qul mashq dasturlarini ishlab chiqish uchun foydalaniladi (4-rasm).

3. Veloergometr – ergospirometrik tekshirishlar uchun mo'ljallangan ixcham va ko'chma (portativ) apparat bo'lib, kardiologiya, sport tibbiyoti, pulmonologiya, reabilitatsion sohalarida ishlatiladi (5-rasm).

4. Pnevmoskop apparati. U tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarini tekshirish uchun mo'ljallangan. U masterlab apparatining xotiraga ega

bo'lmagan, soddalashtirilgan xilidir, spirografiya va pnevmotaxografiya bo'yicha olingan nafas ko'rsatkichlarini avtomat ravishda talqin qilib bera oladi (6-rasm). Pnevmoskop ommaviy ravishda o'tkaziladigan epidemiologik tekshirishlarda mutaxassislar tomonidan ko'p ishlatiladi. Talaygina odamlarni bir yo'la tekshirib chiqish imkonini beradi. Bu apparat yordami bilan qo'zg'atuvchi turli faktorlarni qo'llab o'tkaziladigan tekshirish va dilatatsion sinamalarni baholashlarni olib borish mumkin. Bundan tashqari, bu apparatda nafasga ko'rsatiladigan qarshilikni aniqlash uchun ishlatiladigan ixcham sistema ham bo'lishi mumkin.

5. Bronxoskrin apparati. Obstruksiyani boshlab beradigan mexanizmlar – adrenergik yoki xolinergik mexanizmlarning ishtirokini aniqlash uchun belgilangan miqdorlardagi aerezollarni organizmga yuborish imkonini beradi (7-rasm). Uning yordamida gistamin, atsetilxolin, metaxolin, karboxol singari nospesifik ta'sirotlar bilan bronxokostriksiya sindromini yuzaga keltirish mumkin. Masalan, dori allergiyasi diagnostikasi uchun turli allergenlar bilan, shuningdek sovuq havo bilan ham ta'sir etsa bo'ladi. Bu apparat bronxlarni toraytiruvchi ta'sirotlar bilan o'tkaziladigan qo'zg'atuvchi sinamalar yordamida nafas yo'llarining o'tkinchi obstruksiyasini aniqlashga ham yordam beradi.

6. Flouskrin apparati. Bu nafas organlari kasalliklarining funksional diagnostikasi uchun ishlatiladigan ixcham portativ asbobdir (8-rasm). Flouskrin spirografiya, pnevmotografiya metodikalari bo'yicha bolalar va katta yoshdagi odamlarda olingan nafas yo'llari ko'rsatkichlarini o'lchash va avtomat ravishda talqin qilish bilan bir qatorda skrining tekshirishlarni o'tkazishga imkon beradi.

Qo'shimcha o'rnatiladigan maxsus moslama yordamida flouskrinda nafas yo'llarining okklyuzion qarshiligini o'lchash mumkin.

Tashqi nafas funksiyalarini tekshirish klinika amaliyotida «nafas organlari – yurak-tomir sistemasi» degan yagona funksional sistemani tekshirish tariqasida olib borilishi kerak. Shu munosabat bilan kasallikni to'la-to'kis va to'g'ri ta'riflab, talqin qilish uchun yurak-tomirlar sistemasi holatini ham tekshirish zarur.

O'pkada funksional tekshirishlar o'tkazishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar:

- nafas yo'llarining og'ir darajadagi obstruksiyasi;
- yaqinda boshdan kechirilgan miokard infarkti;
- yaqinda boshdan kechirilgan insult;
- arterial anevrizm borligi;
- bronxial astmaning qo'zigan payti;

- yuqori darajali gipertenziya;
- epilepsiya.

Elektrokardiografiya – bronx-o‘pka kasalliklarining diagnostikasi uchun elektrokardiografiya metodi-miokardning qo‘zg‘alish (qutblanishdan tushish) va tiklanish (qayta qutblanish) jarayonlari qayd qilish ham muayyan ahamiyatga ega. Elektrokardiografiya yo‘li bilan yozib olingan egri chiziqqa binoan qutblanish (depolyarizatsiya va repolyarizatsiya) jarayonlarida potensial farq yuzaga keladi. Potensial farq tananing qaysi qismlarida qayd etilishiga qarab, ularni yozib olishda turli usullar qo‘llaniladi. Jumladan, EKG ikki qutbli periferik (I, II, III standart), bir qutbli (AVR, AVL, AVF) va bir qutbli ko‘krak usullarida (V_1 - V_6) qayd qilinadi. Zarur bo‘lganida Neb tomonidan 1936-yili taklif etilgan ikki qutbli ko‘krak usulidan ham foydalaniladi. EKG yozuvi navbatlanib boradigan P, Q, R, S, T tishchalaridan iborat.

P tishchasi yurak bo‘lmalari muskullarining qo‘zg‘alishiga aloqador bo‘lib, normada 0,06 – 0,10 sekund davom etadi, balandligi esa standart usullar qayd qilinganida ko‘pi bilan 2,5 mm, ko‘krak usullari bilan qayd qilinganida 3 mm gacha bo‘ladi.

P-Q oralig‘i qo‘zg‘alishining yurak bo‘limlaridan yurak qorinchalariga qancha vaqt ichida o‘tishini aks ettiradi. Me‘yorda bu vaqt 0,13-0,20 sekundga teng bo‘ladi. QRS kompleksi ikkala qorinchalar, qorinchalar o‘rtasidagi to‘siq, qorinchalarning uchi va asosining ketma-ket qo‘zg‘alishlarini aks ettiradi. Q tishcha 0,3 sekund davom etadi, chuqurligi R balandligining to‘rttdan bir qismiga teng bo‘ladi. R tishcha balandligi EKG ni olish usuliga qarab 10 mm dan 20 mm gacha boradi. S tishcha 0,03 sekundni tashkil qiladi. Yurak bo‘lmachalari miokardining tiklanish jarayoni normada izoelektrik bo‘ladigan S-T oraligni, shuningdek 0,12-0,16 sekund davom etadigan, II usulda balandligi 2-6 mm bo‘ladigan T tishchani ta‘riflab beradi. T tishcha R balandligining 1/2 - 1/3 qismiga to‘g‘ri keladi.

Nafas yo‘llarining surunkali kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda kichik qon aylanish doirasida gemodinamik o‘zgarishlar ro‘y berib, yurak bo‘limlarining zo‘riqishi gipertrofiyalanishiga sabab bo‘ladi. Ayni vaqtda muskullar massasi ortishi va biryo‘la qo‘zg‘aladigan muskul tolalarining soni ko‘payib qolishi tufayli elektr yurituvchi kuch (EYuK) zo‘rayib boradi. O‘ng bo‘lma gipertrofiyasida R tishcha o‘zgaradi, uning kengligi odatda norma darajasidan ortmaydi-yu, lekin shaklan baland va uchi o‘tkirlashgan bo‘lib qoladi. Ana shunday II, III, AVF usullarga xos R tishchani «P-pulmonale» deb atash rasm bo‘lgan. O‘ng bo‘lma gipertrofiyasida o‘ng ko‘krak usullari (V_1 - V_2) da olingan EKG da normal balandlikdagi musbat yoki ikki fazali R tishcha topilishi ham xarakterlidir.

O'ng qorincha miokardi gipertrofiyasida QRS - kompleksi tishchalari tabiatan o'zgarib qoladi. Bunda R tishcha, III, AVF, AVR usullarda yaxshi ifodalangan bo'lsa, S-tishcha I, AVL usullarda chuqur bo'ladi. O'ng qorincha gipertrofiyasining eng ko'p uchraydigan va doimiy bo'ladigan belgilari tishchalarining mana bunday o'zgarib qolishidir: $RV_1 > 7 \text{ mm}$, $SV_1 > 2 \text{ mm}$, $SV_5 > 5 \text{ mm}$, $RV_5 < 5 \text{ mm}$, $P/SV_1 > 1 \text{ mm}$, $P/SV_5 < 1 \text{ mm}$, $PV_1 + SV_5 > 10 \text{ mm}$.

V_5 , V_6 usullarda oraliq zona o'ngga surilgan bo'lib chiqadi. Bundan tashqari, II, III AVF usullarda, V_1 , V_2 o'ng ko'krak usullarida S-T segment izochiziqdan pastga surilgan va T tishcha manfiy chiqqan bo'ladi.

Shunday qilib, EKG da topilgan o'zgarishlar klinik-funksional diagnostika uchun qimmatli ma'lumotlar beradi.

SOO'K bilan og'rigan bemorlarda o'pka gipertenziasining diagnostikasi, ya'ni o'pka arteriyasida qon bosimi oshgan-oshmaganligini, o'pka gipertenziasini bor-yo'qligini aniqlash ancha muhim ahamiyatga ega va buning uchun elektrokardiografiya, rentgenologik, kinetokardiografik tekshirishlardan tashqari impulsiv dopplerkardiografiya (IDKG) usuli ham qo'llaniladi.

Exo va dopplerkardiografiya tekshirish metodlari o'pka arteriyasidagi qon bosimini, yurak o'ng bo'limlari sistolik va diastolik funksiyalarining ilk o'zgarishlarini aniqlash uchun hammadan ko'ra ko'proq ma'lumot beradigan usul bo'lib hisoblanadiki, bu tekshirilayotgan kishining mehnatga layoqatligini aniqlash yuzasidan vrachlik-mehnat ekspertizasini o'tkazish, davo taktikasini rejalashtirish va bemorning hayoti prognozini bilish uchun zarurdir.

Bemorlar tinch holatda bo'lganda, ularda o'pka arteriyasidagi sistolik bosimning (O'ASB) ko'tarilgani deyarli sezilmaydi. 25 foiz kasallarda o'pka gipertenziasining ifodalanganlik darajasi birinchi daraja atrofida bo'ladi va O'ASB tinchlik holatidagi mutlaq qiymatlari, normaga nisbatan olganda, simob ustuni hisobida 5-10 mm oshgan bo'ladi. 20 foiz bemorlardagina O'ASB simob ustuni hisobida 40 mm gacha ortgan bo'lishi mumkin.

Birlamchi o'pka gipertenziasini (BO'G) va o'pka arteriyasi tromboemboliasini (O'ATE) paytida O'ASB hammadan ko'ra ko'proq ko'tariladi. Shu munosabat bilan SOO'K bor bemorlarda O'ASB ning yuqori raqamlargacha (simob ustuni hisobida 50 mm gacha va bundan ko'p) ko'tarilgani aniqlangan mahallarda BO'G, O'ATE va yurak tomir sistemasi kasalliklari bilan differensial diagnostika o'tkazish zarur bo'ladi.

Rentgenologik tekshirish metodlari

Ko'krak qafasi organlarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish albatta qo'llanilishi kerak bo'lgan metoddir. SOO'K to'g'ri va yonlama proyeksiyalarda rentgenografiya qilib ko'rilganida o'pka to'qimasi tiniqligining ortgani, diafragma gumbazining past tushgani, harakatchanligining kamayib, cheklanib qolgani va retrosternal bo'shliq kengaygani topiladiki, bu emfizema uchun xarakterlidir.

Yengil darajadagi SOO'Kda rentgenologik o'zgarishlar topilmasligi mumkin. O'rtacha va og'ir darajadagi SOO'K da diafragma gumbazining past turgani, uning yassilangani va harakatchanligi cheklanib qolgani, o'pka maydonlari, bullalarining o'ta serhavoligi, retrosternal bo'shliq kengayib, yurak soyasi toraygani va cho'zilib qolganini aniqlash mumkin; tomirlar soyasi suyuqlashgani holda bronxlar devorlarining juda zichlashgani, ular bo'ylab infiltratsiya paydo bo'lgani ko'zga tashlanadi, ya'ni bronxial daraxtda yallig'lanish va emfizema borligiga xos bir qancha alomatlar topiladi (G.J.Gilson et al, 1998; V.P.Vlasov, 2000).

Dastlabki rentgenologik tekshirishda boshqa o'pka kasalliklarini, jumladan, o'sma kasalliklari va silni istisno qilish muhim. SOO'K qo'zigan mahalda o'pka rentgenografiyasi pnevmoniya, spontan pnevmotoraks va boshqa asoratlarni istisno qilishga imkon beradi.

O'pka kompyuter tomografiyasi qo'shimcha tekshirish metodi bo'lib, alohida zaruriyat bo'lgan mahallarda qo'llaniladi. U o'pkadagi morfologik o'zgarishlarni, birinchi navbatda, emfizemani miqdor jihatdan belgilash, bullalar, ularning olgan joyi va katta-kichikligini ancha aniq bilib olishga imkon beradi (A.G.Chuchalin, 1998).

Bronxologik tekshirish

Bronxoskopiya – SOO'K bilan og'rigan kasallarni tekshirishning qo'shimcha usulidir. U bronxlar shilliq pardasining ahvolini aniqlash va kasallikni boshqa o'pka kasalliklaridan ajratib, diaгноzni aniqlab olish (differensial diagnostika) uchun o'tkaziladi. Bir qancha hollarda surunkali obstruksiyaga sabab bo'lgan kasalliklarni aniqlab olish mumkin.

Bronxoskopiya mahalida bronxlar shilliq pardasi ko'zdan kechirib chiqiladi; kultural tekshiruv o'tkazish uchun bronxlar suyuqligi olinadi; bronxo-alveolyar lavaj yordamida yallig'lanishning tabiatini aniqlash maqsadida hujayralar tarkibi tekshiriladi; bronxlar shilliq pardasidan bioptat olinadi. Bu metod bemorlarni davolashda ham juda katta ahamiyatga ega.

ILOVALAR

1-jadval

Ventilyatsiya o'zgarishlarining tabiati va nechog'lik ifodalanganiga spirografik tekshiruv ma'lumotlari asosida baho berishga doir mantiqiy qoida

Ventilyatsiya o'zgarishlari turi	Ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar
Obstruktiv	$VCIN > FEV_1 > FEV_1/VCIN$
Restriktiv	$VCIN < FEV_1 < FEV_1/VCIN$
Aralash	$VCIN = FEV_1 < FEV_1/VCIN$

2-jadval

O'pka ventilyatsion funksiyasi asosiy ko'rsatkichlarining me'yordagi chegaralari va me'yordan tashqari darajalari

Ko'rsatkichlar	Me'yor	O'zgarishlar		
		o'rtachasi	sezilarilari	keskinlari
VCIN	>90%	84-70	69-50	< 50
FEV ₁	>85%	74-55	54-35	< 35
FEV ₁ /VCIN	>65%	59-50	49-40	< 40
MVV	>85%	75-55	54-35	> 35
O'US	90-110%	116-125	125-140	>140
YTGv	90-125%	141-175	176-225	> 225
FEF ₂₅	E >81,6%	69,8-52,8	52,8-35,9	< 35,9
	A >80,0%	67,2-41,8	41,8-33,3	< 33,3
FEF ₅₀	E >77,2%	62,6-32,6	32,6-22,7	< 22,7
	A >76,1%	60,8-30,8	30,8-20,8	< 20,8
FEF ₇₅	E >72,4%	54,8-41,1	41,1-27,4	< 27,4
	A >72,7%	55,3-41,6	41,6-27,9	< 27,4

Pikfloumetriya standart ko'rsatkichlari

Erkaklar

Yoshi	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
Bo'yi (sm)											
160 sm	518	568	598	612	613	606	592	578	565	555	544
168 sm	530	580	610	623	623	617	603	589	577	566	556
175 sm	540	590	622	636	635	627	615	601	588	578	568
183 sm	552	601	632	645	646	638	626	612	600	589	578
190 sm	562	612	643	656	656	649	637	623	611	599	589

Ayollar

Yoshi	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
Bo'yi (sm)											
145 sm	438	445	450	452	452	449	444	436	426	415	400
152 sm	450	456	461	463	463	460	456	448	437	425	410
160 sm	461	467	471	474	473	470	467	458	449	437	422
168 sm	471	478	482	485	484	482	478	470	460	448	434
175 sm	481	488	493	496	496	493	488	480	471	458	445

Bolalar

Bo'yi (sm)	91	99	107	114	122	130	137	145	152	160	168
15 yosh gacha yoshi	100	120	140	170	210	250	285	325	360	400	440

O'TKIR RESPIRATOR KASALLIKLAR

Nafas a'zolari kasalliklarining ortib borishida o'tkir respirator kasalliklar juda muhim rol o'ynaydi. Shuning uchun ular bilan amaliyotda ishlaydigan shifokorlarni yaqindan tanishtirib o'tishni lozim topdik.

O'tkir respirator kasalliklar (O'RK) odamda uchraydigan infeksiyon kasalliklar jumlasiga kiradi va ular orasida yetakchi o'rinni egallaydi.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ekspertlari O'RK sonining tobora ko'payib borayotganiga vrachlar diqqatini jalb etmoqdalar va bu hol global urbanizatsiya, aholi migratsiyalari, mamlakatlararo aloqalarning kengayib borayotganligi bilan bog'lab tushuntirilmogda.

O'RKlarning uchdan bir qismini gripp tashkil etadi. Har yili avj olib turadigan gripp epidemiyalari va pandemiyasiga odatda, A tipidagi gripp viruslari sabab bo'ladi. U bilan bog'liq gripp epidemiyalari har 2-3 yilda takrorlanib turadi va tabiatan bir portlash to'liqini ko'rinishida o'tadi (bunda 1,5-2 oy ichida aholining 20-50 foizi kasallik bilan qamrab olinadi). B tipidagi gripp viruslari bilan bog'liq epidemiyalar har 3-4 yilda qaytalanib, asta-sekin tarqaladi; ular odatda 2-3 oy davom etadi va joylarda ko'pi bilan 20-25 foiz aholini kasallikka duchor etadi. C tipidagi gripp virusi epidemiyaga sabab bo'lmaydi, u sporadik xastaliklar tarzida o'tadi, xolos. Katta yoshdagi odamlar orasida uchraydigan O'RK chaqiruvchilari tarkibida – respirator viruslar 20 foizgacha, respirator-sinsitial viruslar – 10 foizgacha, paragripp viruslar – 8-10 foizgacha, adenoviruslar 5 foizgacha, mikoplazma infeksiyasi 4-5 foizgacha uchraydi.

Viruslar tarkibidagi nuklein kislotasining tipi (DNK yoki RNK), tashqi pardasi (suyperkapsula) bor-yo'qligi, genom va replikasiya xususiyatlariga qarab oilalar, urug'lar, turlarga ajratiladiki, ular qo'zg'atadigan kasalliklar klinik ko'rinishlaridagi farqlar ham aynan shularga bog'liq bo'ladi. Viruslar zamonaviy tasnifi yuqoridagilarga asoslangan.

Har qanday respirator virusli infeksiya (RVI) odamga havotomchi yo'li bilan bemor kishidan yuqadi. Virus nafas yo'llarining shilliq pardasiga tushib, o'ziga xos bo'lgan tropizm asosida respirator yo'llarning epiteliyal hujayralariga o'tib tez ko'payadi va ularni yemiradi, nekrozga uchratadi, so'ng qonga ko'chib (virusemiya), yurak-tomirlar, asab va boshqa tizimlarga toksik ta'sir ko'rsatadi. Nekrozga uchragan nafas yo'llari shilliq pardalari yuzasi ikkilamchi bakterial floraning kishi jismiga o'tish darvozalari bo'lib xizmat qiladi.

RVI patogen ta'sirining eng e'tiborli tomonlariga – mukotsiliar klirensning yomonlashuvi, alveolyar makrofaglar fagotsitar faolligining pasayishi va hujayralarda kechadigan bakteritsid jarayonlarining buzilishi kiradi.

O'tkir virusli respirator kasalliklarning klinik ko'rinishlari viruslarning xususiyatlariga ham, organizmga o'tgan infeksiyaning kuchiga, organizm himoya tizimlarining holatiga ham bog'liq bo'ladi.

Gripp – viruslar ta'sirida boshlanadigan va umumiy zaharlanish belgilari hamda yuqori nafas yo'llarining zararlanishi bilan o'tadigan respirator kasallikdir. Gripping klinik simptomatikasi ikki sindromdan – infeksiyon intoksikatsiya va kataral holat belgilaridan tashkil topadi. Faol infeksiyon jarayon boshlanganidan darak beradigan bemorning sezgilaridan turli darajadagi et uvishish, oyoq-qo'llarning simillab og'rishi, boshning peshona-tepa sohasida, ko'z soqqalari va gavdaning har xil guruh mushaklaridagi qattiq og'riqning paydo bo'lishidir. Odam eti uvishganidan keyin odatda, tana harorati ko'tarilib, 40 darajagacha chiqishi va ikki-uch kun saqlanib turishi mumkin. Haroratning pasayishi odam «g'araq-g'araq» terlaganidan keyin birdan boshlanadigan krizis yoki lizis shaklida o'tishi mumkin. Ikki to'liqni isitma, gripp asoratsiz o'tayotgan hollarida kamdan-kam uchraydi. Haroratning ikkinchi to'liqni odatda bakterial flora, virus reinfeksiyasi yoki mikst-infeksiya sababli paydo bo'ladi.

Gripp tipik kechayotgan hollarda kasallikning dastlabki ikki kunida odamning yuzi qizarib, kerikib turadi, ko'zlari yaltillab, ko'z oq pardasi tomirlari qonga to'lishib qoladi, kasallikning 3-4-kunidan boshlab uchuq (gerpes) toshishi mumkin. Intoksikatsiya belgilari sezilarli tus olganda gipoksemiya, mikrotsirkulyatsiyaning izdan chiqishi bois, odamning rangi oqarib, sianoz paydo bo'ladi.

Gripp vaqtida yuz beradigan kataral o'zgarishlar yuqori nafas yo'llaridan traxeyaga o'tadigan havoning «cho'g'dek bo'lib» sezilishi bilan namoyon bo'ladi va og'riq sezilishi, burun-halqumning qurib turishi, achishishi, burunning bitib qolishi bilan birga kechib, kasallikning 2-3-kunida bemorlarda rinit, nazofaringit, laringit, traxeit va bronxit alomatlari paydo bo'ladi. Kasallikning boshlanishida bemorlarning tomog'i qizarib turadi, shilliq pardasi sianotik (ko'kimtir) tusga kirgan va biroz shishgan bo'ladi. Ravoqlar sohasida bo'ladigan giperemiya tarqoq tusga kiradi, granulematoz faringit o'zgarishlari ko'rinadi.

Grippda tomirlar devori o'tkazuvchanligining oshishi va asosan kapillyarlarning mo'rt bo'lib qolishi kuzatiladi. Bu o'zgarishlar burun qonashiga, shilliq pardalarda va badan terisida ko'zga tashlanadigan kichik-kichik gemorragik toshma qontalashlarni yuzaga chiqaradi. Og'ir hollarda, ayniqsa o'pkada gemorragik shish boshlanishi mumkin.

Bemorni tekshirib ko'rishda, uning burundan nafas olishi qiyinlashganligi diqqatni jalb etadi. Bunda nafasning dag'allashib qolgani va xirillashlar, odatda, eshitilmaydi.

Grippning ilk muddatlarida o'pkaning rentgenologik ko'rinishida tomirlar rasmining kuchaygani ko'zga tashlanadi, bu – mayda arteriya tarmoqlarining, subsegmentar va segmentar arteriyalarning qanchalik to'lib qolgani hisobiga ro'y beradi. Kasallik bir muncha og'ir kechgan hollarda o'pka rentgenogrammasiga ko'ra, pastki medial bo'limlarda ko'rinishning quyۇqlashib, o'pka ildizlarining kengayishi va tuzilishlarining aniq ko'rinmay qolishi xarakterlidir. Bronxlar devorining zichlashishi ham kuzatiladi. Hozirgina aytib o'tilgan o'zgarishlar navqiron yoshdagi ko'pchilik bemorlarda kasallikning 7-10-kuniga kelib barham topadi. Yoshi qaytib qolgan kishilarda esa ular bir muncha uzoqroq saqlanib qoladi.

Asoratlari. Grippning eng og'ir asoratlari o'pkada to'qima yemirilishi (destruksiya) jarayonining boshlanishi, o'pka va miyaning zaharli toksik ta'sirlardan shishib qolishi, yurak-tomirlar faoliyatida o'tkir yetishmovchiligining ro'y berishi, ensefalitlar, meningoensefalitlar va nevritlar paydo bo'lishidir. Ana shunday og'ir asoratlar gripp epidemiyalari o'choqida u bilan xastalangan kishilar o'limiga asosiy sabab bo'lishi aniq

Grippning boshqa asoratlari – faringit, laringit, traxeobronxit, bronxiolit, bodomcha bezlarning zararlanishi (lakunar va follikulyar angina), burun qo'shimcha bo'shliqlari yallig'lanishi (gaymorit, frontit, etmoidit), eshituv apparati organlari xastalanishi kasalliklari (otit, yevstaxiit) asosiy kasallikka mikroflora qo'shilishi bilan bog'liq bo'ladi.

Tashxisi. Gripp epidemiyalari oralig'idagi davrda uchrab turadigan boshqa o'tkir respirator kasalliklarni (ularning grippga o'ta o'xshashligi tufayli tezda tashxis qilish va o'zaro qiyoslash) birmuncha qiyin. Epidemiya davrida kasallikning aniq klinik belgilar bilan o'tadigan og'ir shakllarining ko'payib qolishidan gripp tashxisi osonroq bo'lib qoladi.

Kasallikning yetakchi klinik belgilari uning birdan boshlanib, dastlabki kunlardanoq intoksikatsiya belgilarining rivojlanishi, bemorda isitma chiqib, haroratning ko'tarilishi, bosh og'rishi, xususan peshona, qosh usti ravoqlari sohalarida, ko'z soqqalari harakatlantirilganda kuchli og'riq sezilishi, mushaklarda ham og'riq bo'lib, odamning bo'shshib qolishi, 2-3-kunlarga borib, kataral o'zgarishlar – tumov, quruq yo'tal, tomoqda va halqumning orqa devorida tarqoq giperemiyalarning paydo bo'lishidir.

Kasallikning ilk bosqichlarida grippni tezda aniqlash uchun tovlanadigan (flyuossen) antitelolarni tekshirish usuli qo'llaniladi. Serologik tekshirishlar retrospektiv diaqnoz qo'yishga yordam beradi.

Paragripp – paragripp viruslari sababli boshlanib, kuchsiz intoksikatsiya belgilari bilan o'tadigan va yuqori nafas yo'llari, asosan, hiquildoq zararlanishiga sabab bo'ladigan o'tkir respirator kasallikdir.

O'tkir respirator infeksiyalar orasida paragrippning salmog'i 20 foizni tashkil etadi. Bu kasallik aksari darmon qurishi, odamning biroz bo'shashib, boshi, asosan peshona sohasining sal og'rib turishi, burni bitib qolishi, kuchsiz yo'tal paydo bo'lib, tomog'i achishib turishi bilan asta-sekin boshlanadi.

Paragrippda intoksikatsiya simptomlari ko'pchilik bemorlarda qisqa muddatli, kuchsiz ifodalangan bo'ladi, ba'zi bemorlarda esa umuman bo'lmaydi.

Paragripp etiologiyasiga aloqador o'tkir respirator kasallik uchun harorat ko'tarilishidan ko'ra kasallikning uzoqroq vaqtga cho'zilishi (katta yoshli odamlarda 8 kungacha) ko'proq xosdir. Harorat odatdagicha bo'lib, vaqti-vaqtida biroz ko'tarilib turadi, ikki to'liqni bo'lib ham o'tadi. Dastlabki 2 kunda harorat subfebril darajada bo'lib, keyingi 2-3 kun davomida 38-39,5° C gacha ko'tariladi, so'ngra 3-5 kun davomida subfebril darajada saqlanib turadi. Haroratning pasayish davri, boshqa respirator kasalliklardagidan ko'ra ko'proq terlash bilan birga o'tadi.

Kataral o'zgarishlar paragrippda yetakchi sindrom bo'lib, asta-sekin kuchayib boradi. Burun bitib qolgani ustiga undan biroz miqdorda seroz suyuqlik kelib turadi. Eng doimiy simptom bo'lmish quruq yo'tal kasallikning birinchi kundan boshlanib, dag'allashib boradi, odam yo'taladigan bo'lib qoladi, ovoz bo'g'ilib, xirillab chiqadi, ba'zan chiqmay qolishi ham mumkin (afoniya). Tomoqda ko'riladigan giperermiya grippdagidan ko'ra ancha kam bo'ladi, ekssudativ hodisalar esa uncha sezilmaydi, goho yumshoq tanglay donadorligi ko'rinadi. Paragrippda kataral holat simptomlari erta boshlanadi, ammo ular bemorga uncha ozor bermaydigan darajada bo'lib, 2-3 haftagacha davom etadi.

Asoratlari. Paragripp infeksiyada eng ko'p uchraydigan asorat, boshqa respirator kasalliklarda bo'lganidek, o'tkir bronxit va pnevmoniyadir. Angina, gaymorit ancha kam, meningitlar, nevritlar esa juda kamdan-kam uchraydi.

Tashxisi. Bu kasallikning o'ziga xos simptomlari bo'lmagani uchun klinik tashxis birmuncha qiyin. Rinofaringolaringit tarzida o'tadigan, ayni vaqtda laringit simptomlari ustun turadigan respirator kasalliklarni paragripp deb gumon qilishga asos bo'ladi.

Kasallik tashxisida virusologik, serologik, immunoflyuoressent usullar qo'llaniladi.

Adenoviruslar chaqirgan infeksiya, sezilarli darajadagi isitma bilan va yuqori nafas yo'llari, tomoq, ko'z, gohida ichaklarning zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Adenoviruslar serotiplarining soni 30 dan oshadi. Adenovirus infeksiyasining klinikasi xilma-xil, ya'ni polimorfdir, lekin kasallik

hamisha kataral sindrom bilan namoyon bo'lib, u kasallikning boshqa sifatlarini ikkinchi o'ringa o'tkazib qo'yadi.

Bu kasallik odatda, birdan, intoksikatsiya belgilari paydo bo'lishi bilan boshlanadi: bosh og'rib, a'zoi badanning simillab turishi, et uvishishi va junjikish shular jumlasidandir. Tana harorati asta-sekin ko'tariladi va uning eng yuqori darajaga chiqishi xastalikning 2-3-kuniga to'g'ri keladi. Isitma chiqish o'rtacha 7 kun atrofida bo'ladi. Harorat egri chizig'i bir tekis yuqori yoki ko'tarilib tushib turuvchi (remittiruyushaya) haroratni bildiradi va boshqa tur o'tkir respirator kasalliklarga qaraganda ko'proq (yangi a'zolarining patologik jarayonga jalb etilishiga qarata) ikki to'lqinli yoki vaqti-vaqtida subfebril ko'rinishda bo'lishi mumkin. Ko'ngil aynash, qayt qilish, qorin og'rig'i va ichning surib turishi, boshqa o'tkir respirator kasalliklardagidan ko'ra tezroq uchrab turadi.

Adenovirus infeksiyasida sezilarli darajadagi kataral belgilar kasallikning klinik sindromiga o'ziga xos tus beradi. Burunning bir qadar bitib turishi va tumov bo'lishi adenovirus infeksiyasiga xos ilk belgilardir; bemorlar tomog'i og'rib, halqumi achishib turishidan, yo'talib, balg'am tashlayotganlaridan noliydi, aksari ko'zlari yoshlanib turadi, kon'yunktivit yuz berganda (bu adenovirus infeksiyaning belgilaridan biri) esa, ko'zlar qattiq achishadi va qichishadi. Bunda ko'z shilliq pardasining zararlanishi kataral, follikulyar tusda yoki pardali bo'lishi kuzatiladi.

Adenovirus infeksiyasida aksari halqum ham zararlanadi. Yallig'lanish jarayoni kamdan-kam hollarda faringit boshlanishi bilan cheklanib qoladi, aksari rinofaringit va rinofaringotonzilit simptomlari ham ko'rinadi. Tonzilit boshqa o'tkir respirator kasalliklardagidan ko'ra ko'proq uchraydi. Shu bilan birga bodomcha bezlarning giperemiyasi ularning giperplaziyasiga qaraganda kamroq ifodalangan bo'ladi. Shishib turgan bodomcha bezlarning shilliq pardasida aksari mayda-mayda orolsimon yoki pardasimon karashlar paydo bo'ladi, bular follikulyar yoki lakunar anginani estlatadi. Giperemiyaning nisbatan xiraroq rangda bo'lishi va lakunalardan yiring chiqmasligi ularni yuqoridagi tip anginalardan ajratib turadi.

Tabiatan adenoviruslarga aloqador bo'lgan o'tkir respirator kasalliklarda ko'p hollarda (70 foiz) bronxlar o'tkazuvchanligi buzilib, bronxospazm boshlanadi va oqibatda astmatik belgi, shilliq parda shishi rivojlanadi.

Bemorlarda ko'pincha jag' osti va bo'yin limfa bezlari bir qadar kattalashadi. Ba'zan qo'ltiq osti va chov bezlari, ayrim hollarda esa mezenterial limfa tugunlari ham jarayonga qo'shilib ketadi. Mezenterial tugunlarning keskin giperplaziyasi o'tkir appenditsit ko'rinishiga o'xshab ketishi mumkin. Adenovirus infeksiyasida hazm sistemasi boshqa o'tkir

respirator kasalliklariga qaraganda ko'proq zararlanadi. Odamning ishtahasi pasayib, tili karash bo'laydi, qorni og'rib turadi, ich ketishi paydo bo'ladi.

Asoratlari adenovirus infeksiyaning turli bosqichlarida boshlanib, u bakterial floraning qo'shilishi bilan uzviy bog'liq bo'ladi. Hamma asoratlardan ko'proq pnevmoniya va anginalar uchraydi, plevrit, gaymorit, frontit va piyelitlar esa kamroq kuzatiladi.

Tashxisi. Adenovirus infeksiya tashxisi klinik-epidemiologik vaziyatni sinchiklab o'rganib, uni tahlil etishga asoslangan bo'lishi kerak. Klinik diagnostika tipik hollarda sezilarli kataral sindromning o'tkir yuzaga kelishi, uzoq isitma chiqib turishi, mo''tadil darajali intoksikatsiya jarayoni, kon'yunktivit, tonzilit, limfaadenit, gepatolienal sindrom va diareya kabi belgilarning borligiga asoslanadi.

Ekspress-diagnostika uchun lyuminiscent rinotsitioskopiya va immuno flyuorensensiya usullari bilan tekshiruv natijalaridan foydalaniladi.

Virusli respirator-sinsitial infeksiya (RS-infeksiya) – o'rta darajali intoksikatsiya belgilariga ega va asosan nafas yo'llarining quyi bo'limlari zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallikdir. U jahon bo'ylab keng tarqalgan va barcha o'tkir respirator kasalliklarning 13,5 foizidan tortib, to 53,6 foizigacha bo'lgan qismini tashkil etadi.

Kasallik birdan yuz berishi yoki asta-sekin rivojlanib, uning belgilari 3-5 kunlarida avjiga chiqishi mumkin.

RS-infeksiya uchun ko'p hollarda manifest intoksikatsiya belgilari xos emas, faqat kasallik ba'zan og'ir kechib asoratlari paydo bo'lgandagina bemorda isitma chiqib, harorati 39° C gacha ko'tariladi. Harorat odatda kritik tarzda pasayadi, mabodo takror ko'tarilsa, bu boshlanib kelayotgan pnevmoniyadan darak bo'lishi mumkin.

Kataral holat belgilari yuqori nafas yo'llari shikastlanishiga xos bo'ladi. Kattalarda ular mo''tadil darajada bo'ladi, kasallikning boshlanishidanoq quruq yo'tal bezovtalab, kasallik og'irlashgan sayin bu yo'tal bemorning nafas olishini qiyinlashtirib qo'yadi, ba'zi hollarda esa astmatik sindrom rivoji yuz beradi.

Kasallik avjiga chiqishi bilan bemorlarning ishtahasi pasayadi, ayrim kishilarda dispeptik holat (to'sh ostida og'riqning bo'lishi, najasning bo'tqasimon konsistensiyaga o'tishi va h.k.). Bemorlarning uchdan bir qismida jigarning kattalashganligi va pigment (bilirubin) almashinuvining buzilishi aniqlanadi. Bunday bemorlarda ko'z oqlarining subikterik rangga kirishi, badan terisining sarg'ayishi, transaminazalar aktivligining oshishi qayd etiladi.

Ko'pincha bemorlarning rentgenogrammasida o'pka tiniqligining quyuvlashishi va mayda-mayda halqasimon tuzilmalar (zichlashib qolgan

mayda bronx devorlarining asosiy proyeksiyalari ustiga kichik-kichik chiziqsimon va qovuzloqsimon soyalar tushib turgani) ko'rinadi O'pkaning ayrim qismlarida birmuncha yirik halqasimon tuzilmalar ham bo'lishi mumkin (bular bullyoz emfizema bronxektazlardir). Odatda, 7-10 kunlardan keyin ular yo'qolib ketadi, o'pka esa asliga batamom qaytishi biroz keyin ro'y beradi.

Asoratlari. Respirator-sintitsial infeksiya asoratlari bronxopnevmoniya, plevropnevmoniya ko'rinishlarida zohir bo'ladi, gohida otitlar, sinusitlar boshlanadi.

Tashxisi. Klinik tashxis bu kasallikda o'z qiyinchiliklariga ega. RS-infeksiyani gripp va boshqa respirator kasalliklardan tafovutlab olish lozim. Bu kasallik asta-sekin boshlanib, unda isitmalash jarayonining nisbatan sust kechishi, yuqori nafas yo'llarining kamroq, quyi nafas yo'llarining esa ko'proq zararlanishi, nafas yetishmovchiligi boshlanishi bilan birga intoksikatsiya belgilarining zo'rayishi kelib chiqadi. Yuqoridagi o'zgarishlar bilan bog'liq ravishda bemor yuzining oqarishi, lablarining ko'karishi, uning hansirab turishi va uning astmatik sindromga duchor bo'lishi mumkin. Bunday holatdagi bemor o'pka perkussiyasida uning o'pkalari sathi ustida qutichaga xos tovush (timpanit) eshitiladi. Respirator-sintitsial infeksiyaning ilk belgilari – hansirash yoki nafas jarayonining qiyinlashuvi bilan birga surunkali bronxit, halqum, burunlarning bir qadar zararlanishi, yengil intoksikatsiya, subfebril harorat, isitma chiqib turishi kabi belgilarining bo'lishidir.

Laboratoriyada qo'llaniladigan virusologik va serologik tashxis usullari retrospektiv diagnoz qo'yishga yordam beradi. Flyuoressensiyalanuvchi antitelalarni flyuoressent mikroskopiya yordamida aniqlash bu kasallikning barvaqt diagnostikasini ta'minlaydi.

Rinovirus infeksiya (o'tkir infeksiyon rinit) – rinoviruslar qo'zg'atadigan o'tkir respirator kasallik bo'lib, asosan burun shilliq pardasining zararlanishi, sezilarli darajadagi rinoreya va mo''tadil umumiy intoksikatsiya belgilari mavjudligi bilan xarakterlanadi.

Bu kasallik birdan boshlanib, odam junjikib turganidan keyin lanj bo'ladi, boshida og'irlik, badanda «simillagan» og'riqlar sezadi. Sust ko'rinishdagi bu intoksikatsiya belgilari bemorda harorat normal yoki subfebril bo'lib turganda ro'y beradi. Ba'zan bemor harorati qisqa vaqt 38° C gacha ko'tarilishi mumkin.

O'tkir infeksiyon rinitda barvaqt boshlanadigan va unga xos bo'lgan aksirish, tomoqning achishib, tirnalgandek bo'lib sezilishlari avj olib boradi.

Tez orada burun bitib, burundan nafas olish qiyinlashadi, bir necha soatdan keyin esa burundan suvsimon, seroz suyuqlik kelaverib bemorni burun orqali nafas olishdan mahrum qiladi. Rinovirus infeksiyasida

burundan keladigan suyuqlik juda mo'l bo'ladi. Bemorda keskin ifodalangan rinit bo'lganda burun va uning qo'shimcha bo'shliqlari sohasida og'irlik paydo bo'lib, boshi og'rib turadi, quloqlar bitib qolgandek bo'ladi, hid va ta'm bilish sezgisi pasayadi. Rinoreya bilan bir qatorda ancha ko'p hollarda tomoqni achishtiradigan quruq yo'tal paydo bo'ladi, ko'zlar yoshlanib, qovoqlar qizaradi.

Intoksikatsion belgilar ko'pi bilan ikki kun davom etadi-yu, lekin 6-7 kungacha burundan suv to'xtamaydi. Ikki haftadan keyin odam batamom sog'ayib ketadi, asteniya simptomlari ham qolmaydi.

Asoratlari. Asoratlari kam uchraydi. Kasallikning biroz surunkali tus olishi bakterial infeksiya (gaymorit, frontit, etmoidit, otit, angina, kamroq bronxitlarning qo'shilib qolishiga bog'liq.

Tashxisi. Rinovirus infeksiyasi tashxisi kuchli rinit bilan kechishi tufayli barvaqt bo'ladi.

Laborator ko'rsatkichlardan diagnostika maqsadida asosan serologik usul – neytrallashtiruvchi reaksiyasi natijasidan foydalaniladi.

Koronaravirusli respirator kasalliklar yil davomida kuzatiladi, ammo ular qish-bahor fasllarida birmuncha ko'payadi. Bu kasallik har xil og'irlikda o'tishi mumkin. U yengil kechuvchi rinovirus infeksiyasiga o'xshab ketadi: burundan bir talay suvsimon suyuqlik kelib turishi bilan namoyon bo'lib, ba'zida xastalik profuz rinit qiyofasiga kiradi. Bemorlarda umumiy infeksiya belgilari sust ifodalangan bo'lib, tana harorati ko'tarilmaydi.

O'rtacha og'ir tur rinitda intoksikatsiya va nafas yo'llari quyi qismlarining zararlanishiga xos belgilar ko'zga tashlanadi: yo'tal, ko'krakning og'rib turishi, burun va quloqlarning bitib qolgandek bo'lib tuyulishi, nafasning dag'allashishi va hushtakka o'xshab eshitiladigan xirillashlarning bo'lishi (o'tkir bronxitga xos) shular jumlasidandir.

Kasallikning og'ir shakli sezilarli darajadagi intoksikatsiya belgilari, to'lqinsimon isitma, o'tkir bronxit ko'rinishi bilan namoyon bo'ladi: ko'pincha asorat berib, o'tkir virusli bakterial pnevmoniyaga aylanib ketadi, bu rentgenologik tekshirishda mayda o'choqli ikki tomonlama pnevmoniya ko'rinishida aniqlanadi. Koronaravirusli infeksiya asoratlari bir yarim oygacha davom etib borishi mumkin.

Respirator mikoplazmoz – mikoplazmozlarning bir turi. M. Pnevmonial nafas yo'llarining hamma bo'limlarini, ayniqsa pastki bo'limlarini zararlantirib, og'ir-yengilligi jihatidan turli daraja og'irlikdagi respirator kasalliklarni keltirib chiqaradi

Respirator mikoplazmoz uyushgan jamoalarda (yangi harbiy xizmatga chaqirilgan yoshlar, o'quvchilar va boshqalar orasida) ko'proq uchraydi va 50-60 foiz hollarda o'tkir bronxitga sabab bo'ladi.

Bu kasallik aksari asta-sekin, goho esa to'satdan boshlanadi. Kasallik asta-sekin, o'rtacha o'tkir holda boshlanganida, kishi harorati ko'pincha odatdagiday yoki subfebril bo'ladi, ba'zan 38° C gacha ko'tariladi. Ayni vaqtda intoksikatsiya alomatlari sust ifodalangan bo'lib, salgina junjikish, lanj bo'lish, bosh og'rishi, orqa, bel, oyoq mushaklarida bo'ladigan o'tkinchi og'riqlar ko'rinishida kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunlaridan boshlab odam tez-tez quruq yo'talib turadi, tomog'i og'riydi, biroz burni bitib, undan suv kelib turadi.

Kasallik birdan, o'tkir boshlanganida intoksikatsiya belgilari birmuncha sezilarli bo'ladi. Bemor harorati kasallikning 3-4-kunida 38,5-40° C gacha ko'tariladi va u ba'zan kasallikning asosiy belgisi bo'lib, 10 kungacha saqlanib turadi. Og'ir hollarda sust ifodalangan meningeal simptomlar (ensa mushaklari regidligi, Kerning simptomi, qayt qilish) kuzatilishi mumkin, lekin bunda orqa miya suyuqligidagi hujayralar soni (sitoz) odatdagicha qoladi. Bemorlarning bir qismida bosh aylanishi, lanjlik kuzatiladi, biroq isitma baland bo'lib turishiga qaramay, bemorning umumiy ahvoli uncha og'ir bo'lmaydi. Shu bilan bir vaqtda lanj bo'lib darmoni quriydi, terlaydi, bu belgilar kasallikning dastlabki kunlaridan boshlanib, kasallik avj olgan davrida zo'rayadi va belgilardan ancha uzoq saqlanib, bir necha haftagacha davom etadi. Ba'zi bemorlarda astenizatsiya holati boshlanib, u kasallikning asosiy ko'rinishi bo'lib qoladi va uzoq (3-5 hafta) saqlanadi.

Respirator mikoplazmozning doimiy alomati yo'taldir. Kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab odam oz-moz va goh-gohida yo'talib turadi. Kasallikning 3-5 kuniga kelib yo'tal zo'rayadi, qiyin ko'chadigan shilimshiq balg'am paydo bo'ladi. Balg'amga qon, yiring aralashgan bo'lishi mumkin. Bu o'zgarishlar bronxlarning shikastlanganidan darak beradi.

O'tkir bronxitning fizikal alomatlari kam bo'ladi (dag'al nafas, past ovoz, tarqoq va quruq xirillashlar). Respirator mikoplazmozda bronxial daraxt distal bo'limlari zararlanishiga xos simptomlar bo'lmaydi.

Respirator mikoplazmoz katta yoshli odamlarda umuman olganda bezarar o'tadi.

Xulosa qilib aytganda, o'tkir respirator kasalliklar, yuqori va pastki nafas yo'llari xastalarining ko'payishida katta ahamiyatga ega. Demak, O'RKni o'z vaqtida dinamika qilish, to'g'ri zamonaviy uslublar bilan davolash yuqori va pastki nafas a'zolarining o'tkir va surunkali kasalliklarini oldini olishda juda katta ahamiyatga ega.

O‘TKIR BRONXIT

Nafas a‘zolari kasalliklari orasida o‘tkir bronxit eng ko‘p uchradigan xastaliklardan biri hisoblanadi. Bu dard ko‘pincha faslning sovuq kunlarida, ayniqsa, bahor va kuzda, havo harorati tez-tez o‘zgarib turadigan vaqtlarida ayniqsa gripp epidemiyasi vaqtida juda ko‘payadi. Shuni aytib o‘tish kerakki, O‘zbekiston Sog‘liqni Saqlash vazirligida bu sohada statistik aniq ma‘lumotlar yo‘q. Bu kasallik gripp epidemiyasi boshlanishi bilan juda tez muddatda ko‘payib ketishi hammaga ma‘lum.

O‘tkir bronxit kasalliklar orasida 2-3 foizni, nafas a‘zolari xastaliklari orasida esa 30-40 foizni tashkil etadi.

Kelib chiqish sabablari asosan, bronx shilliq pardalari zararlanishi bilan davom etuvchi yallig‘lanish hisoblanadi.

Shuni qayd etish kerakki, ko‘p yillar davomida, ayniqsa xalq orasida o‘tkir bronxit va yuqori nafas yo‘llari xastaligini «shamollash» kasalligi deb hisoblab kelishgan, bunga albatta asos bor.

Xususan, o‘tkir respirator kasalliklar, gripp infeksiyasi 50-60 foiz hollarda o‘tkir bronxitning kelib chiqishiga sabab bo‘ladi.

So‘nggi yillarda o‘tkazilgan klinik-laborator va mikrobiologik tadqiqotlarga ko‘ra, ushbu kasallik zaminida infeksiya yotishi va so‘ng yana shu asosda o‘tkir bronxit kelib chiqishi aniqlandi.

O‘tkir bronxitning kelib chiqishida shamollash yoki sovuq ta‘sirida organizm shilliq pardalarida qon va limfa almashinuvining yomonlashishi sodir bo‘lib, infeksiyaning ko‘payishi va ularning faollashuviga qulay shart-sharoitlar yaratiladi.

Turli xil mikroblar, bakteriyalar, ayniqsa viruslar o‘tkir bronxitning paydo bo‘lish omillari qatoriga kiradi, bular ko‘proq yuqori nafas yo‘llarining o‘tkir qatorini, pnevmoniya yoki boshqa xastaliklarni keltirib chiqaradi. Gripp virusi, stafilokokk, streptokokk, pnevmokokk va boshqa kasal chaqiruvchi tayoqchalar o‘tkir bronxit kelib chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Shuni aytib o‘tish kerakki, yuqorida qayd etilgan mikrofloralardan tashqari, o‘tkir bronxit kelib chiqishida paragripp viruslar, shuningdek, adenoviruslar ham katta ahamiyatga egadir. Kasallik qo‘zg‘atuvchi infeksiyon omillardan tashqari, o‘tkir bronxitning kelib chiqishida turli kimyoviy omillar – kislotalar, metall, ammiak, xlor, sulfat angidridi va boshqalar ham katta rol o‘ynashi mumkin.

Ayrim hollarda o‘tkir bronxit allergik xastaliklar oqibatida hamda dori-darmonlardan kelib chiquvchi allergik holatda yoki ikkilamchi infeksiya qo‘shilishi natijasida rivojlanishi mumkin.

Shuningdek, o‘tkir bronxit turli xil yuqumli (infeksiyon) kasalliklardan so‘ng qizamiq, ko‘k‘yo‘tal, bo‘g‘ma, ich terlama xastaliklarida asorat

sifatida yuzaga kelishi mumkin. Bundan ko‘rinadiki, o‘tkir bronxitning kelib chiqishida juda ko‘p sabablar mavjud bo‘lib, ularni o‘z vaqtida aniqlash kasallikni o‘z vaqtida davolashga katta yordam beradi.

Demak, issiqlik rejimining buzilishi har xil xastaliklar rivojlanishi uchun qulay shart-sharoit yaratib, ayniqsa, nafas yo‘llari holatida drenaj va trofik buzilishlarga sabab bo‘ladi. Bu buzilishlar oqibatida har xil mikroblar tez rivojlanadi.

Yallig‘lanish jarayonida turli patogen mikroblar toksin (zahar) lar chiqarishni kuchaytiradi va ular qonga so‘rilib, et uvishishi, harorat ko‘tarilishi, umumiy quvvatsizlik, bosh og‘rig‘i kabi belgilarni keltirib chiqaradi, keyinchalik bunga quruq yo‘tal ham qo‘shiladi.

Quyidagi xastaliklar rivojlanishida surunkali rinit, sinusit, faringit, tonzilit, har xil yurak kasalliklari, shuningdek zararli odatlar – chekish, ichkilikbozlik, nashavandlik ham katta ahamiyatga egadir.

Patanatomik o‘zgarishlar, asosan, bronxlar shilliq pardasi qizargan (qizil yoki tim qizil rangda), mayin va shishgan bo‘ladi, shilliqli, shilliqyiringli yoki yiringli eksudat bilan qoplangan bo‘ladi.

Yirik va o‘rtacha katta bronxlarda, yallig‘lanish jarayoni bo‘lishiga qaramasdan, bronx o‘tuvchanligi o‘zgarmaydi. Lekin mayda bronxlar sekret yig‘ilishi sababli bronx yo‘llari torayib qoladi, hattoki o‘pka atelektazi bo‘lishi ham mumkin.

Shilliq pardada kiprikchalar (tukchalar) kamayib ketadi, hilpillovchi epiteliy faoliyati juda ham pasayib ketadi.

Xastalikning og‘ir turlarida, bronxlarning barcha qavati va perebronxial to‘qima zararlanadi, yallig‘lanish jarayoni bronxlarning oxirgi shoxchalariga yoyiladi va o‘choqli pnevmoniya ham qo‘shilib, bemor ahvoli og‘irlashishi mumkin.

O‘tkir bronxitlarni kelib chiqishiga qarab, shartli ravishda bir necha guruhga bo‘lish mumkin: virusli, virus - bakteriyali; ekzogen, zaharli – kimyoviy, endogen zaharli faktor va fizik omillar; chang va sovuqliklar ta’siridan kelib chiqadigan o‘tkir bronxitlar.

Bu omillarning bir qanchasi yoki barchasi bir vaqtda kelishi ham mumkin.

Kasallik kechishiga qarab 3 turga bo‘linadi: yengil, o‘rtacha og‘ir, og‘ir turlar.

Shilliq pardaning ahvoliga va bronx ajralmasi tavsifiga ko‘ra, endoskopik yoki morfologik tekshiruvga asoslanib quyidagi fenotiplar ajratiladi: 1. Kataral bronxit. 2. Fibriniozli bronxit. 3. Atrofik bronxit. 4. Yiringli bronxit. 5. Gipertrofik bronxit.

O‘tkir bronxit ko‘pchilik bemorlarda tumov, tomoq achishishidan yoki kuyishidan, goho esa tovush bo‘g‘ilishidan boshlanib, keyin unga quruq

yo'tal, to'sh osti og'rig'i qo'shiladi. Bemorning umumiy ish qobiliyati pasayadi. Bordiyu, yo'tal hadeganda bosilmasa, ko'krak qafasi mushaklari va diafragma taranglashuvidan ko'krak mushaklarida og'riq paydo bo'ladi, bu og'riq hatto bemor nafas olganda ham kuchayadi.

Shuni qayd etish kerakki, kasallik boshlanganda yo'tal quruq, dag'al bo'lsa bemorning tinkasini quritadi. Yo'taldan keyin yopishqoq shilliq balg'am ajraladi. Ba'zi bemorlarda nafas qisish hollari ham bo'ladi. Keyinchalik 3-4 kundan boshlab balg'am ajrala boshlanganda yo'tal mayin, nam va yopishqoq - yiringli balg'am ajraladi. O'tkir bronxitga chalingan bemorlarda umumiy quvvatsizlik, ishtahaning kamayishi, gavda haroratining ko'tarilishi qayd qilinadi. Isitma asosan 3-4 kun, kamdankam hollarda 6-7 kun saqlanadi.

Perkutor tekshirishda o'pka tovushi o'zgarganligi qayd qilinadi. Nafas chiqarish uzaygan, kuchaygan va tezlashgan bo'ladi. O'pkada quruq va nam xirillashlar paydo bo'ladi. Kasallikning 3-4 kunida bronxlarda sekret to'planadi, oqibatda turli kuchdagi va kalibrdagi nam xirillashlar eshitaladi, nafas tezlashadi.

Nam xirillashlar ko'proq tarqoq bo'lib, ko'krak qafasi ort tomondan o'pkalarning pastki bo'limlarda yaxshi eshitaladi. Ular bir xil bo'lmay, ko'pincha yo'taldan keyin yo'qoladi, goho esa aksincha, kuchayishi ham mumkin.

O'tkir bronxitda yurak-tomir tizimida ham o'zgarishlar kuzatiladi, taxikardiya, ayrim vaqtda aritmiya bo'lishi mumkin. Qon tahlil qilinganda qisman leykotsitoz va eritrotsitlarning cho'kish tezligining ortishi qayd etiladi. Balg'am – shilliq, yiringli bo'ladi. Mikroskopik tekshirilganda leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrik epiteliy hujayralari ko'plab topiladi, ayrim hollarda eozinofillar ham bo'lishi mumkin.

Funksional tekshiruv usullari: O'HS (o'pkaning hayotiy sig'imi) birmuncha kamayishi mumkin, nafas olish tezlashuvidan nafasning minutli hajmi oshadi. Rentgenogrammada – o'pka ildizlari kengaygan, ayniqsa pastki bo'limlarda o'pka surati kuchaygan bo'ladi.

Xastalikka to'g'ri davo qilinganda 3-4 kunda isitma me'yorlashadi, quvvatsizlik, terlash hamda balg'am ajralishi kamayadi va 7-8 kun mobaynida bemorning ahvoli yaxshilanadi. Kasallik og'ir kechganda harorat 38-39 darajagacha yetadi. Yo'tal tinkani quritadi, quruq bo'ladi, keyin balg'amli yo'tal paydo bo'ladi.

O'tkir bronxitning og'ir turlari goho surunkali turga o'tishi ham mumkin. Xastalik noto'g'ri davolash oqibatida uzoq cho'zilib ketganda, tarqoq yallig'lanish o'zgarishlarga ega bemorlarda o'pka ventilyatsiyasi va bronx o'tkazuvchanligining vaqtincha buzilishi kuzatiladi. Xastalik og'ir kechganda nafas yetishmovchiligi rivojlanadi. Bu o'zgarishlarga

mayda bronxlardagi spazm va bronxlar torayishiga olib keluvchi yallig'lanish sabab bo'ladi.

O'pka ventilyatsiyasi va bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi bilan davom etuvchi bronxitlar obstruktiv bronxit deb ataladi, bu esa bemorni ahvolini og'irlashtiradigan holatdir.

Bemorlarning bir qismida salbiy omillar ustunlik qilganda, ayniqsa, allergik holat bo'lganda kasallik cho'zilib ketadi. Bemorlarda «talvasali», «bo'g'uvchi yo'tal va qiyinlashgan nafas» olish paydo bo'ladi. Auskultatsiyada ko'pincha hushtaksimon, goho yakkam-dukkam nam xirillashlar eshitiladi, bunda nafas chiqarish uzayib, nafas olish qiyinlashib qoladi.

Kasallik to'g'ri davolanganda o'tkir obstruktiv bronxitga ega bemorlarda ko'p hollarda bronx o'tkazuvchanligi bora-bora tiklanadi va shu bois bemorlar ahvoli yaxshilanadi.

O'tkir diffuz bronxit sababli allergiyasi bor kishilarda ko'proq astmoid holat ham qo'shiladi. Yo'tal xuruji goho bronxial astmada bo'lgan holatni eslatadi va ko'pincha bu xuruj tunda bo'ladi va unga goho qo'rquv, hayajon qo'shiladi.

Shu o'rinda grippoz o'tkir bronxit haqida ham ma'lumot berib o'tishimiz lozim. Kasallik virusli gripp tufayli 2-3 kuni boshlanib, virusli bakterial bronxit deb ataladi. Ko'pincha bu dard gripp epidemiyasi vaqtida kuzatiladi. Qisqa inkubatsion davrdan so'ng o'tkir boshlanib, harorat oshib ketadi. Bemorning ahvoli og'irlashadi. Quruq yo'tal, burundan faqat 3-4 kun o'tgach, seroz shilliqli ajralma paydo bo'ladi.

Grippoz bronxit shilliq parda va nafas yo'llariga qon quyilishi bilan davom etadi, og'ir hollarda balg'amda qon lahtalari ham paydo bo'lishi mumkin. Bemorlar kam xarakat bo'lib qolishadi, kuchli bosh og'riqdan noliydilar, boshlari aylanib, goho xushdan ketish ham bo'lishi mumkin.

Gripp infeksiyasi asab tizimiga kuchli ta'sir etganidan, ko'pchilik bemorlarda nevrалgiya, qo'l-oyoq, bilak, bo'g'imlarda kuchli og'riqlar bo'ladi.

Virus zahari (toksini) asab tizimining vegetativ bo'limi, ayniqsa, parasimpatik bo'limiga ta'sir ko'rsatadi, tomir urushini sekinlashtiradi, gipotoniya, ko'p terlash qayd qilinadi. Xalqum, bodomcha bezlarda, yumshoq tanglay qizarib ketadi, goho esa mayda-mayda qon quyilishi ham bo'lishi mumkin.

Grippda ko'pincha leykopeniya, oq qon formulasida mo''tadil chapga siljish, neytropeniya, monotsitoz qayd qilinadi, og'ir hollarda yosh hujayralar ham paydo bo'lishi mumkin.

O'tkir virusli bronxit asoratlar berganda, ayniqsa yurak-tomir, buyrak yetishmovchiliklari qo'shilsa, bemor ahvoli og'irlashadi.

Zaiflashgan bemorlarda yurak-tomir tizimi kasalligi tufayli o'tkir bronxit xurujida mayda bronxlar ham zararlanishi va bronxiolit kelib chiqishi mumkin. Bunda bemorda isitma baland bo'ladi, havo yetishmaydi, hansirash, diffuz sianoz, tinkani qurituvchi, yiringli balg'am ajraluvchi yo'tal paydo bo'ladi va ko'krakda og'riq kuchayadi.

Perkutor tekshirish jarayonida qutichasimon tovush eshitiladi (alveolalar shishishi bilan bog'liq). O'pkada ko'plab mayda pufakchali nam hamda quruq xirillashlar eshitiladi. Nafas zaiflashgan, tezlashgan bo'ladi, tomir urishi tezlashib, yurak tovushi bo'g'iq bo'ladi.

Demak, og'ir bemorlarni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish zarur, chunki bunday hollarda ko'pincha pnevmoniya ham qo'shilishi mumkin.

Tashxis qo'yishda anamnez ko'rsatmalari, shikoyatlar, obyektiv va laborator tekshirish natijalari katta ahamiyatga ega. Farqlovchi differensial tashxisda o'tkir bronxitni gripp, o'tkir faringit, laringit, traxeitdan ajratish lozim.

Yoshi qaytgan kishilarda va yurak-tomir tizimi xastaliklari bor bemorlarda farqlash tashxisini o'tkazish ancha qiyin bo'ladi.

Ma'lumki, o'choqli pnevmoniya ko'pincha o'tkir bronxit yoki yuqori nafas yo'llari katarining asoratlari bo'lishi mumkin.

Pnevmoniya qo'shilishi bilan bu dard juda og'ir kechadi, harorat 38-39 darajaga ko'tariladi. Bemor tinch yotganda ham hansiraydi, shilliq yiringli balg'am ajratib yo'taladi. O'pkada perkutor tovushning bo'g'iqligi, tovushning kuchli tebranishi (o'pka zichlashuvidan) qayd qilinadi, mayda pufakcha tovushli xirillashlar eshitilib, ular bemor yengil yo'talganidan keyin ham saqlanadi.

Tashxis jarayonida klinik ma'lumotlardan tashqari, rentgen tekshiruvi, qon tahlili va hokazolar yordam beradi. Bordiyu, o'tkir bronxit astmoid holat bilan davom etsa, uni bronxial astmadan ajrata bilish katta ahamiyatga ega. Chunki bunday hollarda ularning davolash usullari har xildir.

Ko'pincha grippez bronxitlar qaytalanadi va sinusit, gaymorit, faringit, yevstaxeit, goho otit asoratlari berishi mumkin. Kasallik og'ir kechganda u pnevmoniya, perebronxit, mayda atelektazlarga olib kelishi yoki surunkali turiga o'tishi mumkin. Shuni ham aytib o'tish kerakki, bunday asoratlari ko'pincha yurak-tomir tizimi, buyrak va jigar xastaliklariga uchragan, immun holat zaiflashgan bemorlarda kuzatiladi.

Kasallik profilaktikasida yuqori nafas yo'llari kasallanishini keltirib chiqaruvchi barcha sabablarni bartaraf etish, ya'ni chekishga, ichkilikbozlikka qarshi kurashish, o'choqli infeksiyalarni bartaraf qilish va organizmni chiniqtirish katta ahamiyatga ega.

O'tkir bronxitning og'ir turiga duchor bo'lgan bemorlar albatta yotoqli kasalxonalarda, yengil va o'rta og'ir tur bronxitga ega bo'lganlari esa uy sharoiti, poliklinikada shifokor kuzatuvi ostida davolanishlari lozim.

Davo asosan simptomatik kasallikning belgilariga qarab, aspirin, analgin, kofein, sulfanilamid, vitamin, mineral suv va sharbatlar, kunora banka, oyoqlarga vannalar bilan olib boriladi. Kasallik og'ir kechganda va isitma tushavermaganda 7-10 kunga tegishli antibiotiklardan buyuriladi. Yo'tal hadeganda bosilmaganda bromgeksin va boshqa dorilar tayinlanadi.

Bronxlar spazmida bronxolitiklardan – eufillin, efedrin, yoki teofedrin buyuriladi va aerozol holdagi spazmolitik preparatlar buyuriladi. Yana bug'li ingalyatsiya buyuriladi. Hozirgi vaqtda ayniqsa, kasallik og'ir kechganda, tarkibida garmon bo'lgan spazmolitik ingalyatorlar qo'llanilmoqda.

Bemorlar faqat batamom tuzalib ketganlaridagina mehnatga ruxsat beriladi, lekin kasallik og'ir o'tsa yoki unga pnevmoniya ham qo'shilsa bunday bemor davolashdan so'ng dispanser hisobida bo'lib, tegishlicha kuzatilishi lozim.

PNEVMONIYA

Pnevmoniya o'pkada kuzatiladigan fokal o'zgarishlar hamda rentgenologik tekshirishlarda topiladigan, ammo ilgari ko'rilmagan va boshqa sabablar tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lmagan, dog' paydo bo'lishi bilan o'tuvchi o'tkir respirator kasallikdir (A.G.Chuchalin, 1990). Morfologik nuqtai nazardan bu kasallik respirator to'qimada avjlanib boradigan jarayonlar majmuasi bo'lib, rentgenologik tekshirishda tasdiqlanadigan va infeksiya bilan bog'liq bo'lgan eksudativ yallig'lanish, goho oraliq to'qimaning va albatta alveolalarning shu jarayonda ishtirok etishi bilan ifodalanadi.

Shuni ko'rsatib o'tish joizki, pnevmoniya to'g'risidagi tushuncha so'nggi bir necha yillar davomida jiddiy o'zgarishlarga uchradi, katta-katta bahslarga sabab bo'layotgan tasniplar paydo bo'ldi, kasallikni yangi davolash usullari taklif etildi. Shu munosabat bilan ko'pgina mamlakatlarda ushbu muammolarga doir milliy kelishuvlar imzolandi.

Hozirgi vaqtda pnevmoniyani o'z vaqtida aniqlash va to'g'ri davolay bilish hamma ixtisoslikdagi vrachlar uchun g'oyat muhim, chunki, masalan, gospital pnevmoniya ko'pincha asosiy kasallik bilan qo'shilib ketadi va uni ancha og'irlashtiradi. Pnevmoniyani tashxislash va davolashga zamonaviy yondoshuvlar amaliyotchi vrachlardan butun diqqat-e'tiborlarini shu masalaga qaratishlarini talab etadi.

Epidemiologiyasi

So'nggi 10 yil mobaynida pnevmoniya bilan kasallanish va undan o'lim hollari hamma yerda bir qadar ko'payib qoldi (P.V. Vlasov, 1998). Pnevmoniya bilan kasallanish hollari har 1000 aholi soniga 3,6 dan 16 tagacha to'g'ri keladi. A.G. Chuchalin ma'lumotlariga qaraganda, Rossiya aholisining bir foizi pnevmoniya bilan og'rib o'tgan (1999). Chunonchi, AQSHda har yili 3-4 mln. kishi o'choqli yoki kruppoz pnevmoniya bilan og'rib o'tadi va bularning 50-70 foizi ambulatoriyalarda davolanadi. Yoshi 60 dan oshgan kishilar guruhida pnevmoniya bilan og'rish hollari 1000 nafar aholi hisobidan olinganda, yiliga 20 dan 44 tagacha yetadi, o'lim esa 10-33 foizni tashkil etadi.

AQSH Milliy institutining ma'lumotlariga qaraganda, o'tkir pnevmoniya bilan og'rib o'tgan 2 mln. dan ziyod kishi har yili vrachlar nazorati ostida turadi. Angliyada bu raqam 80 ming kishini tashkil etadi. Rossiyada 11,5 mln. dan ortiq kishi ushbu kasallik tufayli tibbiy yordamga muhtoj. Ayni vaqtda o'tkir pnevmoniya bilan og'rish hollari 1000 nafar aholi hisobidan olinganda 10-14 tagacha yetadi. A.G.Chuchalin ma'lumotlariga ko'ra, barcha infeksiyon kasalliklar orasida o'tkir pnevmoniya 25 foizni tashkil etadi.

O'lim sabablari orasida pnevmoniya hozirgi kunda yurak-tomir kasalliklari, onkologik xastaliklar va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklaridan keyin butun jahon miqyosida 4-5-o'rinni egallaydi. Infeksiyon kasalliklar orasida esa o'lim bilan tugallanishi jihatidan birinchi o'rinda turadi.

Bu kasallikdagi o'lim hollari bemorning yoshi, kasallik qo'zg'atuvchi mikrobnning turi va bemor kishining qaerda davolanganligiga bog'liq. Masalan, AQSHda bemorlar o'rtasida yuz beradigan o'lim hollari bir foizdan besh foizgacha bo'lgan miqdorni tashkil etadi. Nozokomial pnevmoniya (gospital pnevmoniya) dan yuz beradigan o'lim hollari 30-60 dan 80 foizgacha boradi.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligining statistik ma'lumotlariga qaraganda 1996-1998-yillarda respublikada pnevmoniya bilan kasallangan bemorlar soni har 100 ming aholiga hisoblanganda 757,1 dan 893,9 gacha ortgan va o'lim ko'rsatkichi 30,7 ni (har 100000 nafar aholiga) tashkil etgan.

Etiologiya, patogenez va patomorfologiyalari

O'tkir pnevmoniyaning sabablari to'g'risidagi masala hanuzgacha bahsli bo'lib qolmoqda. Bu qisman bakteriologik laboratoriya asbob-anjomlarining yetarlicha mukammallashmaganligi tufayli mikroblar florasini aniq ajratib olish qiyinligi bilan bog'liqdir.

So'nggi o'n yil davomida jahon bo'ylab jadal sur'atda multitsentrik bakteriologik tekshirishlar olib borildi. Pnevmoniyaga ko'pincha pnevmokokklar, inflyuensa tayoqchasi, stafilokokklar, beta-gemolitik streptokokk, klebsiyellalar sabab bo'lishi aniqlangan. Shu bilan birga pnevmoniyaga olib keluvchi omillar orasida hozirgi vaqtda, ma'lum pnevmotrop qo'zg'atuvchilardan tashqari, mikoplazma, xlamidiy, legionella kabi yangi kasallik qo'zg'atuvchilari paydo bo'ldi. Antibakterial preparatlarni bilar-bilmas va asossiz ravishda ishlataverish penitsillinga chidamli bakterial shtammlar, respirator virus va virus-bakteriya assotsiatsiyalari paydo bo'lishiga olib kelmoqda. Respirator-sinsitial va herpes guruhiga mansub va boshqa viruslar, odam organizmida uzoq vaqt saqlanib qolishi sababli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Biroq mikrobiologiya va virusologiya fanlarida erishilgan muvaffaqiyatlarga qaramay, 30 foiz hollarda kasallik qo'zg'atuvchisini to'la-to'kis belgilab olishning iloji bo'lmay turibdi.

Birlamchi pnevmoniyalarga ko'pincha grammusbat mikroorganizmlar, chunonchi, ularning 30-90 foiziga pnevmokokklar, 15-30 foiziga streptokokklar, 10-15 foiziga gemofil tayoqchalar sabab bo'ladi, grammanfiy flora kamroq uchraydi.

Amaliyotda pnevmoniyaning an'anaviy ravishda bo'lak-lobar (krupoz pnevmoniya) - lobular va o'choqli (bronxopnevmoniya) turlari farqlanadi. Bu patogenetik nuqtai nazardan o'rinlidir. Krupoz pnevmoniyada yirik kalibrli bronxlarning reflektor spazmi bo'lak yoki bir necha o'pka segmenti atelektaziga, keyinchalik esa mahalliy limfa va qon aylanishining buzilishiga, infeksiyaning butun bo'lak bo'ylab «moyli dog» tarzida tarqalishiga olib keladi. Kasallik paydo bo'lishining boshqa yo'lida, mahalliy himoya omillarining kuchsizlanishi oqibatida o'pka to'qimasining chegaralangan joyida bronxogen yo'l bilan infeksiya tarqalishi kuzatiladi, bu esa asosan o'choqli pnevmoniyaga xosdir.

Agar jarayon peribronxial yo'l bilan tarqalib, alveolalarga yetib borsa, bu holda interstitsial pnevmoniya haqida fikr yuritiladi, ammo ko'pgina mualliflar interstitsial pnevmoniyani nozologik birlik ekanligini rad etadilar va buni rentgenologik va aniq morfologik belgilar yo'qligi bilan asoslashga urinadilar. Holbuki, interstitsial pnevmoniyadagi o'zgarishlar yallig'lanish oqibatida emas, balki virusning o'pka to'qimasiga ta'siri natijasida kelib chiqqan tomir reaksiyasidir. Boshqa bir nuqtai nazarga binoan, interstitsial pnevmoniya, krupoz va o'choqli pnevmoniyalarni qaytish fazalaridan biri sifatida qaraladi.

Pnevmoniyaning asosiy morfologik belgisi alveolalarning yallig'lanish jarayoniga qo'shilib ketishidir. Pnevmoniyadagi yallig'lanishning umumiy morfologik manzarasi tomirlarning qonga to'lib ketishi (giperemiya),

o'pka stromasida seroz shishning boshlanishi, fibringa boy eksudat chiqishi, leykotsitlar infiltratsiyasi, eritrotsitlar diapedezi, epitelial hujayralar va leykotsitlarning nobud bo'lishi, kasallik qo'zg'atuvchilarning ko'payib borishi bilan ifodalanadi. Keyinchalik proteoliz boshlanishi natijasida epiteliy o'rnida fibroz shakllanadi. Har xil zichlikdagi infiltratsiya o'choqlari yuzaga keladi, ularning rangi kasallikning qaysi bosqichida ekanligiga qarab kulrang, qizg'ish, jigarrang holda bo'ladi.

Klassifikatsiyasi

Pnevmoniyalar tasnifi yaqin vaqtlargacha klinik-morfologik tamoyilga asoslanar edi. Sobiq Ittifoq davrida, jumladan O'zbekistonda ham O.V. Korovina tomonidan shaklan o'zgartirilgan N.S.Molchanov klassifikatsiyasidan (1962) foydalanilgan. Unga ko'ra, pnevmoniyalar krupoz va o'choqli pnevmoniyalarga ajratilgan. Biroq pnevmoniyalar to'g'risidagi yangi, zamonaviy tushunchalar nazarda tutiladigan bo'lsa, ularni bunday shakllarga ajratish ko'p jihatdan o'zini oqlamaydi. Krupoz pnevmoniya xalq orasida qadimdan zotiljam deb atalib kelgan pnevmokokklar keltirib chiqaradigan pnevmoniyaning faqat bir, o'ziga xos turi ekanligi va tabiatan boshqa qo'zg'atuvchilarga aloqador pnevmoniyalar orasida uchramasligi aniqlangan.

Kasallikning etiologik ta'rif-tasnifi pnevmoniyaning birlamchi sabablari bilan bog'liqligiga qarab, har xil bo'ladi va bu hol amaliy jihatdan ancha muhim. Shu munosabat bilan pnevmoniyalarning kelib chiqish sababiga ko'ra, quyidagi turlari ko'proq uchrab turadi:

- kasalxonadan tashqarida boshlangan (birlamchi) pnevmoniya;
- kasalxonada boshlangan (nozokomial) pnevmoniya;
- immun tanqislik sharoitda boshlangan pnevmoniya;
- atipik pnevmoniya;
- aspiratsion pnevmoniya.

Ushbu tasnifdagi birlamchi pnevmoniya ma'lum sharoitlarda kasalxonadan tashqarida boshlanadigan barcha pnevmoniyalarni o'z ichiga oladi.

Klinikasi

Kasallikning klinik belgilari turlicha. Ular orasida «oltin standart» deb atalgan simptomlar guruhiga alohida ahamiyat beriladi. Isitma, et junjikhining takrorlanishi, yo'tal, balg'amning tabiati va ko'krak qafasida paydo bo'ladigan og'riqlar shular jumlasiga kiradi. Bemorni tekshiruvdan o'tkazayotganda qon va balg'amni analiz qilish, ko'krak

qafasi a'zolarini rentgenda tekshirib ko'rish o'ta zarur. Pnevmoniya bilan og'rigan bemor ahvolini tahlil etish, nafaqat nafas a'zolarini, balki boshqa ichki a'zo va sistemalar (jigar, buyraklar, yurak-tomir, markaziy asab tizimi) holatiga ham baho berib chiqishni talab qiladi.

Pnevmoniyada alveolalar asta-sekin nekrobiozga uchragan hujayra qoldiqlari va ekssudat bilan to'lib boradi, bunda nafas susayib turgani holda pufakli xirillashlar («Srepatio indux») eshitilishi mumkin. O'pkada jigarlanish avj olib borgan sayin perkutor tovush pasayib, agar nafas yo'llari yetarlicha ravon bo'lsa, nafas tabiatan bronxial tus oladi.

Yallig'lanish kamayib borgan sayin bronxial nafas yo'qolib boradi, pnevmoniya o'chog'i ustida yana pufakchali xirillashlar («Srepatio redux») paydo bo'ladi, shuningdek sekret yetarlicha gidratatsiyaga uchrab, bemor yo'talib, balg'am ajratib turadigan bo'lsa, bir talay yirik pufakli nam va quruq xirillashlar eshitiladi (shovqinli nafas). O'pkaning o'rta bo'lagi zararlangan bo'lsa, xirillash faqat cheklangan joyda, o'ng qo'ltiqosti sohasida eshitiladi va yana kasallik o'pkaning pastki bo'laklarida joylashganda, xirillashlar eshitiladigan joy (o'pka pastki qismining harakatchanligi ko'paygan sayin) pastga tomon surilib borishi mumkinligini ham hisobga olish kerak.

Pnevmoniyaning hozirgina tasvirlab o'tilgan tavsifi uning birlamchi turi uchun hammadan ko'ra ko'proq xosdir. Pnevmoniyaning bu turi tibbiy adabiyotda krupoz pnevmoniya (xalq orasida esa zotiljam) deb ataladi.

So'ngi yillarda klinik jihatdan juda og'ir kechadigan va asosan kasalxonada boshlanadigan ikkilamchi gospital yoki nozokomial («nosocomial») pnevmoniyalar ko'payib bormoqda. Gospital pnevmoniyalar boshlanib qolish xavfini tug'diradigan omillar quyidagilardir:

- bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolarida qilingan jarrohlik amaliyotlari, neyroxirurgik, onkologik operatsiyalar;
- reanimatsiya bo'limida davolanish, sun'iy yo'l bilan o'pkaga havo yuborib turish, endotraxeal va traxeostomik naylar qo'yish, nazogastral zond solish, har xil kateterlarni qo'llash, komatoz holatda bo'lish;
- immunosupressorlar, antatsidlar, miorelaksantlar bilan davolanish, uzoq muddat kuchli sedativ preparatlar ta'sirida bo'lish, bemorni uzoq vaqt enteral yo'l bilan ovqatlantirish;
- keksalik va go'daklik davri;
- immun statusning pasayishi.

Umuman bunday pnevmoniyalarni keltirib chiqaradigan omillarni ikki guruhga ajratish mumkin ular endogen va ekzogen omillar deb ataladi. Bemorlarning yoshi, jinsi, surunkali kasalliklari, immun tizimi holatining

o'zgarib qolgani, ozib-to'zib ketganligi yoki semizligi, chekishi, ichkilikbozligi, koma (og'ir behushlik) holatida yotgani, operatsiya bo'lgani, tez-tez qalqib turishi endogen omillar jumlasiga kiradi. Ekzogen omillar esa atrof-muhit holati, shifoxona sharoitlari, bemorga ko'rsatilayotgan parvarish, uning qancha vaqtdan beri va qanday dori-darmonlar bilan davolanganligini o'z ichiga oladi.

Nozokomial pnevmoniyaning eng muhim etiologik omillaridan biri patogen florasi bo'lgan burun-halqum va me'da suyuqligining mikroaspiratsiya yo'li bilan o'pkaga o'tib turishidir. Bunda o'pkaga tushadigan mikroorganizmlarning soni, virulentligi, o'pkaning himoya funksiyasining holati patogenetik jihatdan ahamiyatga ega bo'ladi.

Tomir kateterlaridagi bakteriyalar koloniyalari, turli infeksiya o'choqlari va ichak mikroflorasi yana bir manba bo'lishi mumkinki, bunda o'pkaga infeksiya gematogen yo'l bilan o'tishi mumkin.

Ikkilamchi (nozokomial) pnevmoniyaga stafilokokk va aksari hollarda grammanfiy flora psevdomonauada, klebsiyella, enterobakterialar, ichak tayoqchasi va ko'k yiringlatuvchi tayoqcha sabab bo'ladi. Kasallikni keltirib chiqaradigan asosiy qo'zg'atuvchilar qatoriga zamburug'lar, pnevmotsista, sitomegaloviruslar ham kiradi.

Nozokomial pnevmoniyalarning avj olib borish mexanizmlari boshqacha. Bu o'rinda yo'tal refleksining susayib qolishi, operatsiya paytida bevosita traxeya-bronxial daraxtning shikastlanib qolishi, o'pkaga sun'iy yo'l bilan havo yuborib turish va umumiy hamda mahalliy himoya mexanizmlarining birdaniga zaiflashib qolishi birinchi o'rinda turadi.

Shuning uchun nozokomial pnevmoniyaga alohida e'tibor berish kerak. Bu kasalxonalariga yotqizilgan har ming nafar bemor hisobidan olganda, 5-10 kishida paydo bo'ladigan jiddiy asoratdir. Reanimatsiya va jadal (intensiv) terapiya bo'limlarida esa bu asoratning soni 7-44 foizga yetadi. Amerika tadqiqotchilarining ma'lumotlariga ko'ra, nozokomial pnevmoniyada o'lim hollari 19-70 foizni tashkil etadi va umuman kasalxonada yuz beradigan o'lim orasida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Kasalxonada boshlanadigan ushbu xastalik hollarining bir qismi intubatsiya qilinmay, o'zicha tabiiy nafas oladigan bemorlarda uchraydi, lekin sun'iy yo'l bilan nafas oladigan bemorlarda u ancha ko'p uchraydi.

Yuqorida aytilganlardan ma'lum bo'ladiki, kasalxonalarda sodir bo'ladigan gospital pnevmoniya muammosiga tadqiqotchilarning alohida e'tibor qaratayotganliklari bejiz emas.

Nozokomial pnevmoniyalar, bemorning kasalxonaga yotgan vaqtdan hisoblanganda, ikki va undan ko'proq kundan keyin boshlanadi (agar unda kasalxonaga yotish vaqtida o'pka zararlanganini ko'rsatadigan klinik-rentgenologik alomatlar bo'lmasa). Kasallik boshlanganida

bemorning ahvoli yomonlashadi, harorati ko'tarilib, eti uvishadi, biqinida og'riq paydo bo'lib, yo'talib turadi, shilimshiq, yoki shilimshiq-yiringli balg'am ajratadi. Traxeasiga intubatsion nay qo'yilgan bemorlarda balg'am ko'payib, boshqacha tus oladi va u qo'lansa hidli bo'ladi. Nozokomial pnevmoniya aksari o'pkaning pastki bo'limlarida boshlanadi, tabiatan o'choqli bo'ladi va aksariyat yiringli bronxit bilan birga davom etishi mumkin. Stafilokokk florasi bo'lganida, pnevmoniya uzoq cho'zilib, abscess, pnevmotoraks, plevra empiyemalari paydo bo'ladi. Pnevmoniyani grammanfiy flora (Fridlender tayoqchasi, klebsiyella, ko'k yiringlatuvchi tayoqcha) keltirib chiqaradigan bo'lsa, kasallik xavfli tus olib, o'pka to'qimasida nekroz boshlanadi va pnevmotoraks kabi og'ir asorat qo'shilishi mumkin.

Hozirgi kunda immun tanqisligi natijasida rivojlanayotgan pnevmoniyalar ko'payib bormoqda. Shuning uchun immun holati o'zgarib qolgan va ayniqsa u pasayib ketgan bemorlar alohida guruhni tashkil etadi. Ular asosan har xil o'sma kasalliklari, gemoblastoz, miyelotoksik agranulotsitoz bilan og'rigan bemorlar, og'ir kamqonlik, narkomaniya va VICH-infeksiyaga duchor bo'lgan kishilarda ko'proq uchraydi hamda o'limga olib kelishi mumkin.

Oxirgi yillarda klinikamiz ko'rsatkichlariga binoan diagnostikasi qiyin bo'lgan pnevmoniyaning atipik turlari ko'payib bormoqda. Bu tur pnevmoniyalarning klinik ko'rinishi turlicha bo'lishi bilan ajralib turadi. Bunda subklinikdan tortib, to intoksikatsiya belgilari, yo'tal, ko'krak qafasining og'rib turishi va boshqalar bilan xarakterlanadigan manifest holgacha bo'lishi mumkin. Immuniteti susayib qolgan bemorlarda bunday infeksiyaning xavf-xatari jiddiy bo'ladi va kasallik og'ir o'tadi.

Virusli pnevmoniyalar aksari epidemiyalar davrida uchraydi va ularga odatda gripp, paragripp, adenovirus, sentitsial to'qima viruslari sabab bo'ladi. Bunday pnevmoniyalar uchun kasallikning sezilarli gipoksemiya bilan og'ir o'tishi, fizikal va rentgenologik alomatlarining juda kam bo'lishiga qaramay, yallig'lanish jarayonining tarqalib ketishi xosdir. Qonda leykotsitlar sonining kamayishi ham kuzatiladi.

O'tkir pnevmoniyalarning klinikasi har qachongidek bo'lishdan tashqari, atipik tarzda kechishi ham mumkin. Bu hol ayniqsa, darmonsizlanib, madori qurib qolgan odamlar, keksa va qari kishilarda, qon aylanishi yetishmovchiligiga, jigar yoki buyrak kasalliklariga ega bemorlarda pnevmoniyaning areaktiv holda kechishi bilan xarakterlanadi.

Atipik tarzda o'tadigan pnevmoniyaning bir turi markaziy yoki ildiz oldi pnevmoniyasidir. Bunday pnevmoniyani perkutor yoki auskultativ yo'l bilan aniqlab olish qiyin. Kasallikning bu turida pnevmonik o'choq chuqur joylashib, o'pkaning zichlashgan qismi bilan ko'krak devori

o'rtasida o'zgarmagan, havoli o'pka to'qimasi bo'ladi. Markaziy pnevmoniyani erta aniqlab olishda rentgenologik tekshiruv katta yordam beradi. Ko'krak qafasining yon tomonidan olingan rentgen suratlaridan ayniqsa ko'p ma'lumot olsa bo'ladi.

Atipik tarzda o'tadigan pnevmoniyaning navbatdagi turi bu – obstruktiv sindrom bilan birgalikda o'tadigan shaklidir. Obstruktiv sindrom tabiatan allergik va noallergik holda kelib chiqishi mumkin. Pnevmoniyaning bu turi bronxiolit shaklida namoyon bo'lib, u ko'p hollarda yosh bolalarda uchraydi.

Pnevmoniyalarning aspiratsion turi ham ajratilganki, u alkogolizm, narkomaniyaga duchor bo'lgan, epilepsiya (tutqaloq) bilan og'rigan, komatoz holatdagi bemorlarda, miyada qon aylanishining birdan buzilib qolishi va shu tufayli, yutish jarayoni qiyinlashgan, qusib turadigan yoki unga nazogastral zond qo'yilgan, shuningdek, yoshi o'tib qolgan kishilarda uchraydi. Pnevmoniyaning bu turida og'iz-halqum mikroflorasi (anaerob infeksiya), stafilokokk, grammanfiy mikroorganizmlar kasallikning asosiy qo'zg'atuvchilari bo'lib hisoblanadi.

Kasallik paydo bo'lishining asosiy sababi bemorning o'zidagi mikroorganizmlarni yuqori nafas yo'llari sekretini nafas olish orqali aspiratsiya qilishidir. Kamdan-kam hollarda infeksiya alveolalarga gematogen yoki limfogen yo'llar orqali, shuningdek, to'g'ridan-to'g'ri qo'shni infeksiya o'choqlaridan o'tishi mumkin. Qo'zg'atuvchilarning juda ko'pchiligi saprofitlardir, shunga ko'ra ularning alveolalarga o'tishi uchun bronx-o'pka tuzilmalaridagi infeksiyaga qarshilik ko'rsatuvchi mahalliy himoya sistemasi zararlangan bo'lishi kerak. Virus antigenlari traxeya-bronxial daraxt epiteliysini zararlab, ana shunday vaziyatni yuzaga keltiradi. Bunda mukotsiliar klirens buzilib, makrofaglar funksiyasi va lizotsim bilan interferon sekresiyasi izdan chiqadi.

Ma'lumki, pnevmoniyada hayot uchun muhim a'zolar, shu jumladan markaziy nerv sistemasi ham zararlanadi. Qon tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi va qon reologik xususiyatlarining yomonlashuvi oqibatida miyada kelib chiqadigan gipoksemiya, atsidoz, miya shishi asoratlari diagnostik xatoliklarga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pincha, bunday hollarda bemorlarga meningit, meningoensefalit diagnozi qo'yiladi, chunki bu bemorlar pnevmoniyaning serebral asoratlariga ko'proq duchor bo'lib, ularning ustunligi o'pkadagi holatdan yuqori ko'rinadi. Ko'pgina hollarda pnevmoniyaning og'ir toksik kechishi natijasida uning yana bir atipik «*kardiovaskulyar*» turi kelib chiqadi. Pnevmoniyaning bu turi yurak va qon-tomirlar yetishmovchiligi bilan boshlanadi. U ko'pincha keksa va qari yoshdagi bemorlarda uchraydi.

Ko'pgina o'pka kasalliklarining o'z rivojlanish bosqichlarida ba'zan pnevmoniyaga o'xshab ketishini aytib o'tmoq kerak. Odatda bronxit, bronxiolit yoki alveolitga xos klinik simptomokomplekslar, shuningdek, rentgenologik tekshirishda o'pkada topiladigan soyalar yoki ularning ko'rinishining quyuqlashib, qalinlashib qolgani, differensial diagnostika xususida muhokama yuritish uchun asosiy turtki bo'ladi.

Sil kasalligi. Abscesslanuvchi pnevmoniya bilan silga aloqador kazeoz pnevmoniyaning differensial diagnostikasi nisbatan qiyin, chunki keyingi holatning boshlang'ich davrida balg'amda sil mikobakteriyalari ko'pincha bo'lmaydi. Biroq, o'pka sili bilan og'rigan bemorlarning anamnezida aksariyat, anchadan beri davom etib kelayotgan yo'tal, terlash, qaytalanuvchi subfebril isitma, oriqlab ketish va quvvatsizlikning oshib borishi ushbu kasallikni aniqlashda alohida ahamiyatga ega.

Pnevmoniya va infiltrativ tusda o'tadigan o'pka sili klinik-rentgenologik belgilarining ma'lum darajada bir-biriga o'xshashligi differensial diagnostikani bir qadar qiyinlashtirib qo'yadi. Biroq sinchiklab so'rab-surishtirish diagnozni aniqlab olishga imkon beradi. Odatda, sil bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari kamroq bo'ladi, ular kasallikni qaysi vaqtda boshlanganini aniq aytib berisha olmaydi, o'zlarini ko'pincha sog'lom hisoblab yurishadi. Aksariyat ularning o'pkasidagi o'zgarishlar rentgenologik tekshirish vaqtida tasodifan aniqlanadi.

Sil infiltrati dumaloq yoki tuxumsimon shaklda bo'lib, chetlari aniq bilinib turadi. Ko'pincha ingichka chiziqli soya shaklida ham ko'rinishi mumkin va uning yo'nalishi o'pka ildizi tomonga siljigan bo'ladi. Bu soya pnevmoniyadan farqli ravishda ko'rinishi quyuqroq bo'ladi va uning ijobiy tomonga o'zgarishi faqat bir necha oylar o'tganidan keyingina kuzatilishi mumkin. Odatda o'pka ildizi sohasida va o'pkaning o'zida ham petrifikatlar ko'zga tashlanadi va balg'amda sil mikobakteriyalari topiladi.

O'pka raki. Ushbu xastalikdan o'lgan, ammo hayotligida bu kasallik aniqlanmagan bemorlarning yarmidan ko'prog'ida odatda pnevmoniya gumon qilingan bo'ladi. O'pka raki bilan og'rigan kasallar vrachga birinchi marta ko'ringan vaqtlarida ularga odatda pnevmoniya deb diagnoz qo'yiladi. Buning sababi ushbu kasalliklarning asosiy alomatlari bir-biriga o'xshashligining o'zidagina emas, balki parakanseroz pnevmoniyaning ham tez-tez uchrab turishidir. Differensial diagnostika uchun bemorni sinchiklab so'rab-surishtirish, o'pkaga aloqador kasallik belgilarining pnevmoniyada to'satdan va qisqa vaqt ichida paydo bo'lganini va o'pka rakida esa ularning ko'pdan beri davom etib kelayotganini aniqlashga ko'maklashadi.

Rentgenologik manzarani tahlil qilishda, bronx raki bronx yo'lini toraytirib, o'pka segmenti yoki bo'lagi qorayishi yoki hatto atelektaz bilan

Diagnostikasi

Diagnoz qo'yish zamonaviy tasnifga binoan amalga oshiriladi. Bunda anamnezni sinchiklab o'rganish zarur. Bemorni so'rab-surishtirish vaqtida kasallikning dastlabki alomatlari qachon va qay ko'rinishlarda paydo bo'lganini bilib olish kerak. Bemorga qanday birinchi yordam ko'rsatilganini, ilgari uning antibiotiklar olgan-olmagani va antibakterial preparatlardan qaysi birining unga ko'proq naf berganini aniqlab olish zarur.

Pnevmoniyalarning kelib chiqish sabablarini aniqlab olishda mikrobiologik usullari yetakchi rolni o'ynaydi. Shuning uchun bemorlarni kompleks mikrobiologik tekshiruvdan o'tkazish katta ahamiyatga egadir.

O'tkir pnevmoniyada o'pka to'qimasi mikrostrukturasi holatiga baho berish – ushbu kasallik tashxisi va davo-usul-amallarning rejalashtirilishida hal qiluvchi ahamiyatga ega. Klassik formada boshlangan krupoz pnevmoniyaning rentgenologik ko'rinishi ancha o'ziga xos bo'lib, pataloqanatomik o'zgarishlarning evolyutsiyasiga to'liq mos keladi. Kasallikning giperemik bosqichida o'pka to'qimasining tiniqligi biroz va birtekis pasaygani holda rentgenogramma rasmining kuchayishi kuzatiladi. Qizil va kulrang jigarsimonlashish (jigarlanish) bosqichida (kasallikning 2-3-kunida) o'pka bo'lagining hajmi kamaygani holda uning tiniqligi bir tekis pasayib ketadi. Bu o'zgarishlar o'pkaning cheti ya'ni, (periferiyasi) tomon ortib boradi. Kasallikning 7-9-kuniga kelib, yallig'lanish kamayib boradi. Bunda yallig'langan o'pka bo'lagining qorayibroq turishi jadallik bilan kamayib boradi. Yallig'lik infiltratsiyasi o'pkaning ildizidan periferiyasiga tomon so'rila boshlaydi. Lekin hozirgi davrda yallig'lanish jarayoni odatda bir yoki ikki segment bilan chegaralanib, yallig'lanishning hamma bosqichlarini birin-ketin bosib o'tmaydi. Krupoz pnevmoniyali bemor plevra bo'shlig'ida ekssudatning bor-yo'qligi ultrasonografik usulda aniqlangani ma'qul, bu usul eng kami 10 ml atrofidagi suyuqlikni ham aniqlash imkoniga ega.

O'choqli pnevmoniyalarning rentgenologik ko'rinishi ko'p sonli o'choq soyalari bo'lishi bilan xarakterlanadi, bularning morfologik substrati o'pka bo'lakchalarida yig'ilib qoladigan ekssudatdir.

Bronxopnevmoniyada yuzaga keladigan yallig'lanish o'choqchalarining joyi, katta-kichikligi va soni juda ham o'zgarib turadi. Ularning o'lchamlari odatda 1-1,5 sm keladi, lekin milliard pnevmoniyada o'choqlarning kattaligi 2 dan to 5 mm gacha boradi. Qator hollarda yallig'lanish o'choqlari bir-biri bilan qo'shilib, bitta yoki bir nechta segmentlarni egallab oladigan yirik infiltratlar hosil qiladi.

o'tuvchi obstruktiv pnevmonitga sabab bo'lishi mumkinligini nazarda tutish kerak. Bronx raki diagnozida bronxoskopiya va biopsiya usullarining ahamiyati juda katta. Balg'am va bronxlar shilliq pardasidan olingan chayindi (lavaj) ni sitologik tekshiruvdan o'tkazish ham katta yordam beradi, chunki bunda rak kasalligiga xos atipik hujayralar topiladi. Ammo bunday tekshirishni ko'p marta takrorlab ko'rish kerak. O'pkaning alveolyar raki (periferik rak) diagnostikasi juda og'ir bo'lib, bunda asosan tomografiya va ayniqsa, kompyuterli tomografiya usuli hamda punksiyon biopsiyadan foydalanish joiz.

Shuni alohida qayd etish lozimki, yoshi o'tgan bemorlarda pnevmoniyaning zamonaviy davo usullari qo'llanilishiga qaramay ahvol 2-3 haftada yaxshilanmasa, bunday hollarda o'pka raki bo'lishi mumkinligini hisobga olish kerak.

Limfogranulematoz. Bu kasallik ko'pincha o'tkir pnevmoniya niqobi ostida boshlanadi. Bronxlar limfa tugunlarining kattalashib qolganligi, keyinchalik atelektaz va pnevmoniya belgilarining boshlanishi limfogranulematozning juda erta klinik ko'rinishidan dalolat berishi mumkin. Limfogranulematozda bakterial yallig'lanishga qarshi o'tkazilgan davo naf bermaydi va bu belgi uni pnevmoniyadan farqlashga yordam beradi. Anamnez ma'lumotlari, kasallikning kechish alomatlari, bakteriologik va rentgenologik tekshirishlarning natijalari differensial-tashxis mezoni bo'lib xizmat qiladi. O'pkani tomografik tekshirish va punksiyon biopsiya qilish yo'li bilan kasallik tashxisining ko'p jihatlarini aniqlab olish mumkin.

O'pkaning eozinofil kasalliklari. Bu xastaliklar ba'zan allergik yoki eozinofil pnevmoniya deb ham yuritiladi. Ular aytarli sababsiz boshlanishi va go'yo birlamchi kasallikdek bo'lib ko'rinishi, shuningdek har xil tashqi sabablarga aloqador yoki sistem kasalliklarining tarkibiy qismidan iborat bo'lishi ham mumkin. Ko'pchilik hollarda qonda va balg'amda eozinofillar ko'payib ketadi. Bundan tashqari, balg'amda ba'zan Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallari paydo bo'lishi mumkin.

O'pka eozinofiliyasining 5 ta shakli tafovut qilinadi. Ular – oddiy o'pka eozinofiliyasi, gijjalar migratsiyasiga aloqador eozinofiliya, uzoq davom etadigan o'pka eozinofiliyasi, astma klinik belgilari bilan o'tadigan o'pka eozinofiliyasi, tugunchali periarteriitlardir.

Leffler eozinofilli o'pka infiltrati. Bu kasallikning o'ziga xos belgilaridan biri o'pkadagi eozinofilli infiltratning bir necha kundan keyin batamom yo'qolib ketishidir. Agar bu holat 10 kundan ortiqroq saqlanib qoladigan bo'lsa, Leffler infiltrati diagnozi shubhali bo'lib qoladi. Qonda leykotsitlar miqdori normal yoki biroz ko'paygan bo'lgani holda eozinofillar miqdori 8-70 foizga borib yetishi mumkin. Kasallik ayrim hollarda unga xos

bo'lgan klinik ko'rinishsiz o'tadi yoki unda noaniq klinik belgilar bo'lishi kuzatiladi (ozroq yo'tal, nafas olinganida ko'krakning og'rib turishi, darmon qurishi). Rentgenologik tekshirishda o'pkada ancha gomogen infiltrativ soyalar topiladi, ularning chetlari aniq bilinib turmaydi va o'pka ildiziga ketgan yo'llari odatda bo'lmaydi. Ular o'pkaning har qanday bo'limidan joy olgan, yakka yoki ko'p sonli, kichik yoki o'pkani yaxlit egallagan bo'lishi mumkin. Bu soyalar bir necha kundan keyin mazkur joydan nom-nishonsiz yo'qolib, o'pkaning boshqa joylarida qaytadan paydo bo'lishi bilan ajralib turadi.

Asoratlari

Pnevmoniyani nechog'lik og'ir yoki yengil o'tayotganini aniqlash qiyin, chunki uning klinik manzarasi haddan tashqari tez o'zgarib turadi. Shunga ko'ra uning asoratlarini o'z vaqtida aniq belgilab olish alohida ahamiyat kasb etadi, vaholanki, kasallikning og'ir-yengilligi, pnevmoniyaning qanday va qachon tugashi ko'pincha ana shularga bog'liq bo'ladi.

Pnevmoniyaning asoratlari ko'p va turli-tumandir. Bularga o'tkir nafas yetishmovchiligi, katta yoshdagi odamlarda uchraydigan respirator disterss sindromi, pnevmoniya kechishining cho'zilib ketishi, postpnevmonik pnevmoskleroz, para- yoki metapnevmonik plevrit, plevra empiyemasi, bronxlar obstruksiyasi, o'pka atelektazi, o'pka to'qimasining destruksiyasi va boshqalar kiradi. Yurak-tomir sistemasida - o'pka kasalligi tufayli yurak faoliyatining birdan pasayib qolishi (o'tkir o'pkayurak yetishmovchiligi), chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi va o'pka shishuvi, o'tkir tomirlar yetishmovchiligi (kollaps), perikardit, miokardit, bakterial endokardit kuzatilishi mumkin. Nerv sistemasida - o'tkir psixoz, ensefalit, meningit hamda tomoq, burun va quloq a'zolarida - otit, mastoidit, sinusit aniqlanadi. Boshqa juda og'ir asoratlardan - sepsis, infeksiyon-toksik shok, tomirlar ichida qon ivib qolishi, glomerulonefrit, gepatit va boshqalar aniqlanadi.

Hozirgi kunda pnevmoniyaning og'ir o'tishiga kasallikning birinchi kunlaridan boshlab ko'p darajada ta'sir ko'rsatadigan va aslida o'limga sababchi bo'ladigan asoratlarga alohida diqqat jalb qilib kelinmoqda. Ular qatoriga o'tkir nafas yetishmovchiligi sindromi va boshqalar kiradi.

O'tkir nafas yetishmovchiligi nafas funksiyasining birdan buzilishidan iborat bo'lib, bunda organizm kislorod bilan yetarlicha ta'minlanmaydi va karbonat angidrid gazining odatdagiday to'liq ajralib chiqishi qiyinlashadi. Pnevmoniyada alveolalar darajasida kapillyarlar membranalaridan qonga kislorod o'tib turishi buzilishi, shuningdek, ular orqali gazlar almashuvi (gazlar perfuziyasi va diffuziyasi)ning izdan chiqishi sabab bo'lishi mumkin.

O'tkir nafas yetishmovchiligi ko'pincha bir vaqtda kuzatiladigan ventilyatsiya, perfuziya va diffuziya jarayonlarining buzilishi natijasida yuzaga kelib, bunda uning ikkita asosiy turi tafovut qilinadi. Ularga ventilyatsion va parenximatof nafas yetishmovchiligi kiradi.

Bu holatlarda qonning kislorod bilan to'yinishi ham, undan karbonat anhidrid gazining ajralib chiqishi ham qiyinlashib qoladi. Bu holat PaO_2 simob ustuni hisobida 60 mm dan kam bo'lganida arterial gipoksemiya, PaCO_2 45 mm dan yuqori bo'lganida giperkapniya boshlanadi.

O'tkir nafas yetishmovchiligining parenximatof shakli o'pka parenximasida sezilarli o'zgarishlar paydo bo'lib, o'pka ventilyatsiyasi qon oqimi bilan mos kelmay qolgan hollarda boshlanadi. Arterial gipoksemyaga javoban boshlanadigan giperventilyatsiya organizmdan tegishlixa yoki hatto ortiqcha miqdorda karbonat anhidrid gazi ajralib chiqishiga olib keladi. O'tkir nafas yetishmovchiligining bu shakli bronxlarda ortiqcha sekret hosil bo'lib, uni tashqariga chiqarib tashlaydigan mexanizmlar susayib qolgan va atelektazlar paydo bo'lgan sharoitlarda boshlanadi.

Infeksion-toksik shok. O'tkir pnevmoniya amalda deyarli hamisha har xil darajali intoksikatsiya bilan kechadi. Shu sababli ayrim hollarda qon bosimi pasayishi ro'y beradi. Infeksion-toksik shok murakkab patologik jarayon bo'lib, bakteriyalar yoki viruslarga aloqador intoksikatsiya sababli boshlanadi, tomirlar o'zanida qon qayta taqsimlanadi va to'qimalar qon bilan yetarlicha ta'minlana olmaydigan bo'lib qoladi. Infeksion-toksik shok o'z kelib chiqishida tomirlar holati bilan uzviy bog'liq. Bakteriyalarning toksinlari venoz hovzachalar sig'imini idora etib turadigan vazomotor mexanizmlarni zararlaydi. Vena tomirlari falajlanib, kengayib qolishi natijasida talaygina miqdordagi qon ularda dimlanib qoladi va qon aylanishida ishtirok etmay qo'yadi. Aylanib turgan qon hajmi keskin kamayib ketadi va bu hol shokning boshlanishiga olib keladi.

Keltirilgan adabiyot manbalariga qaraganda, infeksiion-toksik shokning 15-20 foiziga yaqini grammusbat kokklarga, 50-60 foizgacha esa grammanfiy bakteriyalar va viruslar ta'siri bilan bog'liq bo'ladi.

Bemorlarda uchraydigan tomir ichi tarqoq qon ivish (TITQI-sindrom), o'tkir pnevmoniyaning og'ir asorati bo'lib, u qon reologiyasining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Tomirlar devorining fibrin tolalari hamda trombotsitlar paydo qiladigan mayda tromblar bilan tiqilib qolishi, hayot uchun muhim a'zolar to'qimalarining nekroziga olib keladi, ularning funksiyalari buziladi, mikrotsirkulyatsiya izdan chiqadi va ayrim hollarda qon ketib qolishi ham kuzatiladi va og'ir asoratlar bilan tugaydi. Yuqorida keltirilgan asoratlar ko'proq yoshi o'tgan bemorlarda

uchraydi. Shuning uchun qariyalarda pnevmoniya kasalligining klinik xususiyatlari to'g'risida to'xtalib o'tishni maqsadga muvofiq deb bilamiz.

Shifokorlar pnevmoniyaning qariyalardagi klinik xususiyatlarini yaxshi bilishlari kerak, chunki u yoshi qaytgan bemorlarda o'ziga xos ko'rinishda o'tadi. Bunday bemorlarning aksariyatida isitma bo'lmaydi. Kasallik asta-sekin boshlanib, umumiy ahvol tezda og'irlashadi. Bemor ko'p yo'taladi, goho qon aralash balg'am ajratadi, unda hansirash kuchayadi, akrotsianoz ko'payadi, nafas olish yuzakilashib, o'rnida ortopnoe holatini egallash sodir bo'ladi. O'pkada ko'pincha nafas shovqinlari eshitilmaydi. Ayrim hollarda ko'krak qafasi pastki qismida perkutor bosinqi tovush qayd etiladi.

Bu hol ayniqsa, miokard infarkti o'tkazgan, ba'zi bir yurak poroklariga ega bemorlarda, chap qorincha ishining yomonlashuvi paytida ya'ni yurak astmasi xuruj qilganda kelib chiqadi. Qonda mo'tadil leykotsitoz va leykoformulaning tayoqcha yadroli hujayralar hisobiga biroz bo'lsa ham chapga siljishiga e'tibor berish lozim, bu esa o'pkadagi jarayonning faol kechishidan darak beradi. Keksa va qari yoshli kishilarda rentgenologik tekshirish katta ahamiyatga ega, lekin pnevmoniyaning boshlanishida bu usul ko'rsatkichlari negativ bo'lishi mumkinligini ham nazarda tutish lozim.

Qariyalarda pnevmoniya kechishining yana bir xususiyatlaridan biri bu – bronxlar drenaj funksiyasining pasayishi, mayda bronxlarda atelektazlarning paydo bo'lishi, infeksiya rolining ortib borishi bilan bog'liq bemorlar umumiy holatining og'irlashishi bilan xarakterlanadi.

Shuni aytish kerakki, yoshi ulg'aygan o'tkir pnevmoniyali bemorlarni klinikaga yotqizib, o'z vaqtida va to'g'ri davolansa, ularda bu dard ko'pchilik hollarda sog'ayish bilan tugaydi.

Pnevmoniyaning cho'zilib ketishi va bronx-o'pka kasalliklarining surunkali holatga o'tishi eng ko'p uchrab turadigan asoratdir. Klinikamizda deyarli 20-30 foiz hollarda o'tkir zotiljamning tuzalish jarayoni cho'zilib, surunkali ko'rinishga o'tadi va ko'pincha o'choqli yoki diffuz pnevoskleroz rivoji bilan tugallanadi. Ayrim yoshi o'tgan bemorlarda pnevmoniyaning har xil og'ir asoratlari uchrab, bunda kasallikning klinikasi va kechishi ham o'zgaradi, o'tkir nafas yetishmovchiligi, infeksiya-toksik shok, disseminatsiyalangan tarqoq tomir ichi qon ivish sindromi va hokazolar kuzatiladi.

Pnevmoniyaning qariyalarda kuzatiladigan eng og'ir asoratlaridan biri o'tkir nafas yetishmovchiligidir. Bunday asorat bemorlarda bronxial daraxtning balg'am bilan tiqilib qolishi, o'pkadan qon ketishi, ayrim o'pka sohalari kollapsi va atelektazi, nafas mushaklari funksiyasining zaiflanishi oqibatida kelib chiqadi. Oqibatda gazlar almashinuvining buzilishi arterial

gipoksemiya va arterial giperkapniya hollariga olib keladi. Bu bemor ahvolining yomonlashuviga, hatto 20-30 foiz hollarda o'limga ham sabab bo'lishi mumkin.

O'tkir nafas yetishmovchiligiga tashxis qo'yishda klinik-anamnestik ma'lumotlarni puxta o'rganish, PaO_2 va PaCO_2 miqdorlari, kislotali-ishqoriy muhit, o'pkalar ventilyatsiya hajmlari, nafas mexanikasi va boshqa ko'rsatkichlarni tekshirishlarga asoslanish kerak. Bunday bemorlarni davolash alohida o'rin tutadi. Agar o'tkazilgan davo yordam bermasa, bemorni o'pka sun'iy ventilyatsiyasiga (O'SV) ga o'tkazish zarur. Bunga ko'rsatma – bemorning hushdan ketishi, unda nafas olishning o'zgarishi, ortib boruvchi sianoz, taxikardiya, aritmiya va qo'shimcha nafas mushaklarining nafas olishda faol ishtirok etishidir. Bu holda nafas olishning bir daqiqada 30-35 dan oshib ketishi, o'pka hayotiy sig'imi va chiqarilgan nafas hajmining kamayishlari hamda ayrim boshqa ko'rsatkichlarning salbiy tomonga o'zgarishi ro'y beradi.

O'tkir nafas yetishmovchiligini davolashda kerakli dori-darmonlar bilan birga yetakchi o'rinni oksigenoterapiya egalaydi. Kislorod bilan davolashda, albatta, iliq, namlangan kislorod berish tavsiya etiladi, ya'ni par-kislorodli ingalyatsiya tavsiya qilinadi.

Qariyalarda pnevmoniyaning yuqorida aytib o'tilgan yana bir og'ir asorati – infeksiyon-toksik shokdir. Bu septik shok bo'lib, u bakterial yoki virus intoksikatsiyasi oqibatida yuzaga kelgan murakkab patologik holat hisoblanadi. Bunda dastlab funksional, keyin esa hayotiy muhim a'zolarining morfologik o'zgarishlari sodir bo'ladi. Septik shokda bakterial – virus toksinlar ta'siri ostida venoz havzalar sig'imini idora qiluvchi vazomotor mexanizmlar o'zgaradi va qonning venoz tizimdan arterial tizimga o'tish jarayoni buziladi. Natijada qon aylanishining buzilishi va qon ivish tizimining o'zgarishi kelib chiqib, eng og'ir asoratlardan bo'lgan, disseminatsiyalangan tomir ichi qon ivish sindromi rivoj topadi (V.P.Silvestrov, 1996).

Klinik jihatdan bunday hollarda bemor eti uvishadi, harorati juda ko'tarilib ketadi, unda ko'pincha ko'ngil aynish, qayt qilish, diareya, goho alahlashlar bo'ladi. Bemorning es-hushi xiralashadi. Lekin ana shu og'ir klinik holatga ko'pincha e'tibor berilmaydi va septik shok tashxisi kech qo'yiladi. Bemor ahvoli og'irlashib, u shokning og'ir bosqichiga o'tadi. Bunday bemorda taxikardiya, taxipnoe, gipotoniya, akrotsianoz, oyoq-qo'llar muzlashi, oliguriya va hatto serebral o'zgarishlar kelib chiqishi mumkin. Bu hol davomli bo'lganda bemorning avvalo, soporoz, keyinchalik komaga tushishi yuz beradi, ana shunday holatlarga duchor bo'lgan kishilarda yuz va badanining muzlashi, o'pkada ikki tomonlama har xil turg'un xirillashlar qayd etiladi. Ularda taxikardiya, taxipnoe

kuchayadi, siydik ajralishi keskin kamayib, og'ir metabolik atsidoz, termoregulyatsiya buzilishlari kelib chiqadi va bu holat ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Septik shokning boshlang'ich davrida davolashni keng spektrli ta'sirga ega yangi antibakterial preparatlar bilan o'tkazish va diurezni yaxshilash katta ahamiyatga ega.

Tomir ichi hajmini oshirish va o'pka kapillyarlaridagi bosimni quvvatlash uchun ayrim preparatlarni venaga yuborish yaxshi natija beradi. Qon tomir va miokard ishini yaxshilash uchun qon aylanish buzilishlarini bartaraf etuvchi vositalar 5 foizli kristallik dekstran yoki 5 foizli kollaid albumin eritmasini hamda periferik vazodilyatorlar keng qo'llaniladi. Metabolik atsidozga barham berish uchun 3 foizli natriy bikarbonat eritmasi ishlatiladi. Bu holatda oksigenoterapiya keng ko'lamda qo'llaniladi.

Klinik tajribalarning ko'rsatishicha, septik shokda prednizolonning katta dozalari yaxshi natija beradi. Pnevmoniyaning qariyalarda tez-tez uchrab turadigan yana bir og'ir asoratlaridan biri disseminatsiyalangan tomir ichi tarqoq qon ivish (TITQI) sindromidir.

Yuqorida aytib o'tilganidek, TITQI sindromining tez-tez uchrab turishiga bakteriyemiya va septik shok asosiy sababdir. Bu holat bemor ahvolini og'irlashtiradi va ko'pincha o'lim bilan tugaydi. TITQI sindromining shiddatli (molniyenosno'y) o'tkir, nimo'tkir (podostro'y), xurujlanib turuvchi (residiviruyushiy) va surunkali turlari mavjud. Shu tufayli trombotsitar-tomir tizimi o'zgarishlari oqibati bo'lgan bu sindrom klinik alomatlarini polimorf ko'rinishga ega. Jumladan, TITQI sindromiga duchor bo'lgan pnevmoniyali qariyalarda burun, milklardan qon ketishlar, petexial yoki gematoma shaklida, inyeksiya qilingan joylarda ko'karish belgilarining kelib chiqishi xarakterlidir. Bunday bemorlarda yana kichik tomirlar tromboflebiti bo'lganda, tomirlarda aterosklerotik o'zgarishlar borligida, trombozning rivoj topishi uchrab turadi. Bularga davolovchi suyuqlik va boshqa dorivor moddalarni muntazam yuborib turish uchun vena tomirga qo'yilgan kateterlarda qonning ivib qolishi holati hamda qatqorin (brujeyka) tomirlari trombozini keltirib chiqarishi mumkin.

TITQI sindromining og'ir kechishi kuzatilganda siydikning kam ajralishi, mikrotsirkulyatsiyaning yomonlashishi hisobiga shilliq pardalarda eroziya (chaqa) va yarachalarning paydo bo'lishi, jigarda oqsil sintezi buzilishi, transaminazemiyaning kelib chiqishi ro'y beradi. Bundan tashqari, bemorlarda kamqonlik (gemoliz hisobiga), mikrotromblarning hosil bo'lishi, mikrotsirkulyatsiya blokadasining rivoji, arterial bosimining pasayishi shok holatini keltirib chiqaradi.

TITQI sindromining tashxisi gemostaz tizimining laborator o'zgarishlariga asoslanadi. Ushbu sindromni davolash bemor qonining ivuvchanlik va ivuvchanlikka qarshi xususiyatlari ko'rsatkichlariga qarab olib boriladi. O'tkir va surunkali TITQI sindromlarni davolashda qo'llaniladigan omillar o'zaro ancha farqlidir.

O'tkir TITQI sindromida mikrotsirkulyatsiya, gemodinamika o'zgarishlari va giperkoagulyatsiya holati kuzatilib, unda geparin, dezagregantlar hamda davolash plazmaferenzi tavsiya etiladi. Geparin 15-20 ming birlikdan 500 ml fiziologik eritmada venaga tomchilatib yuboriladi. Plazmaferenzi o'tkazilgandan so'ng bemorga yangi muzlatilgan plazmani (YaMP) organizmdan plazmaferenzi jarayonida qancha chiqarilgan bo'lsa, shuncha miqdorda yuboriladi. O'tkir TITQI sindromida geparin va dezagregantlar qo'llanilganda ham YaMP bemorga har kuni quyilib turiladi. Qon quyish bunday bemorlarga tavsiya etilmaydi.

TITQI sindromining nim o'tkir turida plazmaferenzi 2-3 kunda bir o'tkazilib, bemorga undan so'ng 500-700 ml YaMP quyish yaxshi natija beradi.

TITQI sindromining xuruji qaytalanuvchi va surunkali turlarida davomli antiagregant terapiyani, vaqti-vaqtida takrorlab turiladigan geparin terapiya bilan to'ldirish lozim. Mabodo patologik jarayon xuruji yuz bersa, bemorga YaMP va davolash plazmaferenzi o'tkazish zarur.

Tibbiy - tiklash choralari bemorning shifoxonaga kelgan paytidanoq boshlanib, poliklinika – ambulatoriya sharoitida kuzatilganida ham davom ettiriladi. Reabilitatsiyaning asosiy maqsadi nafas va qon aylanish tizimi funksional va organik holatlarini to'la tiklashdir. Bu jarayon o'z ichiga fizioterapevtik muolajalar, uqalash (massaj), jismoniy mashq, badantarbiya, yurish kabi omillarni qamrab oladi.

Qariyalarda pnevmoniya profilaktikasini ta'minlash uchun ularning turmush va sanitariya-gigiyena sharoitlarini yaxshilashga alohida e'tibor beriladi. Bu dardga chalingan keksa va qari kishilarda pnevmoniyaning ikkilamchi profilaktikasi dispanser sharoitidagi kuzatuv yordamida amalga oshiriladi.

Davolash usullari

Pnevmoniyalarni tasniflash va klinik mezonlari, garchi tabiatan shartli bo'lsa-da, lekin ulardagi izchillik antibiotiklarni empirik ravishda tanlab olish uchun qulaydir (A.L. Chernyayev, Ye.V. Nikonova, 1995). Dorilarni to'g'ri tanlash va qo'llashda bir qancha holatlarini nazarda tutish lozim, ya'ni bemorning ilgari qanday o'pka-bronx kasalliklari bilan og'rib o'tgani, ilgari bemorga antibakterial davo qilinganmi-yo'qmi, balg'am

analizi ko'rsatkichlarini o'rganishda sifatli bakteriologik laboratoriyaning bo'lishi zarurligi va hokazolar. Demak, pnevmoniyada qilinadigan davolashning negizini to'g'ri va o'z vaqtida boshlangan antibakterial terapiya tashkil etadi. Dastlabki antibiotik tanlashning eng muhim va asosiy mezonini pnevmoniyaning taxmin qilingan etiologik variantini nazarda tutishdan iboratdir (A.G.Chuchalin, 1995).

Sog'lom odamlarda pnevmoniya boshlanishi aksari pnevmokokklar bilan bog'liq. Shu tufayli bunday hollarda tanlanadigan preparat penitsillin bo'lib, u bir kecha-kunduzda kamida 5-6 mln birlikkacha bo'lgan miqdorda ishlatiladi. Lekin penitsillinga chidamli bir talay mikroorganizmlar shtammlarining paydo bo'lganligini hisobga olib, sintetik va yarim sintetik penitsillinlardan, shuningdek beta-laktam antibiotiklardan ko'proq foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Beta-laktam antibiotiklar (BLA) pnevmoniyani davolashda muhim o'rin egallaydi. Ular klinikada ishlatiladigan antibakterial vositalar orasida eng ko'p sonli dorilar guruhidir.

Bu preparatlarning birdan-bir afzalligi stafilokokk beta-laktamazalari ta'siriga turg'unligidir, shunga ko'ra ushbu yarim sintetik penitsillinlar isbotlangan yoki taxmin qilinayotgan stafilokokk infeksiyasini davolashda vrach tomonidan tanlab olinadigan preparatlar bo'lib hisoblanadi.

Yarim sintetik penitsillinlar sinfining vakili bo'lmish oksatsillin mikroblarga qarshi ta'siri jihatidan ko'pgina preparatlardan qolishmaydi va bemorlar ularni yaxshi ko'taradilar. Oksatsillinni faqat parenteral yo'l bilan ishlatish kerak, chunki ichilganda qonda yetarli konsentratsiya yuzaga kelmaydi. Ichish uchun, oksatsillinning analogi bo'lmish, kloksatsillin yoki dikloksatsillin ishlatgan ma'qul. Ovqat iste'mol qilish bu preparatlarning so'rilishini susaytiradi, shuning uchun ularni ovqatdan oldin ichish zarur. Oksatsillin, kloksatsillin va dikloksatsillin odam badanidan siydik va o't (safro) bilan birga chiqib ketadi, shunday bo'lsa-da buyrak yetishmovchiligi bor bemorlarda bu preparatning tashqariga chiqib ketishi aytarli darajada susaymaydi, shunga ko'ra ularni kerakli dozalarda (venaga, mushak orasiga yuborish, ichish uchun kamida 4-10 g miqdorida) buyurishga imkon bor.

Ampitsillin va amoksatsillin mikroblarga qarshi ta'sir doirasining bir xil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Ampitsillin va uning analoglari venaga, mushaklar orasiga yuborish, ichish uchun 3-4 g dan buyuriladi.

Aminopenitsillinlar bilan beta-laktamaza ingibitorlaridan iborat aralash preparatlar (ko-amoksilav, ampitsillin) eng ko'p o'rganilgan va keng ishlatiladi. Ko-amoksilav katta yoshdagi odamlar va bolalarda kasalxonadan tashqari sharoitlarda uchraydigan nafas yo'llari infeksiyalarining ham o'tkir, ham surunkali shakllarida ishlatiladigan

dorilar orasida birinchi qatorda turadigan preparat hisoblanadi. Kuniga 3-4 marta venaga yoki mushaklar orasiga 3-4g dan yuboriladi.

Ampitsillin / sulbaktam aralash aerob-anaerob infeksiyalarda yaxshi o'rganilgan. So'nggi yillarda ampitsillinning ichish uchun buyuriladigan ambulatoriya amaliyotida ishlatishga moslashgan, yangi shakllari yaratilgan.

Sefalosporinlar ko'p ishlatilishi jihatdan mikroblarga qarshi barcha preparatlar orasida hozir birinchi o'rinda turadi. Ularning tasnifi mikroblarga qanday ta'sir ko'rsatishiga asoslangan. Klinik amaliyotda 1, 2 va 3-avlod sefalosporinlari hammadan ko'ra ko'proq ishlatiladi, so'nggi yillarda 4-avlod sefalosporinlarga mansub preparatlar ham paydo bo'ldi.

Birinchi avlod sefalosporinlari asosan grammusbat kokklar (stafilokokk, streptokokk va pnevmokokklar) ga qarshi faollik ko'rsatadi. Preparatlar grammanfiy bakteriyalarning betalaktamazalari ta'sirida parchalanib ketadi. Biroq stafilokokklar ajratib chiqaradigan betalaktamazalar ta'siriga chidamlidir. Shunga ko'ra birinchi avlod sefalosporinlarning klinikada qo'llaniladigan asosiy sohasi isbotlangan yoki taxmin qilinayotgan stafilokokk infeksiyasidir. Bu holda ular penitsillinazaga chidamli penitsillin preparatlari (oksatsillin va boshqalar) ga muqobil vositalar bo'lib hisoblanadi.

Ikkinchi avlod sefalosporinlari har xil tur pnevmoniyalarni davolashda klinik amaliyotda ko'p ishlatiladi. Ularni kasalxonadan tashqari muhitda paydo bo'lgan pnevmoniyalarda monoterapiya sifatida, gospital pnevmoniyalarda aminoglikozidlar bilan birgalikda qo'llash yaxshi natijalar beradi.

Uchinchi avlod sefalosporinlari in vitro sharoitlarda grammanfiy bakteriyalarga (*Enterobacteriaceae*, *H. influenzae*, *M. Catarrhalis*, *N. gonorrhoeae*, *N. Meningitidis*) qarshi ko'proq faollik ko'rsatadi va ko'k yiringlatuvchi tayoqchaga nisbatan ham faoldir.

Uchinchi avlod sefalosporinlar guruhidan bo'lmish rotsefin quyi nafas yo'llari infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarni davolashda kuchli profilaktik preparat bo'lib hisoblanadi (grammanfiy, grammusbat aeroblarga qarshi). Kasalxonada boshlangan pnevmoniyalarning og'ir shakllarida ayniqsa keng qo'llaniladi va empirik monoterapiya uchun tanlab olinadi. Rotsefin uchinchi avlod sefalosporinlarning boshqa preparatlari ichida inyeksiyada ishlatishga mo'ljallangan jahondagi birdan-bir preparatdir. U kuniga 1-2 marta inyeksiya qilinadi va yaxshi naf beradi. Kerak bo'lsa og'ir o'tgan pnevmoniyalarda hatto tomirga yuborish ham mumkin. Buyrak yetishmovchiligi bor bemorlar uchun bu preparat bexatar hisoblanadi.

To'rtinchi avlod sefalosporinlari bipolyar – ikki qutbli tuzilishga ega. Ularning bu xususiyati molekullarni grammanfiy bakteriyalarning tashqi membranasi orqali tez o'ta oladigan beta-laktamazalarga chidamli qilib qo'yadi, grammanfiy bakteriyalarga ancha sezilarli ta'sir ko'rsatishiga imkon beradi. Bu guruhga mansub antibiotiklar anaerob va aerob flora ga bir xil yaxshi ta'sir qiladi.

Makrolidlar – kimyoviy tuzilishi asosan lakton xalqasidan tashkil topgan antibiotiklardir. Ularga bo'lgan qiziqish, mikoplazmalar, xlamidiylar, legionellalar kashf etilganidan keyin, 75-80-yillarda kuchaydi va ularning ishlatiladigan sohalari ham shunga yarasha kengayib ketdi (V.P.Silvestrov, P.I.Fedotov, 1987). Bu farmakokinetik xossalari jihatdan eritromitsinga qaraganda ancha yaxshi bo'lgan, shuningdek bemorlar osonroq ko'taradigan, yangi makrolid antibiotiklarni ishlab chiqarish uchun rag'bat bo'lib xizmat qildi.

Ftorxinolonlar hozirgi kunda kuchli ta'sir ko'rsatadigan parenteral antibiotiklarga jiddiy ravishda muqobillik qila oladigan preparatlaridir, deb hisoblanmoqda. Chunki ular grammusbat mikroorganizmlarga ham, grammanfiy mikroorganizmlarga ham ta'sir ko'rsataveradi. Bu antibiotiklar bakteriya hujayrasidagi DNK fermentini nafaol holatga keltirib qo'yadigan, ingibitorlovchi antibakterial preparatlarning katta bir guruhi hisoblanadi.

Klinik amaliyotga joriy etilgan dastlabki ftorxinolonlar orasida hozir siprofloksatsin, ofloksatsin, pefloksatsin, norfloksatsin va enoksatsin keng qo'llanilmoqda.

Aminoglikozidlar ayniqsa, streptokokklar va grammanfiy flora ga keng doirada ta'sir ko'rsatishi bilan ta'riflanadi. Hozirgi kunda amaliyotda gentamitsin hammadan ko'ra ko'proq ishlatilmoqda. O'tkazilgan tajribalarga binoan bu preparat ko'pincha pnevmoniyani davolashda yaxshi natijalar bermaydi, aksincha har xil toksik-allergik asoratlar beradi. Shuning uchun bu guruhning so'nggi preparatlaridan – amikatsin, tobramitsin, sizomitsin nozokomial pnevmoniyalar og'ir turlarini davolashda monoterapiya uchun ishlatiladi.

Antibakterial davoning to'g'ri va o'rinli ekanligini bilish maqsadida klinik-rentgenologik kuzatuvlar yordamida bemorning ahvoli va kasallik dinamikasi tekshirilib turiladi. Davoning 3-4-kuni tana harorati pasayib kasallikning zo'rayish alomatlari bo'lmasa, antibakterial terapiya davom etdiriladi. Aks holda antibiotik almashtirilib ko'riladi. Xulosa qilib aytganda, yuqorida keltirilgan barcha antibiotiklar ularning ijobiy ta'siri aniqlanganda, kamida 7-10 kun davom ettirilishi lozim.

Patogenetik va simptomatik davo. O'tkir pnevmoniyani davolashda muvaffaqiyatga erishish patogenetik davo usullarini o'z vaqtida

buyurishga ko'p darajada bog'liqdir. Ushbu usullar orasida bronxlar drenaj faoliyatini yaxshilash, ya'ni balg'am ko'chib turishini osonlashtirish muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda mukotsiliar klirensni yaxshilaydigan preparatlardan keng foydalaniladi. Segmentar bronx drenajini amalga oshirish ayniqsa muhim, chunki ushbu bronx o'tkazuvchanligining buzilishi kasallikning uzoq muddat cho'zilib ketishiga olib keladigan sabablardan biridir. Nafas olishni yaxshilash maqsadida jismoniy mashqlarni barvaqt buyurish foydalidir, chunki tananing ma'lum harakat holatlarida drenaj kuchayadi, ya'ni bemorning balg'am ajratishi osonlashadi.

Intoksikatsiyani kamaytirish uchun bemorga yetarli miqdorda suyuqlik ichirib turish tavsiya etiladi. Pnevmoniya og'ir o'tayotganida infuzion terapiya o'rinni bo'ladi. Bunday terapiya turli funksional o'zgarishlar (ishtaha yo'qolishi – anoreksiyaga, bosh og'rig'i, ko'ngil aynashi, eshushining o'zgarib turishi va boshqalar) ga olib keluvchi intoksikatsion sindromni bartaraf etishga yordam beradi. Shu maqsadda gemodez, 5-10 foizli glyukoza eritmasi bilan birgalikda fiziologik eritma qo'llaniladi va ehtiyojga ko'ra davolash plazmaferezi o'tkaziladi.

Pnevmoniyalarda antidiuretik gormon ishlanib chiqishining kuchayishi va parenteral yo'l bilan suyuqliklarni surishtirmay-netmay ortiqcha yuborilganida o'pka to'qimasida infiltratsiyaning zo'rayib, gazlar almashinuvi yomonlashib qolishi mumkinligini unutmaslik kerak. Ekssudatsiya alomatlarini kamaytirish va bevosita yallig'lanish jarayoniga ta'sir qilish maqsadida nosteroid preparatlar (diflofenak, indometatsin va boshqalar) dan foydalanish mumkin. Bu preparatlar odatda tana harorati asliga kelganidan keyin, antibiotiklar ishlatilayotganda yoki ularni berish to'xtatilgandan so'ng buyuriladi.

Kasallik cho'zilib, yallig'lanish alomatlari (xirillashlar, o'pka infiltratsiyasi) uzoq saqlanib qolayotgan hollarda glyukokortikoid gormonlarni kichik dozalarda va qisqa muddatga buyurish mumkin. Qisqa kurslar bilan davolash qilish gormonlarning endogen yo'l bilan ishlanib chiqib turishini odatda susaytirmaydi va immunodepressiya holatiga olib kelmaydi

Pnevmoniyada glyukokortikosteroid gormonlar va yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlarni ishlatish maqsadga muvofiqligini hamma ham e'tirof etavermaydi. Birlamchi immunitet tanqisligi holatiga tushgan, kasalligi uzoq cho'zilib ketayotgan, ayniqsa yoshi o'tib qolgan bemorlarda, immun tanqisligi bilan o'tayotganda immunitetni rostlovchi terapiya maqsadga muvofiq bo'ladi. Shu maqsadda ishlatiladigan preparatlarga T-aktivin, timalin, natriy nukleinat, anabol, zaksorin, nootropil (keksalarda), levamizol, diutsifon, dapson kiradi. Venaga yuborishga

mo'ljallangan immunoglobulin preparatlari (sandglobulin, endobulin va boshqalar) o'rin bosuvchi ta'sir ko'rsatadi.

Kasallik og'ir o'tganida, pnevmoniya tarqoq bo'lib, asorat bergan hollarda bemorlarda odatda, qonning tomir ichi tarqoq ivish sindromi boshlanadi va unga qarshi davo quyidagilardan iborat, ya'ni geparin uzoq davom etadigan infuziyalar ko'rinishida venadan yuboriladi yoki qorin terisi ostiga inyeksiya qilinadi. Bu preparat mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi, tomirlar o'tkazuvchanligi va yallig'lanishni kamaytiradi. Bundan tashqari, antiagregantlar (dipiridamol, pentoksifillin, tiklopidin) ishlatiladi, ko'p miqdorda yangi muzlatilgan plazma tomchi holida venadan hamda proteaza ingibitorlari kontrikal, gordoks ham tomchilab, venadan yuboriladi. Lipidlarning peroksidlanishi pnevmoniyalarning cho'zilib ketishini osonlashtirib, fibrin hosil bo'lishini kuchaytiradi, shu jarayon jadalligini kamaytirish maqsadida, antioksidant ta'sirga ega preparatlar (askorbin kislota, tokoferol, natriy tiosulfat, atsetilsistein)ni qo'llash o'rinlidir.

Simptomatik terapiya, asosan pnevmoniya bilan og'rigan kasallarning boshqa ichki a'zo va tizimlari har xil o'zgarishlarga duchor bo'lgan hollarda zarur bo'lib qoladi.

Bemorlarda nafas yetishmovchiligining klinik belgilari (hansirash, sianoz) paydo bo'lganida, arterial qonning kislorod bilan to'yinishi pasayib ketganida (simob ustuni hisobida 60 mm dan kam bo'lganida), respirator atsidoz paytida ($\text{pH} < 7,3$ bo'lganida) nafas yetishmovchiligini davolash zaruriyati tug'iladi. Bunday davo asosan quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- oksigenoterapiya (uzoq davom etadigan past oqimli oksigenatsiya);
- diuretiklarni qo'llash (interstitsial o'pka shishuvi bo'lganida);
- parenteral yo'l bilan glyukokortikoidlar yuborish (interstitsial o'pka shishuvi bo'lganida);
- bronxolitiklar ishlatish;
- sun'iy yo'l bilan o'pkaga havo berib turish (og'ir gipoksiya, intoksikatsiya, atsidoz vaqtida, es-hush o'zgarib, uyquchanlik zo'raygan paytda, bemor balg'amni chiqarib tashlay olmaydigan hollarda).

Odatda, septik jarayon bilan zararlangan, yurak-tomir tizimida o'zgarishlar (yurak yetishmovchiligi, yurak aritmiyalari, yurak nuqsonlari va boshqalar) bo'lgan bemorlarning yurak-tomirlar faoliyatini yaxshilashga qaratilgan davo choralari quyidagilardan iborat:

- infeksiyon-toksik shokni bartaraf etish (plazmaferez, yangi muzlatilgan plazma, yirik molekullari dekstranlar infuziyasi, kortikosteroidlar, pressor aminlar);
- o'pka gipertenziyasini kamaytirish (nitratlar, eufillin, kalsiy kanallari blokatorlari, angiotenzinni o'zgartiruvchi ferment blokatorlari);

– yurak (miokard) yetishmovchiligiga qarshi davo qilish (yurak glikozidlari, periferik vazodilatatorlar; diuretiklar, kaliy preparatlari);

– yurak aritmiyalariga qarshi davo qilish (kaliy preparatlari, kaliyni tejab qoluvchi diuretiklar, farmakodinamika holati va salbiy ta'sirlarini hisobga olib turib buyurilgan aritmiyaga qarshi preparatlar).

O'tkir pnevmoniyada davolash-tiklanish chora-tadbirlari kasallikning dastlabki kunlaridan boshlanishi va bemorlar sog'ayib kelayotgan davrda, asosan kasalxonadan tashqarida (pulmonologiya markazlari, poliklinikalar, pulmonologik kabinetlar, bir kunlik statsionar, sanatoriy-profilaktoriy va sanatoriy-kurortlar) ham davom ettirilishi kerak. Pnevmoniya bilan og'rigan bemorlar rehabilitatsiyasining asosiy yo'nalishi quyidagilar: nafas mushaklarini mashq qildirish; nafas gimnastikasi, massaj uqalash, ehtiyojga ko'ra, refleksoterapiya (igna refleksoterapiya), Su-Djok - terapiya, elektroakupunktura, lazer punktura va boshqalar); sun'iy mikroiklim orqali ta'sir etish, galoterapiya.

O'tkir pnevmoniya bilan og'rigan bemorlar rehabilitatsiyasida davolashning fizik usullari muhim o'rinni egalaydi. Infiltrat so'rilishini tezlashtirish uchun UVCh, qisqa to'lqinli SVCh-terapiya, induktoterapiya qo'llaniladi, elektroforez yo'li bilan dori preparatlari beriladi. Bronxial obstruksiya sindromning saqlanib turishi ultratovush bilan davolash, eufillin fonoforezi, ozokerit applikatsiyalari buyurilishini talab qiladi. Aeroterapiya va shifobaxsh badantarbiya hamma hollarda ham foydali bo'ladi.

Yana shuni aytib o'tish kerakki, pnevmoniya profilaktikasi uchun bemorning turmush va sanitariya gigiyena sharoitlarini yaxshilash, ularning adekvat ovqatlantishi (ovqatda oqsillar, yog'lar, vitaminlar yetarli miqdorda bo'lishi) ga alohida ahamiyat berish kerak.

Bundan tashqari, bemor bo'lgan kishilarni dispanserda kuzatish ham foydalidir. Hozirgi vaqtda o'tkir zotiljamdan davolanib, tuzalgan bemorlarni 6 oy mobaynida muntazam ravishda klinik-rentgenologik kuzatib borish tavsiya etiladi.

Kasallikning biron-bir asoratlari bo'lmaganda, bemorlar 6 oydan keyin dispanser hisobidan chiqariladi. Zotiljam uzoqqa cho'zilib ketsa, dispanserda kuzatish muddati 10-12 oygacha uzaytiriladi.

SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGI (SOO'K)

Bugungi kunda, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SOO'K) aholi kasallanishi va o'limi asosiy sabablaridan biridir (A.G.Chuchalin, 1998).

SOO'K tarqalishi dunyo bo'ylab tobora ortib bormoqda. Chunonchi, 1995-yilda AQSHda 12,5 mln SOO'K va 1,65 mln. kishi esa emfizemaga yo'liqqan. Oq tanli erkaklar orasida bu xastaliklar 4-6 foiz kishilarda, ayollar orasida esa 1-3 foiz hollarda uchrab turadi.

Shuni ham qayd etish mumkinki, kishi yoshi ulg'aygan sayin unda ushbu xastalikning rivojlanish xavfi ham oshadi. Agar SOO'K 10 yoshlarda 3-6 foiz kishilar dardga uchrasa, 70 yoshga borib bu ko'rsatkich 24,1 foizgacha oshadi. Amerikada 65-74 yoshli erkaklarning 13,6 foizi va shu yoshdagi ayollarning 11,8 foizi SOO'Kka duchor bo'lmoqda (N. Stifacas va boshqalar, 1995). Ovro'po mintaqasida ham bu xastaliklarning o'sish jarayoni yuqoridagidan juda kam farq qiladi.

Aholining SOO'Kdan nogiron bo'lib qolishi muhim ijtimoiy muammo hisoblanadi. Ovro'poda SOO'K ishga layoqatsizlik kunlari bo'yicha boshqa sabablar bilan qiyoslanganda uchinchi o'rinda turadi.

Ovro'po mamlakatlarida SOO'K guruhi doirasida, bronxial astma va zotiljamni qo'shib hisoblaganda, 1996-yilda o'limni keltirib chiqaruvchi sabablari orasida uchinchi o'rinni egallab, 100 ming aholiga nisbatan olinganda o'rta hisobda 20 ni tashkil etgan.

AQSHda bugungi kunda o'lim darajasi 100 ming aholiga nisbatan olinganda, 18,6 ni tashkil etadi, bunda so'nggi 10 yil ichida bu ko'rsatkich 71 foizga oshgan. Bu hol ayniqsa muhimdir, chunki aholi o'limi umumiy darajasi 21 foizga kamaygan. Xuddi shu davr ichida yurak-tomir va serebrovaskulyar xastaliklar tufayli o'lim tegishli ravishda 45 va 58 foizlarga kamaygan. Belgiyada 40-74 yoshlarda, 100 ming aholiga nisbatan olinganda, SOO'Kdan 54 kishi vafot etgan. Agar bu ko'rsatkichni bevaqt o'limga olib keladigan sabablar bilan solishtirsak, faqatgina o'pka raki (1000 kishiga nisbatan – 8,3) va yurak ishemik kasalligi – YuIK (1000 taga – 7,3) ko'plab kishilar yostig'ini quritgan.

O'zbekistonda aholi nafas a'zolari kasalliklari son jihatdan birinchi o'rinni egallaydi. So'nggi 10 yil ichida nospesifik o'pka kasalliklari bo'yicha kasallanish ko'rsatkichi 2,5 baravar oshdi, shifoxonaga yotqizilgan pulmonologik xastalikka ega bemorlar soni, yurak-tomir va endokrin xastaliklar bilan og'rigan yotoqli bemorlar sonidan oshib ketdi. Respublikada surunkali nospesifik o'pka kasalliklari (SNO'K)dan vaqtincha ishga yaroqsiz odamlar soni 12 foiz, nogironlar soni esa 3 foizga ko'paygan. O'zbekistonda SNO'K dan o'lim hollari ham ko'payib bormoqda, bu esa MDHda tegishli ko'rsatkichlardan 1,5-2 baravar

ortiqdir. Qishloq hududlarida o'pkaning nospesifik kasalliklaridan o'lim ko'rsatkichi ayniqsa yuqoridir (A.M.Ubaydullaev, 1995).

Shuni ta'kidlab o'tish joizki, dunyoning turli mintaqalarida SOO'Kning tarqalishi, ular tufayli nogiron bo'lib qolish va o'lim ko'rsatkichlari bir-biridan ancha farq qiladi. Shu bois SOO'Kni o'z vaqtida aniqlash va davolashda ko'pchilik shifokorlar anchagina qiyinchiliklarga uchraydilar.

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligiga asosan surunkali obstruktiv bronxit va o'pka emfizemasi oqibatida kelib chiqadigan nafas yo'llarining obstruksiyasi bilan xarakterlangan holatlar kiradi.

Akademik A.G.Chuchalin va ayrim Amerika olimlari SOO'Kka, ya'ni surunkali obstruktiv bronxit va emfizema qatoriga og'ir bronxial astma, bronxoektatik kasallik, mukovissidoz va obliteratsiyalovchi bronxiolitlarni ham kiritishni taklif qilganlar. Bizning fikrimizcha, bu to'g'ri taklif, chunki yuqorida ko'rsatilgan kasalliklar ham borgan sari zo'rayib, og'ir nafas yetishmovchiligiga olib keladigan, ko'pincha ortga qaytmas va prognozi noxush kasalliklar qatoriga kiradi.

Ammo, 2002-yil noyabr oyida Moskva shahrida Rossiya pulmonologlarining bronx-o'pka kasalliklariga atalgan XII kongressi bo'lib o'tdi. Shu form materiallariga binoan ko'pchilik Ovro'po va Rossiya olimlari SOO'Kka faqat surunkali obstruktiv bronxitni va o'pka emfizemasini qoldirish to'g'ri bo'ladi degan fikrga keldilar va surunkali obstruktiv bronxit o'rniga «surunkali obstruktiv o'pka kasallik» atamasini qabul qilishni taklif etadilar (A.G.Chuchalin, 2002).

Surunkali nafas organlari kasalliklari orasida eng ko'p tarqalgan kasallik surunkali oddiy bronxitdir. Surunkali bronxit bilan xastalangan bemorlarda 2 yil davomida kamida 3 oy muntazam yo'tal hamda balg'am ajratish bilan ko'rinadi. Bunda nafas olish markaziy havo yo'llari sathida joylashgan patologik jarayon asosan yirik bronxlarda bo'lib, ushbu xastalik «proksimal bronxit» deb nomlanadi. Oddiy bronxitda – traxeobronxial submukoz bezlar gipertrofiyasi va shilliq parda traxeobronxial hujayralarining (qadahsimon va hilpillovchi epiteliy hujayralari) giperplaziyasi, shilliq pardaning yallig'lanishi kuzatiladi. Bunday holat noobstruktiv bronxitga xos bo'lib, u surunkali bronxitga ega bemorlarning qariyb 3/4 qismida kuzatiladi. Bu tur bronxitlarda bemor umumiy ahvoli turg'un qoniqarli bo'lib, unda ish qobiliyati ham saqlanib qoladi. Bu yerda shuni ham aytib o'tish kerakki, yuqoridagi holat tamaki chekuvchilarda bo'lganda, ko'pincha uni faqat tamaki chekish belgisi deb kishi boshda vrachlarga murojaat qilmaydi. Lekin kasallikning asta-sekin kuchayib borishi bemorni shifokorga olib keladi.

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SOO'K) zamonaviy pulmonologiyada dolzarb muammo sanaladi.

SOO'K – bronx shilliq pardasining surunkali noallergik yallig'lanishi bo'lib, zo'rayib boruvchi nafas yetishmovchiligiga olib keladigan nafas yo'llari obstruksiyasi bilan tavsiflanadi. SOO'Kda ruy beruvchi obstruksiyaning qaytarilmas va qisman qaytariluvchan turlari bor. Qaytarilmas turi o'pkaning elastik kollagen stromasi destruksiyasi, bronxiolalar deformatsiyasi hamda obliteratsiyasi bilan bog'liq. Qaytariluvchi turi esa bronxlar silliq mushaklari spazmi natijasida yuzaga kelib, bunda mayda bronxlar shilliq pardalarining shishishi va ularning obstruksiyasi kuzatiladi. Ushbu holat «distal bronxit» deb ataladi.

Etiologiyasi. SOO'Kning kelib chiqish omillari talaygina. Ko'pchilik tadqiqotchilar taklifiga binoan, ularni bir necha guruhga ajratish mumkin.

SOO'K shakllanishining asosiy sabablari:

Mintaqamizda mavjud bo'lgan atrof-muhitning ayrim noxush ta'sirlari va kasbga aloqador zararli faktorlar ushbu kasalliklarda asosiy etiologik omillardan hisoblanadi. Jumladan, defoliantlar, xlororganik birikmalar, paxta, don changlari, oltingugurt va azot dioksidlari, havoda kadmiy va kremniy moddalari miqdorining oshishi va boshqalarning bronxlar shilliq pardalariga zararli ta'sir ko'rsatishi isbotlangan. So'nggi vaqtlarda SOO'K bilan kasallanishda turar joy binolarining polyutantlariga tobora ko'proq ahamiyat berilmoqda. Ular zamonaviy sintetik qurilish materiallari va isitish sistemalaridan foydalanish jarayonida ayniqsa, qish faslida hosil bo'lib, o'z salbiy ta'sirini ko'rsatadi

Surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari kelib chiqishida tamaki chekish juda zararli omillardan hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda barchaga ochiq-oydin aniqki, tamaki chekish juda ko'p og'ir kasalliklar keltirib chiqarishi bilan insonlarni barvaqt o'limga olib kelmoqda. Sayyoramizda yashayotgan millionlab odamlar o'z ixtiyorlari bilan nikotin va boshqa zaharlarni sigaret tutuni orqali tanalariga kiritadilar. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga qaraganda dunyoda 1,1 milliard kishi chekar ekan, bu esa o'z navbatida o'limni keltirib chiqaruvchi omillardan bo'lib hisoblanadi va ta'kidlash joizki o'z vaqtida uning oldini olsa bo'ladi.

Ma'lumki, 80-90 foiz nafas a'zolarining surunkali kasalligi, 30 foiz barcha yurak-qon tomir kasalliklari va 85 foiz o'pkaning rak kasalligi chekish natijasida yuzaga chiqadi. Bu esa yiliga 4 million kishining o'limiga sabab bo'lmoqda, boshqacha qilib aytganda, har 8 sekundda chekish natijasida bir kishi hayotdan ko'z yummoqda.

E'lon qilingan ma'lumotlarga ko'ra, AQSHda yiliga 390 ming, Rossiyada esa 300 ming kishi chekish oqibatida hayotdan judo bo'lmoqda.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga qaraganda, chekish shu darajada davom etadigan bo'lsa, 2020 va 2030-yillarga borib yiliga 10 million kishi chekish qurboni bo'lishi kutilmoqda.

Tekshirishlarning ko'rsatishicha, keyingi yillarda Rossiyaning 40 foiz, Belgiya, Finlyandiya, Shvetsiyaning 25 foiz aholisi tamaki chekar ekan. Erkaklar orasida tamaki chekish Latviya, Estoniya, Polsha, Moldaviya, Turkiya, Ukraina, Litva davlatlarida juda yuqori darajada, o'spirinlar orasida chekuvchilar o'rta hisobda 36 foiz, yuqori sinf o'quvchilari orasida – 17 foizni tashkil etadi. O'zbekistonda chekuvchilar to'g'risida aniq ma'lumotlar bo'lmasada, bu boradagi ahvol tashvishlidir.

Tamaki tutuni 4000 dan ortiq zaharli moddani o'z ichiga olib, ularning ko'pchiligi inson salomatligi uchun xavflidir. Yuqorilardan ko'rinib turibdiki, har kuni, haftalab, oylab, yillab chekuvchi odamlarning tanasiga astronomik miqdorda zaharli moddalar kiradi. Bu moddalarning asosiy zarbasi nafas a'zolariga beriladi. Olingan ma'lumotlarga qaraganda, tamaki tarkibidagi moddalar o'pkani turli to'qimalariga ta'sir ko'rsatar ekan. Tamaki tarkibidagi nikotin moysimon tomchilar shaklida mayda nafas yo'llari va alveolalarda yig'ilib tezgina qonga shimiladi va tez, ya'ni 8 sekund davomida miyaga yetib boradi va chekishni to'xtatgandan so'ng 20-30 sekunddan keyin kamayadi.

Shuningdek, nikotin katta va kichik qon tomirlari endotelial hujayralarini zararlab, ularda qonning ivib qolishiga, tromblar hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Kadmiy va farmaldigit hujayralarga nisbatan kuchli zaharli ta'sir etadi va nikotinning zaharli ta'sirini kuchaytiradi.

Tamakida bo'ladigan poloniy, uretan, benzpirin va vinil xloridi xatarli o'sma (rak) kasalligini keltirib chiqaradi. Shuning uchun o'pkada rakning kelib chiqishida ularning asosiy rol o'ynashiga hech qanday shubha qilmasa bo'ladi.

Tamaki chekish o'pka to'qimalarida o'zgarishlar keltirib chiqarishi oqibatida o'pka emfizemasi, surunkali bronxit va nafas yo'llarining mayda to'qimalari o'zgarishiga sabab bo'ladi.

SOO'K ko'pincha chekuvchilar xastaligi sifatida e'tirof etiladi. Unda obstruksiya faqat ashaddiy kashandalarda emas, balki passiv chekuvchi hisoblanadigan odamlarda ham uchrab turadi. Kishining qaysi yoshdan boshlab cheka boshlagani va bir kunlik chekiladigan sigaretlari soni SOO'Kda xatarli oqibatni oldindan bildiruvchi asosiy omillar sanaladi. Ota-onalari tamaki chekadigan bolalarda SOO'Kning rivojlanish xavfi ayniqsa, yuqori bo'ladi.

Keyingi yillarda organizmda α_1 -antitripsin (α_1 -AT) yetishmovchiligiga, bronx-o'pka kasalliklarining kelib chiqishiga sababchi ekanligiga katta

e'tibor berilmoqda. α_1 -AT yetishmovchiligi 4-5 foiz bemorlarda nasdanaslga o'tadi. Bu holat o'pka emfizemasi va surunkali bronxit taraqqiy etishiga sharoit yaratadi, chunki oqsilning leykotsit va makrofaglar parchalanishidan hosil bo'ladigan fermentlar ta'sirida buzilishi yuzaga keladi (T.E.Gembitskaya, V.K.Kuznesova, 1985). α_1 -AT (geterozigot tur) kishilarda 0,6 foiz tezlikda uchraydi. Ularda emfizema va surunkali bronxit bilan kasallanishga moyillik bo'ladi, ayniqsa ashaddiy chekuvchilarda. α_1 - AT bo'yicha gomozigot kishilarda chekishdan qat'i nazar, barvaqt emfizema yuzaga chiqadi (K. Michell, boshqalar, 1982).

SOO'K kelib chiqishiga sabab bo'ladigan qo'shimcha omillarga quyidagilar kiradi:

- virusli respirator xastaliklarning bo'lishi; bunda ko'pincha nafas yo'llari epitelial hujayralarida viruslarning saqlanib turishi (persistensiya) kuzatiladi va bu ayniqsa SOO'K qo'ziganda alohida ahamiyat kashf etadi;

- ichkilikbozlik va giyohvandlikka duchor bo'lgan kishilarda bu xastalik holatlari SOO'K paydo bo'lishiga zamin hozirlovchi omillar hisoblanadi;

- kishining o'z hayotiy ehtiyojlariga mos kelmaydigan ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli, bolaning tug'ilganda kam vaznda bo'lishi, immun statusining o'zgarganligi (masalan, sekretor JgA kamayishi), 40 yoshidan oshgan palla, ayniqsa, erkaklarda.

O'zbekistonda SOO'Kning tarqalishida havoning defoliantlar bilan ifloslanishi, kasbga doir omil va immun tanqisliklarning o'rni ancha keng hisoblanadi (D.X.Mahmudova, 1985).

Patogenezi

SOO'K nospesifik ta'sirlarga javoban nafas yo'llari obstruksiyasi va bronxlar konstriksiyasi bilan tavsiflanadi. Qaytarilmas va qaytariluvchan obstruksiya holatlari bir-biridan obstruksiyasi va bronxlar konstriksiyasi bilan tavsiflanadi. Qaytarilmas va qaytariluvchan obstruksiya holatlari bir-biridan farqli patogenetik mexanizmlarga ega.

Obstruksiyaning qaytariluvchan turi bronxlar shilliq pardalari yallig'lanishi, ularning shishishi, balg'am bilan to'silib qolishi, qadahsimon hujayralar sonining ortib, ularning zo'r berib ishlashi oqibatida yuz beradigan shilliq pardalar gipersekresiyasi hamda bronxlar spazmi bilan bog'liq. Bu o'zgarishlar nafas yo'llarining torayishi, ya'ni bronxoobstruktiv sindromi rivojlanishiga olib keladi. Bayon etilgan mexanizmlar asosan parasimpatik asab tizimi (xolinergik reseptorlar) ning faollashuvi tufayli yuzaga chiqadi. SOO'K bilan og'rigan bemorlarda xolinergik reseptorlarning haddan ziyod reaksiyasi to'liq hujayralarning

faollashuviga, yallig'lanish mediatorlarining ko'plab otilib chiqishiga, bronxlar shilliq mushaklari tonusining oshishiga olib boradi. Natijada shilliq va shilliq osti pardalarida yallig'lanish jarayoni boshlanadi. Kezi kelganda bunday hollarda xolinerjik reseptorlarning maksimal zichligining yirik va o'rta o'lchamlardagi bronxlar sathida qayd etilganini alohida qayd etib o'tish mumkin.

Obstruksiyaning qaytarilmas turi alveolyar destruksiya tufayli o'pkaning elastiklik xususiyatining yo'qolishi sababli shakllanadi. Ma'lumki, oltingugurt, azot oksidlari, tamaki tutuni komponentlari va boshqa oksidantlar o'pka proteolitik fermentlar faolligini kuchaytirish qobiliyatiga ega bo'lib, ayni paytda ingibitorlar ishlanib chiqishini susaytiradi. Parchalanayotgan polinuklear leykotsitlar (neytrofillar) eng muhimi elastaza va makrofaglar esa proteazalarning asosiy manbai sanaladi. Ko'pgina tadqiqotlarda SOO'Kka uchragan bemorlarda hujayra membranasi biriktiruvchi to'qimaga tegib turadigan joylarida (elastazani yuqori konsentratsiyalarda ajratish qobiliyati bo'lgan) faol neytrofillarning ko'p miqdorda to'planishi kuzatilgan. Shunday qilib, neytrofillarning ko'chgan joylarida ajratgan elastaza miqdori ingibitorlarning shu fermentni nazorat qilish qobiliyatidan ustunlik qiladi, ushbu hol o'pka biriktiruvchi to'qimasi destruksiyasiga va nihoyat, emfizema rivojlanishiga sabab bo'ladi. Alfa-1-antitripsin neytrofil elastazasining asosiy ingibitori hisoblanadi. Bu ferment tanqisligi mayda kapillyarlarda qon aylanishining izdan chiqishiga, alveolalararo bo'shliqlarining yemirilishiga olib boradi. Bunday bemorlarda hatto ularning navqiron yoshda bo'lishlariga qaramay, o'ta tiniq rentgenogrammalar bo'yicha barvaqt rivoj topgan o'pka emfizemasi borligi aniqlanadi.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlar, aynan o'pka emfizemasi SOO'Kda zo'rayib boruvchi qaytarilmas funksional o'zgarishlarning asosiy sababchisi deb hisoblash imkonini beradi. SOO'K patologoanatomik jihatdan bronxit va emfizemaning o'ziga xos kombinatsiyasi hisoblanadi, shu bois deyarli barcha xorijiy mamlakatlarda «surunkali obstruktiv bronxit» atamasi, «surunkali obstruktiv o'pka kasalligi» atamasi bilan almashtirilgan (A.G.Chuchalin, 1998, 2002).

Shuni ham ta'kidlab o'tish joizki, SOO'Kka qo'shib qolgan o'pka emfizemasida, gaz almashinuvining izdan chiqishida alveolalararo to'siqlar destruksiyasi bilan aloqador umumiy nafas sathining kamayishi emas, balki o'pka to'qimasi destruktiv o'zgarishlarining bir maromda bo'lmasligi ham muhim rol o'ynaydi. Gap shundaki, eng ko'p parchalangan, ko'pincha bullyoz ravishda o'zgargan, qovushqoq qobig'ini va amalda gaz almashinuvi vazifasini ado etish qobiliyatini yo'qotgan o'pka sohalari

ko'krak qafasida o'ta ko'p joy olib, gaz almashinuvi va elastik retraksiyaga potensial qobiliyatini saqlab qolgan qismlari ventilyatsiyasini qiyinlashtiradi. Natijada sezilarli darajadagi ventilyatsion-perfuzion buzilishlar hamda giperkapniya holati ham yuzaga keladi. Ventilyatsiya va gaz almashinuvining bunday og'ir buzilishlarini asosan nafas mushaklarining zo'riqib ishlashi hisobiga qoplash mumkin, bu esa nafas mushaklarining toliqishiga va aralash tipdagi zo'rayib boruvchi nafas yetishmovchiligiga sabab bo'ladi (A.G.Chuchalin, 1998).

Shunday qilib, o'pka emfizemasini SOO'Kning qandaydir shartli asorati yoki unga qo'shib qolgan kasallik deb hisoblamalik kerak. U asosiy funksional buzilishlar, kasallik zo'rayishi va oqibat-natijada, bemor o'limini belgilovchi asosiy omil hisoblanadi. Aftidan, aynan o'pka emfizemasining borligi obstruktiv bronxitni xavfsiz kechadigan obstruktiv bo'lmagan bronxitdan ajratish imkonini va bemor salomatligi prognozini aniqlashdagi asosiy omildir.

Yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, SOO'K zo'rayganda u infeksiyon jarayon tusini olishi mumkin. SOO'Kda pnevmokokk va gemofil bakteriyalar infeksiyon jarayonning asosiy qo'zg'atuvchilari sanaladi. Bu mikroorganizmlar leykotsitar reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin va unda yuzaga chiqadigan proteazalar oshishi nihoyatda yupqa alveolalararo to'siqchalar hamda birinchi navbatda infeksiyon jarayondan zararlangan atsinus markaziy zonasida noyallig' jarohatlanishga olib kelishi ehtimoldan holi emas. Ravshanki, SOO'Kda hammaga ma'lum sentriatsinoz (sentrilobulyar) emfizemaning ustun kelishi shu bilan aloqador bo'ladi, proteaza-antiproteaza muvozanati (alfa-1-antitripsin tanqisligida, ya'ni birlamchi emfizemada) umuman izdan chiqqanda o'pka parenximasi panatsinoz shikastlanishga duchor bo'ladi.

Hozirgi vaqtda SOO'K patogenezida respirator viruslarga muhim ahamiyat berilmoqda. Aslida bu viruslar ochiq-oydin neytrofil va makrofagal reaksiyani yuzaga keltirmasa-da ular o'zlarining yuqori kontagioz va immunitetni susaytirish qobiliyatga ega bo'lganliklari tufayli ko'p hollarda yallig'lanish jarayoni zo'rayishining tashabbuskori sanaladi. Bu holda albatta bakterial va birinchi galda pnevmokokk, infeksiya avj oladi.

Virusologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, SOO'K qayta qo'ziganda respirator viruslar 94,1 foiz bemorlarda (ularning 53 foizi bronxial daraxtning chuqur joylashgan bo'limlarida) aniqlanadi. Bunda 84 foiz bemorlarda virus to'dalari topilgan, ular 62,1 foiz hollarda ko'p komponentli bo'lgan (A.G.Chuchalin, 1998).

Remissiya bosqichida ham SOO'K viruslari ko'pchilik bemorlarda ajralishda davom etaveradi, ya'ni viruslar persistensiyasi sodir bo'ladi.

Persistensiyaga eng ko'p moyil bo'lgan RS-virus SOO'K bilan og'rigan ko'pchilik bemorlarda kasallik qo'ziganda aniqlangan.

Respirator viruslar immun supressiv effekti g'oyat aniq-ravshan namoyon bo'ladi. Virusli infeksiya qo'ziganda T- va T-faol limfotsitlar, shuningdek, tabiiy qotil (killer) hujayralar soni ikki baravar kamayishi qayd etilgan. Aftidan, SOO'Kli bemorlarda sistem va mahalliy immunitetning birlamchi buzilishlari virusli infeksiya rivojlanishi va uning saqlanib turishiga yordam beradi, ana shu infeksiyaning o'zi esa immunologik rezistentlikka og'irlashtiruvchi ta'sir o'tkazadi.

SOO'K diagnostikasi

SOO'K diagnozi kasallik tarixi (anamnez), klinik belgilari, funksional va laboratoriya testlarini kompleks baholashga asoslangan.

Yo'tal, balg'am ko'chishi, hansirash (goho hushtaksimon nafas olish bilan o'rin almashadigan) SOO'Kli bemorlarning asosiy shikoyatlari sanaladi. Kasallik boshlanganda balg'am asosan ertalab ajralib, u kam miqdorda bo'ladi. Keyinchalik balg'am ko'payadi (bir kecha-kunduzda 30 ml dan ortiq) va infeksiya bo'lganda u yiringli tus oladi. Bemor doim hansirayveradi. Respirator simptomlar ko'pincha hushtaksimon nafas olish bilan navbatlashadi.

SOO'K bilan kasallangan bemorlarning asosiy qismi ko'pdan bo'yon sigaret chekuvchilar (ayniqsa 40 yoshdan oshganlar) hisoblanadi.

Obyektiv tekshiruvda ko'krak qafasi shaklining o'zgarganligi (ko'krak devori va ayniqsa, uning orqa-yon bo'limlarining bochkasimon kengayganligi, qovurg'a oraliqlarining kattalashishi), diffuz sianoz, nafas olishda qo'shimcha mushaklar ishtiroki qayd etiladi. Obstruksiya simptomlari – vezikulyar nafasning susayishi, quruq hushtaksimon xirillashlarning borligi, nafas chiqarishning uzayganligi kuzatiladi. Bemor o'pkalari perkussiyasida bamisoli qutisimon tovush eshitiladi. Diafragma ekskursiyasi ham kamayadi. Auskultatsiya yordamida nafas olishning zaiflashgani va ko'proq quruq hushtaksimon xirillashlar, goho o'rtacha va yirik pufaksimon nam xirillashlar (boshdan-oyoq ikkala tomonda) qayd etiladi. Nafas chiqarish ancha uzaygan bo'ladi. Og'ir hollarda yurak tonlari xanjarsimon o'simta yonida, goho esa epigastral sohada yaxshiroq eshitiladi, shuningdek «a.pulmonalis» ustida II ton aksenti eshitiladi. Biroq yuqorida ko'rsatilgan klinik belgilar hamma vaqt ham kasallikning og'ir-yengilligini to'liq aks ettirmaydi va shu tufayli ayrim hollarda subklinik holatga qarab bemorda SOO'K bor-yo'qligini istisno qilishning iloji bo'lmaydi.

SOO'K bilan og'rigan bemorlarda o'tkazilgan o'pka rentgenografiyasi boshqa surunkali va o'tkir o'pka xastaliklarini istisno etish uchun

diagnostik ahamiyat kasb etadi, shu sababli u bemorni birinchi bor tekshirishda muhim hisoblanadi. Diafragma gumbazining past turishi, unda harakatchanlikning cheklanganligi, o'pka to'qimasi tiniqligining oshishi SOO'K uchun xos xususiyatlardir.

Balg'amni tekshirish gistologik holat yallig'lanish turi va bosqichini oydinlashtirish imkonini beradi. Infeksion agent sababli xastalik qo'ziganda balg'amda neytrofillar, epitelial hujayralar, makrofaglar va bevosita qo'zg'atuvchining o'zini topsa bo'ladi.

Mikrobiologik tekshirish ko'pincha yallig'lanish jarayoni avjida yordam beradi, kasallikni odatdagi kechishida bunga erishib bo'lmaydi. Bunday hollarda bronx-alveolyar suyuqlikni immunologik tekshirish maqsadga muvofiqdir.

Elektrokardiografiya. Kasalligi cho'zilib ketgan bemorlarda EKG da quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi: yurak o'qining o'ngga siljishi (S_1 va R_3 , S-AVL), o'ng bo'lmachaning zo'riqqanligi (P-pulmonale, II, III, AVF usullarida) va o'ng qorincha gipertrofiyasi (V_5 , V_6 usullarida chuqur S-tishchasi).

O'pkada o'tkaziladigan funksional testlar diaqnoz qo'yish, patologik jarayon og'ir-yengilligini baholash va unda zo'rayish bor-yo'qligini bilish va hokazolar uchun zarur hisoblanadi.

Tashqi nafas funksiyasi (TNF) ko'rsatkichlariga baho berish SOO'K diaqnozi uchun kerak, ya'ni obstruksiya, alveolyar devor destruksiyasi darajalarini aniqlashga xizmat qiladi.

Ko'zlangan maqsadlar uchun $JNCHH_1$ va $JNCHH_1/O'HS$ nisbati eng ko'p axborot beradigan testlardir. $JNCHH_1$ kasallik og'ir-yengilligini baholash uchun yuqori sezuvchan ko'rsatkich hisoblanadi (jadvalga qarang).

4-jadval

$JNCHH_1$ ga asoslangan SOO'K kechishining og'ir-yengilligiga baho berish (Ovro'po respirator jamiyati tavsiyalari)

Og'ir-yengilligi	Zarur bo'lgan qiymatdan, foizlarda $JNCHH_1$ (FEV_1)
Engil	> 70
O'rtacha	50-69
Og'ir	< 50

MHT_{50} , MHT_{25-75} , bronxial qarshilik kabi parametrlarning informativ ahamiyati klinik amaliyotda $JNCHH_1$ va $JNCHH_1/O'HS$ ga qaraganda yuqori emas.

Tasnifi. Kasallik og'ir-yengilligiga adekvat baho berishda ko'pincha SOO'K tasnifiga murojaat qilinadi.

Tasnif JNCHH₁ darajasi qiymatining pasayishini baholashga asoslangan. PaO₂ni o'lchash – boshqa bir funksional mezon hisoblanadi, u qon gazlari o'zgarishining bronxlar obstruksiyasiga to'la aloqador bo'lmasa-da, lekin kasallik zo'rayishiga ta'sir o'tkazishini isbotlashga asoslangan.

SOO'Kning og'ir-yengilligi quyidagi dalillarga qarab baholanadi:

Birinchi pog'ona:

– JNCHH₁ ko'rsatkichi me'yorda (kerakli hajmga qaraganda bir oz kamaygan);

– qon gazlari o'zgarmagan;

– yashash sifati kam o'zgargan;

– dori-darmonlar kam qabul qilingan;

– tibbiy yordam umumiy amaliyot vrachi yoki kasallik qo'ziganda pulmonolog tomonidan ta'min etiladi.

Ikkinchi pog'ona:

– JNCHH₁ kerakli qiymatlarga qaraganda 60-40 foiz;

– qon gazlari tez-tez o'zgarib turadi;

– yashash sifati o'zgargan;

– dori-darmon ko'p qabul qilingan;

– tibbiy yordam pulmonolog tomonidan ta'minlanadi.

Uchinchi pog'ona:

– JNCHH₁ kerakli qiymatlarga qaraganda 40 foizdan kam;

– qon gazlari ancha barqaror o'zgargan;

– yashash sifati ancha o'zgargan;

– dori vositalari ko'plab va doim qabul qilinadi;

– tibbiy yordam pulmonolog tomonidan ta'minlanadi.

SOO'Kning nechog'lik og'ir-yengilligini aniqlash uchun quyida amaliy vrachlarga juda qulay jadval tavsiya etiladi. U klinik holatni to'g'ri baholash, jarayon zo'rayib borishiga muvofiq (barqarorlik, xuruj) tegishli davo o'tkazish imkonini beradi.

Yuqorida keltirilgan pog'onalar chegaralarida klinik va funksional jihatlar aniqlash uchun birmuncha oydinlashtirilgan yo'l taklif etilgan (jadvalga qarang)

Birinchi pog'onaga yengil barqaror SOO'K, JNCHH₁ 60 foiz, kerakli qiymatlarga nisbatan, MHT₅₀, hajmlari kamaygan, jismoniy faollik kabilar kiradi.

Ikkinchi pog'ona esa quyidagichadir:

– o'rtacha og'ir (me'yoriy) SOO'K, JNCHH₁ 60-40 foiz, shuningdek simptomlari doimiy, II yoki III darajadagi nafas yetishmovchiligi, jismoniy faollikning susayishi.

Qondagi gazlar bosimi o'zgarishi ko'rsatkichlarini aniq muhim hisoblanadi.

Qondagi (plazma, shakliy elementlarda erigan yoki kimyoviy holdagi) gazlar tarangligini SOO'Kning o'rtacha og'ir darajasida o'lchash tavsiya etiladi.

PaO₂ ning mazkur yosh uchun kerakli hajmidagidan 80 mm ortiq kamayishi gipoksemiya borligini ko'rsatadi. PaCO₂ ning 45 ga ko'payishi giperkapniya holatidan darak beradi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, obstruksiyaning qaytariluvchan SOO'K bilan og'rigan bemorlarda ventilyatsion buzilishlar shakllanishida birmuncha katta ahamiyatga ega. Bronxolitiklar (agonistlari va xolinolitiklar) bilan ingalyatsion sinamalar o'tkazilganda ana shu turni tavsiflash va uning qaytariluvchanlik darajasini aniq mumkin bo'ladi.

Bordiyu, simpatomimetiklar ingalyatsiyasidan keyin JNCHI ko'rsatkichlari 15 foiz va bundan yuqori ko'tarilsa, obstruksiya qaytariluvchan hisoblanadi.

Pikfloumetr yordamida nafas chiqarishning eng yuqori tezligi monitoringi ham obstruksiyaning qaytariluvchan ekanligi haqida fikr yuritish imkonini beradi.

SOO'Kda emfizema darajasini va kichik qon aylanish doirasida gipertenziya bor-yo'qligini baholash uchun rentgen-radiologik tekshirish usuli ko'proq qo'l keladi.

O'pka gipertenziyasi ro'y berganda pastga tushuvchi o'ng o'pka arteriyasi 16 mm dan oshadi, yurak soyasi ham o'zgargan bo'ladi. Emfizema o'pka tiniqligining oshishi, diafragmaning silliqlashuvi, qovurg'alararo oraliqlarning kengayishi bilan xarakterlanadi. Bu tekshirish usuli SOO'K va o'pka raki, zotiljam, plevrit, pnevmotoraks kabi xastaliklarning differensial diagnozi uchun muhim hisoblanadi.

Kompyuterli tomografiya (KT). Emfizemada kamaygan o'pka zichligi KT skanerida namoyon bo'lishi, bullez o'zgarish bor-yo'qligini va emfizema turini identifikatsiya qilishda foyda berishi (markaziy bo'lakchali yoki pan bo'lakchali emfizemada) mumkin. SOO'Kda KTning asosiy roli jarrohlik usulini qo'llash uchun bullalar va bronxoektazlar haqidagi axborotni isbotlashdan iborat. Bu metod odatdagi davolashda tavsiya etilmaydi.

Exografiya va kardial kateterizatsiya. Exoplevrografiya SOO'K og'ir kechganda o'pka gipertenziyasiga taalluqli o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi.

O'pka sirkulyatsiyasini baholashda o'ng kardial kateterizatsiya eng ishonchli usul sanaladi. Lekin bu usulni SOO'K og'ir kechganda tavsiya etib bo'lmaydi.

SOO'K og'ir-yengilligini baholash uchun mezonlar

Mezonlar	1-pog'ona	2-pog'ona	3-pog'ona
JNCHH ₁ (kerakligidan)	60 foiz	60-40 foiz	40 foiz
CO ₂	N	1-daraja	1-daraja
Yashash sifati	N	1-daraja	II-daraja
Dorilarni iste'mol qilish	N	+	++
Tibbiy yordam	Umumiy amaliyot vrachi	Pulmonolog	pulmonolog

Uchinchi pog'ona quyidagilarni qamrab oladi:

– og'ir kechuvchi SOO'K, JNCHH₁ 40 foiz, doimiy belgilari, III-IV darajali nafas yetishmovchiligi bilan, tinchlikda, jismoniy faollik ancha susaygan.

Holatning barcha toifalarda turg'un bo'lishi, lekin turli darajali og'irlikdagi xurujlar (turli xil davo yo'l-yo'riqlarni talab etuvchi) ning mavjudligi.

Diagnozni shakllantirish uchun kasallik og'ir-yengilligi bosqichi (xuruji, remissiyasi), asoratlar borligi, o'pka va yurak-tomir tizimining funksional yetishmovchiligi darajasini ko'rsatib o'tish zarur.

Yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, SOB tushunchasi bilan birga zamonaviy adabiyotlarda SOO'K atamasi ham keng ishlatilmoqda, u NCHT va JNCHH₁ tezlik ko'rsatkichlarining zaruriy va tobora kamayib borishini ko'zda tutadi. Adekvat tanlangan davo turi faqatgina bronxoobstruktiv sindrom barqarorlashuviga yordam bersa-da, lekin bronxlar o'tkazuvchanligi me'yorlashuviga imkon bermaydi. Shunday qilib, obstruksiya qaytarilmas turining ustunligi, o'pka emfizemasining mavjudligi SOO'Kni SBdan ajratib turadi.

Demak, obstruktiv sindrom bo'lmagan SBga chalingan bemorlar SOO'Kga taalluqli emas.

Differensial diagnost

Yoshi qaytgan bemorlarda SOO'K va BAni bir-biridan ajratish anchagina murakkab diagnostik muammo sanaladi. Bu holatlar bir-biriga juda o'xshab ketadi va bir xil dorilar bilan davolashga asoslangan.

BAning bunday turida bronx dilatatorlari bilan ingalyatsiya qilingandan keyin kasallik qaytalanmaydi yoki juda sust kechadi.

Emfizema esa ikkala holatda ham kuchayib ketishi mumkin. Uzoq vaqt mobaynida takroran o'lchov o'tkazilganda gipoksemiya ifodalangan

bo'ladi. Funktsional ko'rsatkichlar ham bir xil va barqaror past bo'ladi. Ana shular bu bemorlarga SOO'K diagnozini qo'yish imkonini beradi.

Fibroz polikistoz. Kasallik bolalikdan boshlanadi, spesifik bronxial gipersekresiya asosiy respirator holat sifatida kuzatiladi, pozitiv ter testi, hazm yo'li tomonidan o'zgarishlar (megakolon, pankreatit) bo'ladi.

Bronxoektazlar. Kasallik yoshlikdan boshlanadi, ko'pincha bolalikda uchraydigan infeksiyadan (qizamiq, ko'k yo'tal, difteriya-bo'g'ma va boshqalar) tuzalgandan keyin bronxial gipersekresiya kuzatilib, odatda, KTda yoki bronxografiyada bronxlar kengayganligi aniqlanadi.

Obliterativ bronxiolit. Kasallik transplantatsiya, kimyoviy ingalyatsiya, virusli infeksiya bilan uchraydi, radiologik o'zgarishlar va spesifik morfologik aspektlar ro'y berishi mumkin.

Kasallikning zo'riqishi quyidagi mezonlarga qarab baholanadi:

JNCHH₁ dinamikasi, sog'lom, chekmaydigan kishilarda 35 yoshdan boshlab, yiliga 25-30 ml kamayib boradi. SOO'Kda bu ko'rsatkich yiliga 50 ml dan ko'proq pasayadi. Emfizemaning avj olishi, qoldiq hajmi va umumiy qarshilikning pasayishiga olib keladi, u O'US boshlang'ich normal hajmini izohlaydi; og'ir SOO'K da O'US ko'payadi va bu emfizemaning avj olish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Gipoksemiya bo'lganda SOO'K bilan og'rigan bemorlarda o'pka gipertenziyasi avj olishi mumkin.

Davosi. SOO'K qaytarilmas, zo'rayib boruvchi xastalik bo'lsa-da, uni davolashdan maqsad – o'pka faoliyatini yaxshilash, bemor hayot va yashash sifatlarini oshirishdir. Shuningdek:

- turli xil davolash usullari bilan kasallik belgilarini kamaytirish va yashash sifatini yaxshilash;
- o'pka funksiyasini yaxshilash;
- kasallik xurujlarining oldini olish va davolash;
- o'pka funksiyasining susayish darajasini kamaytirish va uzoq vaqt davomida JNCHH₁ ni individual yuqori darajada saqlab qolish.

1. Profilaktikasi.

A. Chekishni tashlash.

Chekishni to'xtatish va potensial chekuvchilar sonini kamaytirish SOO'K rivojlanmasligi uchun asosiy profilaktik choradir.

SOO'K ka doir davo dasturlarining eng muhim qismi bronx-o'pka sistemasida qaytmas o'zgarishlar paydo bo'lishiga olib keladigan zararli tashqi omillar ta'sirini, birinchi navbatda tamaki chekishni cheklash yoki bunga barham berishdir.

Chekish nafas jarayonining hamma bandlarida o'zgarishlar paydo qiladi: tashqi nafas funksiyasi buziladi, o'pkaning diffuziyalash layoqati kamayadi, qonning kislorod bilan to'yinishi va to'qimalarga kislorodning

yetib kelishi izdan chiqadi. Chekishdan voz kechilganida shu funksiyalarning hammasi yaxshilanib qoladi: o'pkada diffuziya kuchayadi, qonning kislorod bilan to'yinishi yaxshilanadi, organizm fiziologik asliga kelib qoladi, chunki bunda karboksigemoglobin miqdori kamayib boradi.

Tamaki tutunida nikotindan tashqari bir talay boshqa zararli moddalar bo'ladi, shu munosabat bilan odam o'zi o'rgangan sigaretalarni tarkibida nikotini kamroq bo'ladigan boshqa sigaretalarga alishtirishi ham organizmni sog'lomlashtirishda naf bermaydi. Chekadigan odamga salomatlikni qaytarib olishning birdan-bir yagona yo'li chekishni tashlashdir.

Bemorni davolashdan asosiy maqsad – chekishdan voz kechmoqlikdir. Isbotlangan ma'lumotlarga qaraganda, tamakiga bog'liq bo'lib qolganlik, ya'ni kashandalikdan qutulishning ikkita samarali metodi bor, bular – vrach suhbat va nikotin o'rnini bosadigan davo buyurishdir. Vrachga mo'ljallangan asosiy yo'l-yo'riqlar Ovro'po va Amerika pulmonoglari tomonidan chekishga qarshi kurash yuzasidan ishlab chiqilgan klinik-amaliy qo'llanmada ta'riflab berilgan. Vrach faollik ko'rsatib bormog'i kerak. Chekishdan voz kechilganlik sabablarini aniqlash yuzasidan o'tkazilgan tadqiqotlar chekadigan odamlar, ayniqsa yoshlarning 70 foizdan ko'ra ko'prog'i vrach maslahatini olish va unga ergashish istagi borligini ko'rsatib berdi. Lekin vrachlar ko'pincha o'zlari chekadigan bo'lishadi va chekuvchi kishining kasalliklari hamda shunday bemorga tatbiq etish kerak bo'lgan davo dasturlari to'g'risidagi zamonaviy ilmiy axborotlardan bexabar yurishadi.

Davo dasturining muvaffaqiyatini belgilab beradigan eng muhim omillarning biri chekishga o'rganib qolgan va bu odatini tashlashni istaydigan odamning qanday yo'l tutishidir. Bu holda vrachning o'sha kishi bilan o'tkazadigan suhbatining uning to'g'ri yo'l tutadigan bo'lishiga katta yordam beradi. Nima uchun, qanday sababga ko'ra chekishdan voz kechish zarurligini bemorga uqdirish va shundan naf ko'rish mumkinligiga uni ishonirish kerak. Bemor chekishni tashlash zarurligini ko'pincha sezib turadi-yu, lekin o'z odatlari va turmush tarzini o'zgartirish unga juda qiyin bo'ladi. Chekishni tashlashni istamaslikning bir sababi semirib ketishdan qo'rqishdir. Lekin bemorlarning taxminan 10 foizi 13,5 kg ga semirishi ma'lum. Bular aksari ayollar, yoshi 55 dan oshgan va kuniga 25 tadan ko'ra ko'proq sigareta chekib kelgan kishilardan iborat bo'ladi. Vrach mana shu muammoni muhokama qilar ekan, buning bemor uchun ahamiyatini inkor etishi yoki oshirib yuborishi kerak emas. Bemorni toshga tosh qo'shilishi mumkin, deb ogohlantirib qo'yish va uni shunga tayyorlab borish zarur. Lekin vrach bemorga vazni kamaytirish choralarini taklif etishi, jumladan, jismoniy

mashqlar bilan shug'ullanish, parhez qilish, alkogolni cheklash kerakligini tushuntirib berishi lozim.

Davo dasturining eng zarur qismi nikotin o'rnini bosuvchi preparatlarni buyurishdan iborat bo'lmog'i lozim. Nikotin o'rnini bosuvchi preparatlarni ishlatishga asta-sekin (odatda 2 – 5 haftadan keyin), xumor tutib turishi ancha kamayganidan keyin barham beriladi. To'la davo kursi o'rtacha 10-12 oy davom etadi.

Tarkibida nikotin bo'ladigan saqichlar

Nikotin saqichning asosi bo'lmish yopishqoq rezinka bilan aralashtiriladi-da, uning so'rilib yoxshilash uchun karbonat qo'shiladi. Yutiladigan nikotinning nojo'ya ta'sirlarini kamaytirish uchun saqichdan to'g'ri foydalanishni bemorga o'rgatish zarur. Saqichni nikotin mazasi chiqqunicha atigi 5 – 10 marta chaynab, bir necha minutga luj orqasida qoldirish, keyin nikotini tag'in chiqadigan bo'lishi uchun yana chaynash kerak. Bu hammasi bo'lib 20 – 30 minut davom etadi. Shunda tarkibida 2 mg nikotin bo'ladigan saqich plastinkasidan 0,8 – 1 mg, tarkibidagi nikotin 4 mg ga boradigan saqichdan esa, 1,2 – 1,4 mg nikotin yutiladi. 2 mg nikotinli saqichdan kamroq va o'rtacha chekadigan kishilar, ashaddiy kashandalar esa 4 mg li saqichdan foydalanishlari mumkin.

Eng ma'qul keladigan davo muddati aniq belgilangan emas, lekin ko'pgina tekshirish natijalariga qaraganda bu muddat 6 – 12 haftadan to 1 yilgacha boradi.

Nikotinli plastir

Nikotinli plastir organizmga nikotin yetkazib beruvchi preparat bo'lib, 16 soat davomida (bir kunligi) yoki 24 soatda (24 soatligi) 1 mg nikotin ajratadi. Bunda organizmga tushadigan nikotin miqdori chekishda olinadigan darajaning 50 foizini tashkil etadi (21 mg plastir/24 soat yoki 15 mg plastir/16 soat). Shu munosabat bilan bunday plastirni ishlatish saqich ishlatishdan ko'ra osonroq bo'ladi. Tavsiya etiladigan davo muddati 8 – 12 oyni tashkil etadi.

Nojo'ya ta'sirlar terining mahalliy ravishda yengilgina ta'sirlanib turishiga aloqador bo'lishi mumkin, asosan 10 – 20 foiz hollarda shunday hodisa kuzatiladi. 1,5 – 2 foiz hollardagina teri qattiq ta'sirlanadigan bo'lgani uchun davoni to'xtatib qo'yishga to'g'ri keladi.

Nikotinli ingalyator

Har bir ingalyator tarkibida 10 mg nikotin bo'ladi va u taxminan 5 mg nikotin ajratib chiqarishi mumkin. Klinikada foydalanilganida har bir ingalyatoridan taxminan 1,5 – 2 mg nikotin yutiladi, kundalik ishlatiladigan ingalyator soni 5 – 6 donani tashkil etadi. Shunday qilib, bu yo'l bilan yetkazib beriladigan nikotin darajasi 2 mg li saqichdan chiqadigan miqdorga tenglashib qoladi.

Nikotinli burnaki sprej

Sprej organizmga nikotin yetkazib berishning samarali va tezkor usulidir, uning farmakologik ta'siri sigaretaga yaqin turadi. Har bir burnaki sprejda 0,5 mg miqdorida nikotin bo'ladi. 1 mg sprej ishlatilganidan keyin qon plazmasidagi nikotin miqdori 5 – 10 minut davomida 16 mg/ml ga yetadi. Odatdagi davo muddati – 3 oy, lekin 1 yilgacha ham davom etishi mumkin. Tavsiya etiladigan dozasi - ikkala burun katagidan kuniga 10 martadan to 40 martagacha burnaki qilinadi.

Nikotinning o'rnini bosadigan preparatlar chekishdan voz kechish davrida xumor dardini yengillatishiga qaramay, davoning yaxshi naf berishida bemorning o'zi, chekishni tashlashga nechog'lik astoydil kirishgani va davoning naf berishiga amin bo'lishi, har qalay, asosiy rolni o'ynaydi, bunda vrach uni doim qo'llab-quvvatlab borishi kerak.

Bu tibbiy chora-tadbirlarning eng muhim maqsadi bo'lib qoladi.

a) kasbga aloqador salbiy ta'sir etuvchi va havoni ifloslantiruvchi omillarni nazorat qilish orqali SOO'Kning zo'rayishi va JNCHH₁ ning pasayib ketishi oldini olish;

b) SOO'K xurujlari proflaktikasida gripp va pnevmokokklarga qarshi vaksinatsiyalash.

2. Dori-darmonlar bilan davolash.

Dori-darmonlar bilan davolashdan maqsad:

- bronxlar spazmini kamaytirish;
- bronxlar shilliq pardalari yallig'lanishini kamaytirish;
- balg'am ajralishiga yordam berish.

Bronxodilatatsion davo.

Bronxodilatatorlar – SOO'Kda ishlatiladigan asosiy preparatlardir (hamma bemorlarda funksional sog'ayish kuzatilmaganda ham). SOO'Kda o'tkazilgan davo natijalari ba'zan faqat bemor hayoti sifatining yaxshilanishi bilangina namoyon bo'ladi.

Antixolinergik preparatlar – SOO'Kni davolashda birinchi qator dorilardir.

Yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, SOO'Kda bronxoobstruktiv sindrom ko'pgina omillarga bog'liq. Xususan, bronxial daraxt xolinergik reseptorlari tonusining oshishini ko'rsatib o'tish mumkin. Adashgan nerv reseptorlarining blokatorlari sifatida xolinolitiklarni qo'llash obstruksiyasining qaytariluvchan turini kamaytirish imkonini beradi.

Ipratropium bromid (Atrovent), «Boehringer Ingelheim» firmasi (Germaniya).

Atrovent parasimpatik impulsatsiyani susaytirish tufayli bronxolitik ta'sir ko'rsatish qobiliyatiga ega, bu esa uning reseptorlardagi atsetilxolin bilan raqobatli antagonist holati bilan bog'liq.

Atrovent xususiyatlari quyidagicha:

- SOO'Kka chalingan bemorlarga katta naf beradi va deyarli nojo'ya ta'siri bo'lmaydi, bunga sabab – dorining shilliq parda orqali juda kam so'rilishi, oqibatda u yuragi xasta va sirkulyator buzilishlari bo'lgan bemorlarda ham qo'llanilishi mumkin;

- taxiflaksik ta'siri, ya'ni preparatga ko'nikish kuzatilmaydi;

- yoshi qaytgan bemorlarda bronxial reseptorlarning M-xolinolitik preparatlarga sezuvchanligining saqlanib qolishi.

Dozalari: kuniga 2-4 marta nafasga olinadi, ba'zi bemorlar kuniga 3-4 mahal 6-8 marta nafasga olishi mumkin.

Ingalyatsion yo'l bilan yuboriladi.

β_2 -agonistlari.

Dorilar: fenoterol (berotek) – «Boehringer Ingelheim» firmasi ishlab chiqaradi, salbutamol, pirbuterol, metaproterenol, terbutalin, spiropent – Beringer Ingelxaym firmasining uzoq ta'sir qiladigan preparati – intermirtirlovchi simptomlari bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi.

Ta'siri 5-10 minut o'tgach boshlanib, u 4-5 soat davom etadi.

Preparat bronxlarning o'ta reaktivligini pasaytirish uchun tayinlanadi. Davosi va yuborish yo'li buyuriladigan preparatga bog'liq bo'ladi.

Ingalyatorlarni ishlatishni osonlashtirish va davolash samaradorligini oshirish uchun speyserdan foydalanish tavsiya etiladi, u nafasga olinayotgan faol substansiyani deyarli ikki baravar ko'paytiradi.

β_2 -agonistlari va antixolinergik preparatlarini navbatma-navbat qo'llash bronxodilatatsion davolash yuqori samaradorligini ta'minlaydi.

Berodual («Boehringer Ingelheim» firmasi) ipratropium bromid va fenoterol qo'shilmasi hisoblanadi, buning natijasida ushbu dori tezkor postingalyatsion ta'sir ko'rsatadi, noxush ta'siri kam va uzoq muddat ta'sir etadi. SOO'K bilan og'rigan bemorlarda bronxlar spazmi xurujlarida berodual ayniqsa yaxshi kor qiladi. Dorining ta'siri ingalyatsiya tugagan zahoti ro'y beradi. Bronxolitik ta'sir etish kuchi bo'yicha, 1 ingalyatsion doza fenoterolning 1 ingalyatsion dozasiga mos keladi.

Har kuni intermirtirlovchi simptomlari bor bemorlarga aerazol dozalarida berilgan taqdirda, kuniga 3-4 mahal 1-2 marta nafasga olish uchun 1-2 ml (20-40 tomchi)dan 4 ta ingalyatsiyagacha, nebulayzer orqali 6-7 minutdan (ingalyatsiya uchun eritma qo'llanilgan holda) tavsiya etiladi.

Ingalyator orqali yuboriladi.

Nebulayzer yoki «nam changlatgichlar» suyuq dori preparatini va dorini havo yoki kislorod bilan birga tumansimon bulutgacha aylantiruvchi kompressorlardan iborat. Nebulayzerlar og'ir bo'g'ilish xuruji tutadigan bemorlarga ishlatiladi.

Metilksantinlar (teofillinlar).

Bu preparat SOO'K bilan og'rigan bemorlarda dozalangan ingalyatorlar kerakli natija bermaganda ayniqsa samarali qo'llaniladi.

Teofillinlarning samaradorligiga sabab ularning β_2 -agonistlarga o'xshab, bronxodilatatsion ta'sir o'tkazishi, respirator mushaklar ishini yaxshilashi, yurak turtkilarini kuchaytirishi, miokardial perfuziyaning yaxshilashi, yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsata olishidir.

Ushbu preparat davolash dozasining toksik dozaga yaqin bo'lganligidan salbiy ta'siri ham bor. Shuning uchun bu guruhga mansub dorilar amaliyotda kamroq qo'llaniladi. Bundan tashqari, teofillinlar qatoriga mansub preparatlar yoshi qaytgan bemorlarga tavsiya etilmaydi, chunki ularda ko'pincha yurak-tomir tizimi yetishmovchiligi bo'ladi.

Metilksantinlar tunda bezovta bo'ladigan bemorlarga tavsiya etiladi. Teofillinlarning ta'siri uzaytirilgan turlari – teopek, teodur, teolong, durofillin, teofillin-retard kabi dorilar ayniqsa samarali ta'sir etadi.

Dozalash. Har bir bemorda teofillin metabolizmi har xil va u ko'pgina omillarga bog'liq bo'ladi, bu esa dori miqdorini oshirib yuborishga yoki uni kamaytirib tayinlashga olib keladi. Davolash ta'siri (bronxodilatatsiya) qondagi teofillin miqdori 10 + 13 mg/ml da uchrab turadi. Amaliyotda davoni sekin ta'sir etuvchi (prolongatsiyali) dorilar uchun xos bo'lgan ya'ni, har 12 soatda 200 mg dan boshlash tavsiya etiladi. Bordiyu dori kam naf bersa, navbatdagi dozani tayinlashdan avval qondagi teofillin miqdorini aniqlash tavsiya etiladi.

Teofillin kam berilib, u yaxshi ta'sir etsa, qonda teofillin darajasini o'lchash shart emas.

Yallig'lanishga qarshi preparatlar – glyukokortikosteroidlar

SOO'Kdagi yallig'lanish bronxial astmada ro'y beradigan yallig'lanishdan tubdan farq qiladi, buni kortikosteroidlarning ana shu holatlardagi ta'siridan ham bilib olsa bo'ladi. SOO'K bilan og'rigan bemorlarning 20-30 foiziga per os buyurilgan kortikosteroidlar yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Astmaga qaraganda SOO'Kda kortikosteroidlar ko'proq oral yo'lda (og'iz orqali) qo'llaniladi.

Kortikosteroidlar bilan uzoq vaqt davo qilinganda JNCHH₁ barqarorlashadi.

Kortikosteroidlar quyidagi hollarda tavsiya qilinadi: SOO'K bilan og'rigan bemorlarda kasallik qo'ziganda, bronxodilatatsion sinamalari musbat, JNCHH₁ kuchli bo'lgan bemorlarda. Har kuni 0,5-1 mg prednizolonga ekvivalent bo'lgan preparat dozasidir. JNCHH₁ davolashdan oldin va u boshlangandan keyin 2-3 hafta o'tgach o'lchanadi. Bordiyu davo yetarlicha kor qilmasa, dozani kamaytirish va kortikosteroidlar bilan davolashni to'xtatish tavsiya etiladi. Agar dori

yaxshi naf bersa, barqaror holatga erishilgandan keyin kundalik dozani eng kam miqdorgacha (kuniga 5-10 mg) kamaytirish kerak. Buyurilgan kortikosteroid preparat qisqa muddat (10-14 kun) qo'llaniladi.

Flunizolid eng ta'sirchan ingalyatsion kortikostroid hisoblanadi (Beringer Ingelxaym firmasi). U yallig'lanishga va allergiyaga qarshi faollikka ega.

Ingakort o'zining bronxlar shilliq pardasiga yuqori barqaror ta'sir ko'rsatishi tufayli uzoq muddat (10-14 soat) mahalliy faollik ko'rsatadi, buning uchun ushbu dori kuniga ikki mahal (ertalab va kechqurun) qo'llanilishi mumkin. Bu dori tezda nofaol metabolitga aylanishi natijasida bemor organizmiga yomon ta'sir ko'rsatmaydi.

Mukolitiklar va antioksidantlar.

SOO'Kda balg'am asosan kichik bronxlar va bronxiolalarda qadahsimon hujayralar giperplaziyaga uchraganda ajraladi.

Gipersekresiya (ko'p balg'am ajralishi) profilaktikasini ta'minlash uchun chekishni tashlash va chang hamda is gazini nafasga olmaslik lozim. Bizolvon – bromgeksin derivati va lazolvon (Beringer Ingelxaym firmasi). Bu dorilar balg'am yopishqoqligini kamaytirib, uning ko'chishini osonlashtiradi va yo'talni kamaytiradi.

Bizolvon bronxlar sekretining suyuqlashuviga yordam beradi, bu esa uni osonlikcha ajratish imkonini beradi. Bronxial sekret kamayishiga qaramasdan ushbu dori bilan davolash jarayonida balg'am yopishqoqligi kam bo'ladi. Dozasi – 1 tabletka (tarkibida 8 mg bromgeksin gidroxlorid bo'ladi), u kuniga bittadan 3 mahal qabul qilinadi.

Lazolvon mukokinetik va sekretolitik xossalarga ega. U yopishqoq sekretning nafas yo'llaridan ajralishiga yordam berib, bronxlarda tiqilib qolishini kamaytiradi. Bitta tabletkasida 30 mg ambroksol gidroxlorid bor. Dorini 1 tabletkadan kuniga 2 mahal yoki sharbatini dastlab 5 ml dan kuniga 3 marta qo'llash kerak.

Antibiotiklar.

SOO'Kda bu dorilar vaziyatga qarab, SOO'K qo'ziganda shuningdek, bu bemorlarda zotiljam avj olgan paytlarida ishlatiladi. Antibiotiklarni infeksiyon jarayon qo'zg'atuvchisini aniqlagandan so'ng ishlatish maqsadga muvaffiq bo'ladi.

Lekin infeksiyon jarayonning areaktiv holda kechishi ham kuzatiladi, uni laborator yo'l bilan aniqlab bo'lmaydi, ya'ni qonda leykotsitoz, oq qon formulasida chapga siljish, EChT tezlashuvi kuzatilmaydi. Bunday hollarda kasallikning klinik belgilarini puxta kuzatib borish orqali tashxis va davolash ishlari amalga oshiriladi. Monoterapiya antibiotiklar qo'llash bilan olib boriladi.

Aminopenitsillinlar (ampitsillin, oksatsillin va amoksitsillin) grammusbat (stafilokokkdan tashqari), grammanfiy enterobakteriyalarga va

gemofil bakteriyalarga nisbatan faoldir. Lekin hozirgi davrda tarkibiga betalaktamazalar kiritilgan preparatlar – amoksitsillin + klavulon kislotasi kabi dorilar alohida ahamiyat kasb etmoqda. Bu dorilar parenteral yuborish va ichga qabul qilish uchun (amoksilav, augmentin) ishlab chiqariladi. Ampitsillin + sulbaktam (sultampitsillin) parenteral va ichga qo'llanish uchun buyuriladi.

Makrolidlar. Eritromitsin, spiramitsin, rovamitsin, roksitromitsin yarim sintetik sharoitlarga mansub. Bu preparatlar grammusbat va grammanfiy kokklarga qarshi katta faollikka ega bo'lsa-da, gemofil tayoqchasiga nisbatan uncha faol emas. Makrolidlar makroorganizm to'qimalari hujayralariga kira olishi va u yerda yuqori bakteritsid konsentratsiyalarni hosil qilishi tufayli xlamidiy, mikoplazma va legionellalarga nisbatan ancha ta'sirchan hisoblanadi.

Sefalosporinlar. Bu preparatlar asosan grammusbat kokklarga va ba'zan bir grammanfiy bakteriyalarga nisbatan faoldir. Bugungi kunda II avlod (klofaran, sefoksitin, sefuroksim) va III avlod preparatlari (sefotaksim, seftazidin, sefidibuten) eng keng tarqalgan.

Ftorxolinolonlar ko'pchilik mikroorganizmlar ayniqsa grammanfiy bakteriyalarga va ko'k yiringlatuvchi tayoqchaga nisbatan faol dorilardir. Sefloksatsin, siprofloksatsin (siprobay), ofloksatsin (tarivid) kabi preparatlar eng yaxshi o'rganilgan.

SOO'Kda kasallik qo'zishga sabab bo'ladigan eng ko'p uchrab turadigan bakteriyalar – pnevmokokk, Streptococcus pneumoni, Haemophylis influanze va Moraxella catarrhalis. Shu bois sefalosporin qatoriga mansub antibiotiklar, aminoglikozidlar, makrolidlar va tetratsiklinlar eng ta'sirchan dori hisoblanadi.

Polikomponent vaksinalar.

Ribomunil turli bakteriyalarning ribosomal fraksiyalari, shuningdek K.pneumoniae, S.pneumoniae, S.pyogenes, H.influanzae membrana proteoglikanlaridir. 3 tabletkadan ertalab haftasiga 4 kun 3 hafta mobaynida tayinlanadi, keyin oyiga 4 kun yana 5 oy davomida buyuriladi (preparatni parenteral usulda yuborish ham mumkin).

Bronxovakson quyidagi bakteriyalar: H.influanzae, Str.pneumoniae, K.ozacnae, St.aureus, M.catarrhalis, Str.pyogenes, Str.virdans lardan quritilgan ekstraktidan iborat. SOO'K qo'zigan davrlarda bronxovakson bilan bir oy mobaynida davo qilinadi: bundan tashqari, uch oylik uzoq muddatli davo kursi ham qo'llaniladi, birinchi oy davomida kuniga bir kapsuladan, keyingi 2 oy ichida esa dorini 10 kunlik qabuliga o'tilib, 1 kapsuladan kuniga 2 marta berib turiladi.

3. Kislorod bilan davolash.

Isbotlanishicha, kasallik qo'ziganida kislorod qo'llanilganda bemor hayoti saqlanib qoladi va uni uzoq davom ettirilsa umrini uzaytiradi.

O'tkir davr mobaynida kislorod niqob, nazal kanyulya orqali yoki o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish vositasi sifatida yuboriladi.

Kislorod bilan davoni kichik dozalardan niqob orqali yoki nazal kanyulya vositasida minutiga 1-2 litr yuborib turib boshlash zarur.

Surunkali nafas yetishmovchiligida kislorod bilan uzoq vaqt davo qilish tavsiya etiladi. Bu maqsadlarda boshqaruvda portativ, mobil, yengil bo'lgan kislorod konsentratorlari ishlatiladi. Bu konsentratorlar kislorodning yetarli miqdorda bo'lishini ta'minlab, minutiga 5 litrgacha yetkazib, kuniga 24 soat ishlay oladi. Bu asboblarni ishlatib turib, bemor sayr qilishi, samoletda uchishi, ya'ni bemalol yurib turishi mumkin, shu bois bu asboblarga tobora keng tarqalmoqda.

Reabilitatsiya. Reabilitatsion (tiklanish) dasturlardan maqsad – jismoniy zo'riqlashlarga tolerantlikni oshirish, respirator belgilarni kamaytirish, bemor hayoti sifatini yaxshilashdir. Bu tadbir uchun fizioterapiyaning multidissiplinar dasturlari, mushaklarni mashq qildirish, parhez, psixioterapiya va shu kabilardan foydalaniladi.

Mushaklarni mashq qildirish hatto og'ir obstruksiyaga uchragan bemorlarda ham eng yaxshi reabilitatsiya usulidir. Lekin shunda ham mashqlarni oqilona tanlash lozim. Ana shu mashqlar qo'llanilganda bemor o'zini yaxshi his etgan dastur uzoq muddatga mo'ljallangan bo'lishi lozim, aks holda uning ijobiy ta'siri tezda yo'qoladi.

Ovqatlanish. SOO'Kda bemorlarda yog' bosishi yoki vazn yo'qotish holatlari kuzatiladi. Yetarlicha ovqatlanmaslikda nafas mushaklari faoliyati izdan chiqadi, shuningdek, o'pka funksiyasi ham buziladi va arterial gipoksemiya ro'y beradi. SOO'Kning og'ir turiga uchragan 50 foiz bemorlar «cho'p-ustixon» bo'lib qolishadi (JNCHH₁ keragidan ko'ra 50 foiz), bu hol SOO'K o'rtacha og'ir kechgan 25 foiz bemorlarda ham qayd qilinadi.

Shunday qilib, parhezdan maqsad – eng maqbul vaznga erishishdir. Tarkibida yog'li ovqatlar, karbogidrat ko'p bo'lgan ratsion buyurilmasligi kerak.

Iste'mol qilinadigan ovqat kaloriyalari miqdori aniq belgilanmaydi. Lekin bu ko'rsatkich kasallikning og'ir-yengilligiga va bemor vaznining holatiga qarab me'yorlashtiriladi. Proteinlarni ham iste'mol qilmaslik kerak, aks holda minutlik nafas hajmi oshadi. Kislorod iste'moli ham ko'payib, gipoksemiya va giperkapniya oshadi, keyin esa mushaklar toliqib qoladi. Oz-ozdan ovqat yeyish maqsadga muvofiq, bunda ovqatlar hansirashga yo'l qo'ymaydigan miqdorda har bir bemor ehtiyojiga qarab individual holda tanlanadi.

Parhez ovqatda elektrolitlar va mikroelementlar, ayniqsa fosfor miqdori yetarli bo'lganda mushaklar toliqib qolishi kamayadi va o'pka ventilyatsiyasi yaxshilanadi.

Psixoterapiya. Ko'pchilik bemorlarda hayajonlanish, ayniqsa tushkunlik, toliqish hissi rivojlanadi (SOO'Kda bemor doim hansiraydi). Ishlay olmaslik, hayotda ishtirok etmaslik, jinsiy ojjizlik ruhiy tushkunlikka (dipressiyaga) olib keladi. Shuningdek, bunday bemorlarda diqqat-e'tibor susayganligi, aqliy qobiliyatning pasayganligi, o'z-o'zini tanqidiy baholay olmaslik holatlari ham qayd qilinadi.

Shunday qilib, bemorlarni ruhan tetiklikka chorlash va oila muhitiga o'rgatish har qanday reabilitatsion dasturning eng muhim omillari sanaladi. Bu ish bemorning ruhiy ahvolini diqqat bilan kuzatishni talab etadi. SOO'K bilan og'rikan bemorlar ruhini alohida-alohida yoki guruh qilib davolash bemorlarning o'z ahvolini to'g'ri tushinishi va yangi yashash tartibiga ko'nikishiga erishish va uzoq vaqt dori-darmonlar bilan davolashga odatlantirish o'ta muhim hisoblanadi.

SOO'Kda bemorlarni tegishli dastur bo'yicha o'qitish doimiy jarayon bo'lib, bu ishda shifokor, bemor va oila a'zolari qatnashadi. Ular kelishib harakat qilishlari darkor.

Kasallik kechishining og'ir-yengilligiga va obstruktiv sindrom qaytalanishiga qarab davo o'tkazish

Davoni bemorning klinik va funksional ahvoli (statusi) ga qarab olib borish noto'g'ri amallarga chek qo'yadi. Kasallikning og'ir-yengilligiga qarab davo o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi (6-jadvalga qarang).

6-jadval

Ambulatoriya sharoitlarida og'ir qo'zishlarni profilaktika qilish uchun qo'llanma

Kasallik og'ir qo'zishining mezonlari

Og'ir qo'zish mezonlari
Tinch holda hansirash
Tetiklik yo'qolish
Harorat 38,5
Konvulsiya, koma
Nafas olish soni minutiga 25
JNCHH ₁ < 1 litr
YUQT minutiga 110 zarba
PaO ₂ < 8.10 k Pa(60 mg Hg)
Sianoz
CaCO ₂ < 0,9 foiz
Qo'shimcha mushaklarning ishga tushishi
PaCO ₂ > 6 k Ra (45 mg Hg))

Bosqichma-bosqich davo xastalik og'ir-yengilligiga, qaytarilmas yoki qaytaruvchanligiga, obstruksiya, boshqa belgilar va dorilarga tolerantlikka qarab aniqlaniladi.

Intermittirlovchi simptomlari qo'shilgan kasallikning yengil kechishida ayniqsa, β_2 -agonistlari bilan kombinatsiyalashgan antixolinergiklar va β -agonistlar (ayniqsa tez ta'sirga erishish uchun) birinchi tanlov preparatlari sanaladi.

Dori ta'sir qilmaganda uzoq muddat ta'sir etuvchi β_2 -agonistlari klenbuterol-spiropent yoki tunda kasallik belgilari ro'y berganda yengil ozod bo'ladigan teofillinlar oral yo'li bilan yuboriladi.

Kasallik o'rtacha og'irlikda kechganda asosiy davoga glyukokortikosteroidlar qo'shiladi: oral tarzda kuniga 0,5 mg/kg, ingalyatsion usulda kuniga 800-1500 mg, balg'am mo'l ajralganda mukolitiklar ham buyuriladi.

Kasallik og'ir kechganda davolashni yuqori dozalarda beriladigan barcha dorilarni tayinlash maqsadga muvofiqdir, bunda yiringli holat uchrasa, antibiotiklar ham buyuriladi. Shuningdek, kislorod berish va boshqa fizioterapevtik omillardan ham foydalaniladi.

Og'ir holatlarda kortikosteroidlar bilan davolash ushbu dorini venaga yuborishdan boshlanadi va oral yuborish yo'lida davom ettiriladi. Ikki hafta o'tgach, davo ta'sir etgani isbotlangan bo'lsa, bemorga uzoq vaqt davolashni ta'minlash uchun buyurilgan kortikosteroid dori kamroq dozada (20-30 mg) qoldiriladi. Davo naf bermagan paytda, ushbu gormon bilan davolash to'xtatiladi.

Kasallik qo'ziganda qilinadigan davo.

Tegishli davo o'tkazish uchun birinchi navbatda kasallikning nima sababdan qo'ziganini bilish talab etiladi.

SOO'Kda kasallikning qo'zish sabablari quyidagilardir:

- respirator infeksiya (eng ko'p uchraydi);
- yurak yetishmovchiligi;
- o'pka tomirlari emboliyasi;
- dori-darmonlar (gipnotik, trankvilizator, diuretik va boshqalar);
- sifatsiz ovqat.

Bemorning tegishlicha davolanishi uchun yotoqli shifoxonada kasallikning og'ir qo'zishi atroflicha o'rganilishi lozim.

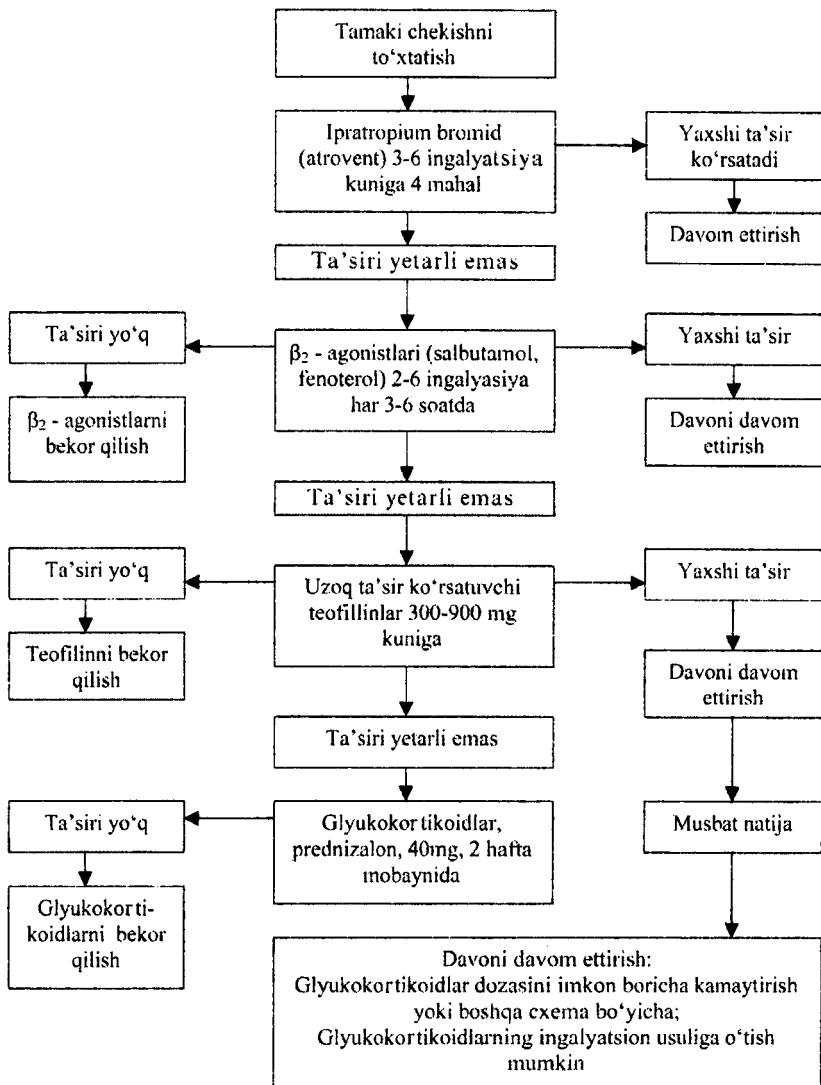
Terapevtik davo:

- β_2 -agonistlari va yoki antixolinergik davosini oshirish;
- balg'am ajralishiga ko'maklashish (mukolitiklar va fiziodavo);
- qabul qilinayotgan suyuqlik hajmini oshirish;
- antibiotiklar (zaruratga qarab);
- sedativ vositalar qabul qilishni man etish.

Surunkali obstruktiv o'pka kasalliklarini uzoq muddatli davolash uchun algoritm keltirilgan (7-jadvalga qarang).

7-jadval

SOO'Kda uzoq muddatli davolashni tashkil etish algoritmi



BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma – nafas yo'llarining surunkali kasalligi bo'lib, uning asosida xastalikning og'ir-yengilligidan qat'i nazar saqlanib turaveradigan yallig'lanish belgilari yotadi. Bu jarayonda eozinofillar, ulkan hujayra (labrotsit, mast, cell) lar, limfotsitlar, makrofaglar, neytrofillar, epitelial hujayralar ishtirok etadi. Yallig'lanish bronxlarning o'ta sezuvchan, giperreaktiv bo'lib qolishiga, keyingi bosqichlarda esa bronx-o'pka apparati tuzilishining katta o'zgarishlariga, epitelial qoplarning yo'qolib borishiga, bazal membrana fibroziga, qadahsimon hujayralarning gipertrofiyalanishiga sabab bo'ladi. Mana shu o'zgarishlar «**Remodilling**» nomi bilan yuritiladi. Bu o'zgarishlar bemorlarda takror-takror nafas qisilishiga, ularning hansirab qolishiga, ko'krak qafasida xirillash, og'irlik paydo bo'lishiga, ayniqsa kechalari yo'tal xurujiga olib keladi.

Kasallik tarixi juda uzoq bo'lib, o'quvchilarimizga shu haqda ham ma'lumot berib o'tishimiz lozim bo'ladi.

Miloddan avvalgi 460 yili Kos deb nomlangan yunon orolida bir bola dunyoga keladi va unga «Ot o'rgatuvchi» yoki Gippokrat degan ism beriladi. Vaqtlar o'tib ana shu kunni tibbiyotning dunyoga kelgan kuni deb ham hisoblay boshlashadi. Bunga sabab Gippokratning dunyo meditsinasi, ya'ni tibbiyoti otasi deb tan olinishidir. Gippokratning Fasos orolida o'tkazgan kuzatishlari diqqatga sazovordir: Orol aholisi orasida «nafas bo'g'ildigan kasallik» keng uchrab, uning xuruji bahor kezlari avj olar ekan. Bu hodisa hozir bizni hech ajablantirmaydi, chunki ayni shu faslda o'simliklar changining atrofga keng taralishi va allergen tariqasida katta rol o'ynashi aniqlangan. Lekin Gippokrat zamonida allergiya degan holatdan hech kimning xabari yo'q edi. Aytgandek, hozirgi kunda juda ommalashib ketgan ingalyatsion terapiya «otasi» ham aynan shu Gippokratdir. Jumladan, u nafas qisib qolgan paytlarda efedra giyohini yoqib, tutunini nafasga olishni tavsiya etgan.

Eramizning IX asrida Sharqning buyuk hakimi Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya Ar-Roziy Bog'dodda faoliyat ko'rsatgan va u o'zining «Tibbiyotga doir mukammal kitob» degan asarida astma klinikasini batafsil bayon etib, ba'zi gullarning hidi va ovqat mahsulotlarining bu kasallikka sabab bo'lishini ko'rsatib o'tadi.

Ar-Roziy vafotidan 57 yil o'tgach (980 yilda), Buxoro yaqinidagi Afshona qishlog'ida boshqa bir mashhur hakim – al-Xusayn ibn Abdullox ibn al-Hasan ibn Ali ibn Sino dunyoga keladi. U o'zining buyuk asari «Tib qonunlari» ustida 20 yildan ko'ra ko'proq ishladi. «Tib qonunlari» ning uchinchi kitobida astma to'g'risida so'z yuritilar ekan, bu kasallik xurujlarining boshlanishida tabiiy va iqlimiy omillarning katta

ahamiyati borligini qayd etadi. Nafas qisishi xurujlarining badan terisiga toshma toshishi bilan birga davom etishiga ham Ibn Sino birinchi bo'lib ahamiyat bergan.

Bronxial astma XVIII asrdagina o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lgan va alohida davoni talab qiladigan mustaqil kasallik deb hisoblanadigan bo'ldi. O'zi ham shu kasallik bilan og'rib yurgan ingliz vrachi Floyyer bronxlar muskullarining qisqarishi natijasida boshlanadigan «konvulsiv» astmani tasvirlab berdi. O'z avlod-ajdodining to'rt bo'g'inida nafas qisishdan azob chekib o'tgan yaqinlariga ega Floyyer bundan tashqari astmaning paydo bo'lishida irsiyatning ahamiyati borligini birinchi bo'lib ko'rsatib berdi. Shunisi ham e'tiborliki, bu ingliz olimida astma xuruji tuxum va go'shtli mahsulotlar iste'mol qilingandan keyin paydo bo'lar edi.

1838-yili iste'dodli rus terapevti G.I. Sokolskiy «Ko'krak kasalliklari to'g'risida ta'limot» degan monografiyasida astmani «juda ehtimolki, asabiy ta'sirlar natijasida o'pkaning tirishib qisilishidan» boshlanadigan alohida bir tur hansirash deb qarashni taklif etdi. Xurujlarning kishi histuyg'ulari junbishga kelganida tutib qolishi, ularning ko'pincha kechalari bo'lib turishi, boshlanish jarayonida vegetativ asab tizimining ishtirok etishi, psixoterapevtik muolaja va dori-darmonlarning ko'p hollarda yaxshi kor qilishi – bronxial astmaning psixonevroz holati deb talqin qilishga ham asos bo'ldi.

Va nihoyat, 1906-yilda avstriyalik pediater-vrach Pirke «allos» – boshqacha, o'zgacha va «ergeia» – ishga, harakatga qodirlik, degan ikkita yunon so'zidan olingan «allergiya» atamasini klinik amaliyotga birinchi marta joriy etdi. Pirke ba'zi odamlarning organizmi boshqa ko'p kishilarga befarq bo'lgan moddalarga ortiqcha sezgir bo'lishini payqadi. Shunday qilib, allergiya bu – organizmning ayrim ta'sirlarga javoban odatdan tashqari, boshqacha tarzda javob berishidir.

Bronxial astmaning tarqalishi

2002-yil sentyabr oyida Stokgolmda «Ovro'po respirator jamiyati»ning, noyabr oyida esa Moskva shahrida Rossiya pulmonologlarining nafas a'zolari kasalliklariga bag'ishlangan XII kongresslari bo'lib o'tdi. Shu kongresslarda keltirilgan axborotlarga qaraganda, hozirgi kunda jahonda 150 mln. nafardan ortiq kishi bronxial astma kasalligidan jafok chekmoqda. Ro'yxatga olingan o'lim hollarining bir yillik soni 180 ming nafarga boradi. Shvesiya aholisining 8 foizga yaqini bronxial astma bilan og'rigan, bularning ko'pchiligini 20-30 yoshdagi kishilar tashkil etadi. Germaniyada astmaga duchor bo'lgan deb ro'yxatga olingan kishilar soni 4 mln nafarni tashkil etadi. G'arbiy Ovro'poda astma bilan og'rigan

kishilar soni so'nggi 10 yil mobaynida ikki baravar ko'paydi. AQSH da bronxial astma bilan kasallanish, 1980-yildagi ma'lumotlarda ko'rsatilganidan 60 foizga ko'payib, 1998-yilning dekabr oyida 14,6 mln. kishini tashkil etgan. Bu mamlakatda har yili 5 ming kishi bronxial astmadan nobud bo'ladi. Yaponiyada 3 mln. bemor ro'yxatga olingan, bularning 7 foizida bronxial astmaning og'ir turi, 30 foizida kasallikning o'rtacha og'irlikdagi turi aniqlangan. Avstraliyada 16 yoshgacha bo'lgan bolalarning har olti nafaridan bittasi bronxial astma bilan og'rigan. Bu kasallik ayniqsa rivojlanib kelayotgan mamlakatlarda ko'payib bormoqda. Chunonchi, hind vrachlari mamlakatda 10-15 mln. kishi bronxial astma bilan og'rigan deb xabar berishgan. Braziliya, Kosta-Rika, Panama, Peru va Urugvayda bronxial astmaning bolalar orasida tarqalganligi 20-30 foizni tashkil etadi. Bronxial astma jahonning hamma joylarida, xususan, bolalar, o'smirlar, yoshlar orasida ko'payib bormoqda.

Bronxial astma turli mamlakatlarda va hatto bir mamlakatning hududlararo turli darajada tarqalgan. Bu holat joyning iqlimi, jo'g'rofiyasi, o'simliklari, ob-havosi, havosining nechog'lik ifloslangani, urbanizatsiya va aholining madaniyat darajasi kabi omillar bilan bog'liq. Ko'pgina tadqiqotchilar odamlarning yoshi, jinsi, kasb-kori va ijtimoiy ahvoliga qarab bronxial astma har xil darajada tarqaladi va turlicha xususiyatlar bilan o'tadi, deb ta'kidlashadi. So'nggi 25 yil mobaynida o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar natijasi shuni ko'rsatadiki, katta yoshdagi aholining 5 foizi va bolalarning 10 foizi bronxial astma bilan xastalangan (A.G.Chuchalin, 1998).

Zamonaviy metodologik yondoshuv bilan Rossiyada o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar bu kasallikning ushbu mamlakatda keng tarqalganligidan dalolat beradi. Rossiyada 7 mln. kishi bronxial astma bilan og'riganligi qayd etilgan. Biroq kasallik diagnozi kechikib, aksariyat bemor kishi hayotiy faolligi ancha pasayib qolgan davrda qo'yiladi. Yirik sanoat shaharlari – Moskva va Sankt-Peterburgda bronxial astma tegishlicha 6,2 va 5,2-7,2 foizlarni tashkil etadi (G.B.Fedoseev, 1996).

MDH hududlarida bronxial astma turli darajada tarqalgan. Chunonchi, Orolbo'yi va Qora dengiz mintaqasida uning tarqalganligi 5,3-5,5 foizni, Shimoliy Kavkaz hududlarida 3,95 foizni tashkil etadi. Elbrus yoki Pomirda bronxial astma juda kamdan-kam uchraydi. Dog'istonda so'nggi 10 yil ichida bronxial astma go'dak bolalar orasida 4,5 baravar ko'proq uchraydigan bo'lib qoldi va 1989-yildagi 1,2 foizdan 1999-yilda 5,6 foizga yetdi (M.T. Shamov, R.A. Arjiyeva, 1999). Tojikiston aholisi orasida o'tkazilgan epidemiologik tekshiruv bronxial astmaning tarqalganligi har 1000 nafar kishiga 17,2 tadan to'g'ri kelishini ko'rsatdi (O.I.Boboxo'jaye, 1995). Qozog'istonda dispanser hisobiga olinadigan

kishilar orasida kasallanish hollari 15,2 foizni tashkil etadi (G.T.Xauadamova hammualliflari bilan, 1995).

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligining 1999-yilga doir ma'lumotlariga qaraganda, mamlakatimizda 85837 kishi bronxial astma bilan og'rikan, bu 1992-yilgi ko'rsatkichlardan 2,25 baravar ko'pdir (38151 kishi).

Rasmiy ma'lumotlarga ko'ra, bronxial astmaning Toshkent shahrida tarqalganligi 1984-yilda 1000 nafar aholiga 3,6 ni tashkil etgani holda 1996-yilda bu raqam 4 baravar ko'payib 12,3 ga yetgan (A.M.Ubaydullayev, M.A.Yakimova, 1985, 1996). Bronxial astmaning ko'pincha kechikib aniqlanishi bu hol mehnat qobiliyatini yo'qotib qo'ygan bemorlar sonining tinmay ortib borishiga sabab bo'layotganini qayd etib o'tmoq kerak. Chunonchi, 1995-yili Toshkent shahrida birinchi marta bronxial astmali kasallarning 117 nafari nogiron deb topilgan bo'lsa, 1996-yili mehnatga layoqatli yoshdagi shunday 150 bemor nogiron deb topildi (nogironlikning ortishi 25,5 foizni tashkil etdi). Ushbu guruh bronxial astmali nogironlarning yarmidan ko'prog'i farzand ko'radigan yoshdagi ayollardir.

S.A.Ubaydullayevning ma'lumotlariga ko'ra (1998), homilador ayollarning bronxial astma bilan ko'proq kasallanishi ko'rsatib o'tilgan. Chunonchi, ko'p tuqqan ayollarda bronxial astma 2,7 foizni, birinchi marta tuqqan ayollarda – 1,6 foizni tashkil qilgan.

Bronxial astma og'ir turlarining ko'payib borishi bunday bemorlar orasida o'lim bilan tugaydiganlar sonining ortishiga olib kelmoqda. Shu munosabat bilan bronxial astmada o'lim hollari so'nggi yillarda sezilarli darajada ko'paydi va, yurak-tomirlar kasalliklaridan keyin ikkinchi o'rinni egallaydigan bo'lib qoldi.

MDH mamlakatlariga taalluqli statistika ma'lumotlari odatda, bemorning davolash muassasalariga murojaat qilib kelishlariga doir ko'rsatkichlarga asoslanadi. Ammo bu yo'l bilan olingan ma'lumotlar kasallikning tarqalganligini aniq aks ettirmaydi, chunki talaygina bemorlar davolash muassasalariga murojaat etmaydilar ham, yoki vrachlar ularga, ayniqsa kasallikning ilk bosqichlarida, bronxial astma diagnozini qo'ymaydilar (A.M.Ubaydullayev, 1998). Ushbu kasallik diagnostikasiga oid zamonaviy mezonlardan yetarlicha foydalanmaslik ham bronxial astma tarqalish ko'rsatkichlarining past bo'lib chiqishiga, diagnostik kech amalga oshirilishiga olib keladi. Kasallarning talaygina qismida bronxial astma diagnozi 2-6 yilga kechikib aniqlanadi (A.M. Ubaydullayev, 1998).

Jahon adabiyotlarida keltirilishicha, bronxial astma bilan og'rikan bemorlarning kasallik darajasiga qarab taqsimlanishi quyidagicha: yengil

darajadagi bemorlar – 70 foiz, oʻrtacha ogʻir darajadagi bemorlar – 25 foiz, ogʻir bemorlar – 5 foiz uchraydi. Oʻzbekistonda rasmiy statistika va klinikamiz xodimlari maʼlumotlariga qaraganda esa bronxial astmaning yengil turi faqat 20, oʻrtacha ogʻir turi 70, ogʻir turi 10 foizni tashkil etadi. Demak, bemorlarning koʻpchiligiga yillar oʻtishi bilan oʻrta ogʻir va ogʻir turi davrida bronxial astma ancha kechikib diagnoz qoʻyilar ekan. Bu holat shundan dalolat beradi-ki, umumiy amaliyot vrachlari bronxial astma kasalligining boshlangʻich davrida diagnoz qoʻya olmaydilar, koʻpincha «surunkali obstruktiv bronxit» deb davolaydilar va shuning natijasida koʻpchilik bemorlar oʻz vaqtida kerakli boʻlgan dori-darmonlarni ololmaydilar. Demak, bronxial astmaning oʻrta va ogʻir klinik turlari paydo boʻlgan vaqtda diagnoz aniq boʻladi. Albatta, bunday hollarda kasallikning kechishi va prognozi ogʻirlashishi mumkin.

Bronxial astmaning kelib chiqish sabablari

Bronxial astmaning sabablari juda koʻp boʻlib, har bir bemorda bir necha xatarli omil yoki sabablar aniqlanishi mumkin. Bronxial astma bemorda nechogʻlik koʻp vaqtdan buyon davom etib kelayotgan boʻlsa, turli nospesifik taʼsirlar shuncha koʻp ahamiyatga ega boʻlib qoladi.

Bronxial astmaning quyidagi sabablari tafovut qilinadi:

I. Allergenlar.

Chang – 40-50 foiz organik birikmalar va 50-60 foiz anorganik moddalar (sement, ohak, kvarts) dan tashkil topgan har xil jinsli aralashmadir. Oson «uchuvchan» va yetarli darajada «ogʻir» boʻlgan oʻsimlik changlari faol allergenlardir. Yovvoyi holda oʻsuvchi va madaniy yetishtirilgan tur oʻtlar, baʼzi daraxtlar (chinor, terak) changlari ayniqsa sezilarli darajada allergiyalash xossalariga egadir. Changda hayvonlar, mikroblar, zamburugʻlarga aloqador organik moddalarning qoldiqlari, odamdan chiqadigan qazgʻoq ham boʻlishi mumkin. Uy changning allergiyalovchi eng muhim qismi «Dermatophagoides» sinfiga mansub kanalar va suvarak allergenlaridir.

Xonadonlarda uchraydigan kanalar (uy kanalari) eng koʻp tarqalgan kuchli allergen boʻlib, ularning jahon boʻylab bronxial astmaning asosiy sababi ekanligini shak-shubhasiz tasdiqlovchi dalil va isbotlar bor. Uy kanasining tanasi, undan ajralib chiqadigan sekretlar, hayot faoliyatining mahsulotlari ham allergenlar qatoriga kiradi.

Hayvon allergenlari. Xonaki issiqqonli hayvonlar allergen manbalari boʻlib, ularning sekretlari (soʻlagi), ekskretlari va koʻchib tushgan epiteliysi va boshqalar shular qatoriga kiradi. Mushuklar hammadan koʻra koʻproq sensibilizatsiya xususiyatiga ega boʻlsa, itlardan ajraladigan moddalar

kamroq allergiya chaqiradi. Bolalarda allergiyalanishning yuzaga chiqishida kemiruvchi hayvonlar katta rol o'ynaydi.

Ovqat allergenlari. Ovqat allergiyasi me'da-ichak yo'li shilliq pardasining epiteliysi va bazal membranasi tomonidan makromolekulalar holida bo'ladigan ovqat qoldiqlarini qon oqimiga ko'proq o'tkazib yuborilishi sababli boshlanadi. Ayni vaqtda bemorlarda tuxum, baliq, sut, yong'och, mosh kabi masalliq'larga hamda sitrus o'simlik mevalariga (apelsin, mandarin va hokazo) allergiya ko'proq paydo bo'ladi. O'simlik changiga sensibilizatsiyalashib o'ta sezuvchan bo'lib qolgan bemorlarda ko'pincha asalga javoban ham allergik reaksiyalar kuzatiladi.

Dori allergenlari. Penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, sulfanilamidlar hamda aspinga javoban ro'y beradigan allergiya hammadan ko'p uchraydi. Ilk bor nafas qisib, bo'g'ilib qolishlarni ba'zan dori allergiyasi boshlab beradi va bu prognostik jihatdan yomon belgi bo'lib, ushbu jarayonning zo'rayib borishi bilan xarakterlanadi.

II. Infekcion agentlar.

Infeksiya quyidagi tarzda bronxlar obstruksiyasini keltirib chiqaradi va uni zo'raytirib boradi:

- bakterial allergiyani shakllantiradi;
- bronxlarda (nafas olinganda tushuvchi) allergenlarni ko'proq qonga o'tkazib yuboradigan sharoit tug'diradi;
- noinfekcion allergenlarga sezuvchanlik bo'sag'asini pasaytiradi;
- bronxlar va o'pka hujayralarida bo'lib turadigan metabolizm beqaror holga keltiriladi, natijada bronxlar o'ta sezuvchan va o'ta reaktiv bo'lib qoladi.

Bronxial astmaning kelib chiqishida viruslar alohida ahamiyatga ega. Ular bronxlar epiteliysida sezilarli patologik o'zgarishlarga olib keladi, oqibatda shilliq pardaning ko'pchilik qismida epiteliy yo'qolib boradi hamda shu klirensning izdan chiqishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, barcha turdagi adashgan nerv reseptorlarining sezuvchanligi kuchayib ketadi. Virus infeksiyasi bronxlarni giperreaktiv holga keltirib, bronxlar shilliq pardasidagi to'liq hujayralarga ta'sir o'tkazadi va biologik faol moddalar ishlab chiqilishini kuchaytiradi. Biologik faol moddalar o'z navbatida infeksiyaga qarshi himoya kuchlarini pasaytirib, hujayralar ichidagi bakteritsid mexanizmlarni, alveolyar makrofaglarni halokatga uchratish yo'li bilan yallig'lanish jarayonini avj oldiradi, B2 reseptorlarning funksiyalari buzilib, xolinoreseptorlarning faollashib qolishiga sabab bo'ladi. Viruslarning sensibilizatsiyalash xossalari yaxshi ma'lum. Bronxial astmali bemorlarda RS-virus, gripp virusi, para- va adeno-viruslarga sensibilizatsiyalanish sog'lom odamlardagiga qaraganda ancha yuqori bo'lishi aniqlangan. Ko'pincha burun-halqumda surunkali

infeksiya o'choqlarining bo'lishi (respirator viruslarning limfoid to'qimada saqlanib turaverishi sababli) sensibilizatsiya darajasini oshiradi.

III. Kimyoviy moddalar.

Kimyoviy zararli omillar aksariyat ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'ladi. Bronxial astma ish faoliyati bilan bog'liq zaharli ximikatlarga yaqin yuradigan qishloq xo'jaligi xodimlari orasida, to'qimachilik korxonalari va kimyoviy korxonalar, parrandachilik fabrikalari ishchilari orasida kengroq tarqalgan. Zararli kimyoviy moddalarning kishiga ta'siri shu ta'sirning muddati, doimiyligi va darajasiga bog'liqdir. Ishlab chiqarishga aloqador zararli omillar odam organizmiga ko'rsatadigan ta'siri bo'yicha quyidagilarga ajratiladi:

- 1) *antitelalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladigan allergenlar;*
- 2) *to'liq hujayralardan noimmunologik yo'l bilan gistamin ajratib chiqara oladigan moddalar;*
- 3) *respirator a'zolariga ta'sirchan moddalar (gazlar, bug'lar, changlar);*
- 4) *jismoniy zo'riqish;*
- 5) *ruhiy-hissiy jihatdan iztirob chekish, stress.*

Kelib chiqishi jihatdan organik hisoblanadigan ishlab chiqarish omillari, masalan tegirmon changi allergik ta'sir ko'rsatadi. Paxta-zig'ir ekstraktlari to'liq hujayralardan gistamin ajralib chiqishiga sabab bo'ladi. Metall qo'shimchalar – xrom, oltin, kumush kuchli allergenlar tariqasida ham, mexanik ta'sirotlar tariqasida ham shilliq pardalarni zararlantiradi.

Mana shu omillarning hammasi nafas yo'llarida yallig'lanish jarayoni boshlanishiga sabab bo'ladi va kasallikni boshlab beruvchilar, ya'ni induktorlar bo'lib hisoblanadi. Shilliq pardalar yallig'lanishiga sabab bo'lib, bronxlarning birdan torayib qolishiga, spazm bo'lishiga olib keladigan va bronxial astmaning xurujiga sabab bo'ladigan xavfli omillar *triggerlar* deb ataladi. Jismoniy zo'riqish, sovuq havo, achishtiruvchi gazlar, ob-havo o'zgarishlari, his-tuyg'ular va asablarga haddan tashqari zo'r berilishi ham triggerlar jumlasiga kiradi. Induktorlar, chunonchi, allergenlar, infeksiya agentlar, pollyutantlar, chekish, ovqatga qo'shiladigan qo'shimchalar, dorilar ham triggerlar bo'lishi mumkin.

Butun jonli zotlarning umumiy xossasi – irsiyatdir. Moncorge 1920-yildayoq «Irsiyat bronxial astmaning etiologiyasida yetakchi rol o'ynaydi. Ushu kasallikning eng asosiy sababchisi bo'lmasada, har holda eng muhim sababchisi – sabablarning sababidir», deb yozgan edi.

Toshkent shahrida o'tkazgan bronxial astma xususidagi genetik-epidemiologik tadqiqotlar (A.M.Ubaydullayev, M.A.Yakimova, 1985) asosida, ya'ni bronxial astma bilan og'riga bemorlar va ularning qarindosh-urug'lari bo'lmish 2758 nafar kishi to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olgan kasallar registri tuzib chiqilganda, 35,1 foiz oilalarda takror

kasallanish hollari uchrashi aniqlandi. Materialni tibbiy-genetikaga taalluqli matematik usullari bilan tahlil qilib chiqish natijasida irsiylanish koeffitsiyentini (H) aniqlash mumkin bo'ldiki, uning yordamida irsiy omillarning bronxial astma etiologiyasidagi ahamiyatini miqdoriy jihatdan baholash imkoni tug'ildi. Bizdagi ma'lumotlarga ko'ra, $H=0,506\pm 0,016$, ya'ni bronxial astmaning genetik multifaktorial modeli tasdiqlandi. Bronxial astmaning bemor ota-onalari va bolalarida bo'lish ehtimoli, ya'ni kasallikning nasdan o'tish xavfi hammadan ko'ra yuqori. Bu xavf-xatar aholi umumiy populyatsiyasiga xos darajadan 6-7 baravar ko'p. Avlod-ajdodlar tahlil qilinganida bemorlar oilalaridagi nikohlarning tipiga e'tibor berildi. Ma'lumki, sharq xalqlari orasida yaqin qarindoshlarning o'zaro nikohdan o'tishi ancha ko'p uchraydi va bizning ma'lumotlarimizga qaraganda 9,1 foiz hollarda ana shunday nikohlar uchratildi. Amma-vachchalar va tog'avachchalar orasidagi nikohlar hammadan ko'proq bo'lib chiqdi va ushbu guruhda bronxial astmaning qayta uchrash hollari 56,5 foiz oilalarda kuzatildi. Ildamlanish effekti, ya'ni har bir keyingi avlodda kasallikning odam hayotining ilk davrida boshlanishi kuzatiladi (M.A. Yakimova, 1985).

Shunday qilib, dardga sabab bo'ladigan etiologik omillar «joyiga tushgan», organizmning a'zo va sistemalarida biologik nuqsonlar bo'lsa, ana shundagina kasallik boshlanishi mumkin. Bronxial astma boshlanishining asosida yotadigan biologik nuqsonlar tug'ma (irsiy) va orttirilgan bo'lishi mumkin. Ko'pgina effektor hujayralar uchun xos bo'lgan umumiy va hujayra hamda a'zolarning ayrim funksiyalari o'zgarishiga aloqador xususiy nuqsonlar bo'ladi deb taxmin qilinishi mumkin. Umumiy kamchiliklarga membranalarning nuqsonlari, nishon hujayralar va nafas a'zolari effektor hujayralari reseptor apparatining norasoligi kiradi. Bu ularni tartibga soluvchi sistemalar muvozanatining buzilishiga, effektor hujayralar va bronx hamda o'pkadagi nishon-hujayralar reaktivligining o'zgarib qolishiga olib keladi. Bronxospazm boshlanishiga ko'plab shilimshiq ajralib chiqishi (gipersekresiya), bronxlar shilliq pardasi holatining o'zgarib, shishib qolishi sabab bo'ladi. Hujayra va a'zolar ayrim funksiyalarining izdan chiqishi immunitetga mas'ul sistema nuqsonlari, mukotsilliar klirensni ta'minlab beradigan hujayralarning o'zgarishlari bilan bog'liq.

Quyidagi holatlarni biologik nuqsonlar qatoriga kiritish mumkin:

- 1) *alveolyar makrofaglar va neytrofillar fagotsitar faolligining izdan chiqib, bronxlar va o'pkadagi infeksiyon agentlarning jonlanib qolishi;*
- 2) *sekretor IgA sintezining yetishmasligi, bu ham bronxlardagi infeksiyaning jonlanishiga olib boradi;*
- 3) *limfotsitlar T-supressor faolligining yetishmasligi;*

4) *organizmda o'z to'qimalariga nisbatan immunologik tolerantlikning o'zgarishi asosan autoallergik reaksiyalarga sabab bo'ladi;*

5) *to'liq hujayralar, makrofaglar membranalari, neyetrofillar lizosomal membranalarining beqaror bo'lib qolishi, fermentlar va biologik faol moddalarning haddan tashqari ko'p ishlanib chiqishiga olib keladi.*

Bronxial sekret proteolitik fermentlari ingibitsiyasining buzilishi hujayra membranalarining zararlanishiga (irritant reseptorlarning o'ta reaktiv bo'lib qolishiga) yo'l ochadi. Bu parasimpatik nerv sistemasi tonusining kuchayib ketishiga va, shu tufayli tashqi ta'sirotlarga javoban odatdan tashqari reaksiyalar ro'y berishiga olib keladi.

Biologik nuqsonlar ona qornida antenatal va postnatal rivojlanishlarning buzilishlari oqibatida shakllanishi mumkin. Hayotda orttirilgan kamchiliklar aksari turmush va kasb-kor bilan bog'liq sharoitlar ta'siri ostida yuzaga keladi. Har bir odamga tashqi muhitning bir necha omillari bir vaqtning o'zida ta'sir o'tkazib turadi, shu bilan birga ular bir-biri bilan har xil almashinib kelishi mumkin, shunga yarasha javob reaksiyalari shaklda ham turlicha (qo'shilgan holda) yuzaga chiqishi mumkin. Bronxial astmaning klinik tomondan har xil tarzda o'tishining sabablaridan biri ana shu. 90- yillarda bronxial astmani yuzaga chiqish mexanizmlarida ishtirok etadigan genlarni aniqlashga e'tibor berila boshlandi va ularning 5, 11, 12, 14 xromosomalarning uzun yelkasida va 8-xromosomaning qisqa yelkasida joylashgani ma'lum bo'ldi (A.G.Chuchalin, 1999).

Bolalarda bronxial astmaga zamin hozirlovchi boshlang'ich xatarlardan biri ota-onalarning chekishidir. Amerika bolalarining 32 foizi uy sharoitlarida passiv kashanda hoida bo'lishi, onalarning 23 foizi homiladorlik davrida chekkanligi aniqlandi. 2 oylikdan 5 yashargacha bo'lgan bolalar orasida bronxial astmaning tarqalishi tahlil qilib ko'rilganida passiv holda chekish bilan kasallanish orasida aniq-ravshan bog'lanish borligi qayd etildi.

Bronxial astmaning paydo bo'lishi va avj olib borishi xatarini soluvchi yana bir omil kishining uyquda apnoe bo'lishidir. *Uyqudagi apnoe hodisasi* bu – odam uxlab yotgan vaqtida nafasi ba'zan 10 sekunddan ko'ra uzoqroq va soatiga 5 martadan ko'ra ko'proq to'xtab turishidir. Uyqu apnoesining klinik belgilari – kunduzi uyquchan bo'lib, to'g'ri kelgan joyda uxlab qolish, bir yildan ortiq davom etib kelayotgan «qattiq xurrak»; yurak ritmining izdan chiqishi, arterial bosim ko'tarilishi, davo qilinayotganiga qaramay kechalari nafas qisish xurujlarining tutib turishi. Bunday bemorlarning odatda, bo'yni yo'g'on va kalta (43-45 sm), vazni og'ir bo'ladi.

Bunday tekshirishlar O'zbekiston .Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligining Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish instituti

ko'payib ketishidir. Organizm sensibilizatsiyasidan darak beradigan asosiy immunologik mezon IgE umumiy miqdorining ko'payishi va allergenlarga xos IgE antitelalari paydo bo'lishidir. To'liq hujayralar va bazofilarning sathida IgE molekulasiga o'ta darajada sezgirlik ko'rsatadigan reseptor bo'lib, u JgE molekulasiga birikadi. Bunday IgE molekulari polivalent antigen (allergen)ga duch kelganda reseptor faol holga o'tadi va hujayralarga signal beriladi. Yallig'lanish mediatorlari yoki biologik faol moddalar – serotonin, bradikinin, neytrofililar, eozinofilarning, xemotaksis omillari, leykotriyenlar va interleykinlar mikroto'mirlar o'tkazuvchanligini kuchaytiradi, bu hol talaygina plazma eksudatsiyasi bilan birga davom etib boradi.

Bronxlarning devorlari shishib, epiteliysi ko'chib tusha boshlaydi. Bronxlar yo'lida shilimshiq tiqinlar paydo bo'lib, yallig'lanish jarayoni zo'rayib boradi.

Biologik faol moddalar (BFM) ta'sirining keyingi mexanizmi – bronxospazm boshlanishidir. Darhol boshlanadigan reaksiyada 2-3 minutdan keyin o'tliq hujayralardan gistamin ajralib chiqadi, bronxlar muskullarining tonusiga aynan shu mediator boshqalaridan ko'proq ta'sir o'tkazadi.

Immunkompleks ta'sirida sekinlik bilan yuzaga chiqadigan allergik reaksiyalar qonda aylanib yuradigan IgG, IgA, IgM ga taalluqli, antitelolar va komplement ishtirokida shakllanadi. Immunkomplekslar to'liq hujayralar, eozinofililar, makrofaglarning reseptorlari bilan birikkanida bronxlar obstruksiyasiga sabab bo'ladigan yallig'lanish mediatorlari ajralib chiqadi. Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda allergik reaksiyalar ko'pincha aralash holda uchraydi. Shu bilan birga bitta allergenning o'zi ikkala turdagi reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin.

Bundan tashqari, to'liq hujayralarning darhol yuzaga chiqadigan va IgE yoki IgM ishtirokida ro'y beradigan antigenga qaram degranulyatsiyasidan tashqari, shu hujayralarning noimmunologik yo'l bilan sodir bo'ladigan degranulyatsiyasiga sabab, bir talay liberatorlar borligi ma'lum.

Talaygina miqdorda biologik faol moddalari bo'ladigan markaziy hujayra – to'liq hujayradir. Bronxlar shilliq pardalari yuzasida, hujayralararo epiteliy kamgaklarida, perivaskulyar zonalar, shuningdek, bronxlar yo'lida ana shunday hujayralar joylashgan. Hujayra membranasida IgE, komplement qismlari, adrenergik va xolinergik mediatorlar, prostaglandinlar, gistamin uchun reseptorlar bor. Qonda to'liq hujayralar analoglari – bazofilotsitlar aylanib yuradi.

To'liq hujayralar va bazofilotsitlarning funksional faolligi ularning biologik aktiv moddalarni qanchalik ko'p ishlab chiqara olishiga bog'liq.

pulmonologiya bo'limida 120 bemorni «Apnoe-skrin» (Germaniya) apparatida tekshirilib aniqlandi (G.T.Uzoqova, 1999).

Apnoe holati sezilarli darajada gipoksiya, giperkapniya va miya elektr faolligining o'zgarishi bilan kechadi. Uyqu apnoesining eng xarakterli ko'rinishi yuqori nafas yo'llari halqum bo'limining kollapsga uchrab, shu bo'lim sathida havo oqimiga qarshilik kuchayishi, nafasda u yoki bu darajadagi giperventilyatsion o'zgarishlarning yuzaga kelishidir. Uyqu apnoesi umumiy populyatsiyaga nisbatan olganda 4,5 foiz hollarda uchraydi. (P.Lavee, 1983). Mana shu hodisaning oqibatlari bronxial astma bilan kasallanish va unda kuzatilgan o'lim hollarini 12,5 barovar oshiradi, ish va o'qish unumini 20 foizga pasaytirib yuboradi. Bunday o'zgarishlar odatda, kislorod bilan davolash seanslarini, o'pkaga havo berib turishning maxsus turlarini samarasiz qilib qo'yadi. Bunday bemorlarga uyquga ta'sir qiladigan maxsus preparatlar – gipnotiklar berish zarur. Davo muolajasi sifatida havo yo'llarida doimo musbat bosim bo'lib turishini ta'minlash tavsiya etilgan.

Shunday qilib, bronxial astma ayrim tip hujayralar (xususan, eozinofillar, T-limfotsitlar va to'liq xo'jayralar) ning o'zaro va ular tomonidan ajratib chiqariladigan biologik faol moddalar ta'siri natijasida bronxlarda yuzaga keladigan yallig'lanish jarayonidir. Bu yallig'lanish o'z navbatida, bronxlarning o'ta sezuvchan va o'ta reaktiv bo'lib qolishiga olib keladi. Bu esa bronxial astmaning asosiy klinik belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi. Ko'pchilik bemorlarda kasallik alomatleri ko'rilmay turgan vaqtlarda ham bronxial daraxtning o'ta reaktiv (giperreaktiv) holati saqlanib qoladi.

Bronxlarning giperreaktivligi ayniqsa qo'zg'atuvchi moddalarning bronxlar muskullariga to'g'ridan-to'g'ri yoki sekret ajratib chiqaruvchi hujayralar (masalan, to'liq hujayralar) orqali ta'sir qilganida namoyon bo'lishi mumkin.

Bronxial astmaning rivojlanib borish mexanizmlari

Organizm immunologik holatining o'zgarishi – bronxial astma patogenezining asosiy xalqalaridan biridir. Immun sistema faoliyatidagi siljishlar bronxlarning o'ta sezuvchan va o'ta reaktiv bo'lib qolishiga olib keladi. Bronxial astmaning allergik mexanizmlari darhol va sekinlik bilan yuzaga chiquvchi reaksiyalar bilan bog'liq. Darhol yuzaga chiqadigan reaksiya shok holatidagi a'zoga allergen duch kelgan vaqtda boshlanadi. Uning nomoyon bo'lishida IgE ishtirok etadi. Bu xildagi yallig'lanishning xarakterli jihatlari bronxlar shilliq pardasi va ularning bo'shliqlarida faollashgan eozinofillar, to'liq hujayralar va T-limfotsitlar sonining

Shunga ko'ra, bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda ular odatdagidan ham ziyod faollikka ega bo'ladi.

Sog'lom odamlarda biologik aktiv moddalarning chiqib turishi bronxlarni qisman obstruksiyasiga, yot moddalar sirkulyatsiyasi va zararini cheklab qo'yish yo'li bilan organizmning himoyalinishiga olib keladi. Bu jarayonlarni qarshi aloqa sistemasi nazorat qilib boradi va u bronxlar obstruksiyasi va bronxlar devoridagi mediatorlar konsentratsiyasini turg'unlikda saqlash imkonini beradi. Nazorat mexanizmlari izdan chiqqanida himoya reaksiyalari zararlovchi ta'sir ko'rsata boshlaydi.

Nafas yo'llari epiteliysining mediatorlar va hujayra granulari fermentlari bilan zararlanishida eozinofillar asosiy rol o'ynaydi. Eozinofillar vositasida ro'y beradigan patologik o'zgarishlarning nechog'lik ifodalanganligi shu hujayralarning faollik darajasiga bog'liqdir.

Yallig'lanish boshlanib avj olib borishida to'liq hujayralar hamda neytrofillarning o'zaro ta'sirlashuvi muhim ahamiyatga ega. To'liq hujayralar tomonidan jarayonga tortilgan neytrofillar to'liq hujayralar degranulyatsiyasiga yo'l ochadigan o'z mediatorlarini ishlab chiqaradi.

Bronxial astmada kuzatiladigan bronxoobstruktiv sindrom patologik jarayonning birinchi yoki ikkinchi fazalari bilan hamda erta va kechki astmatik reaksiya fazalari bilan o'tadi. Erta astmatik reaksiya uchun bronxokonstriksiyaning tez avj olib, 10-30 minutdan keyin eng yuqori darajasiga yetishi va 2 soatdan keyin susayishi xos bo'lsa, kechki astmatik reaksiya 6-8 soatdan keyin boshlanadi, so'ngra 2-4 soat va bundan ham ko'proqdan keyin bronxokonstriksiya eng yuqori darajasiga yetadi. Erta astmatik reaksiyani asosan to'liq hujayralar boshlab bersa, kechki reaksiyaning boshlanishida eozinofillar muhim o'rin tutadi va ular yallig'lanishning keyinchalik surunkali tus olishiga yo'l ochadi. Bir qadar yengil bronxial astma paytida ham kasallik xurujlari orasidagi davrda bronxlar devorida morfologik o'zgarishlar topiladi. Bronxial astmada yallig'lanish jarayoni bronx devorining barcha tuzilmalarini – epitelial qoplam, bazal membrana, bronxlardagi limfa tugunchalari, silliq muskullarni o'ziga qamrab oladi. Eozinofillar ishlab chiqaradigan proteinlar ta'sirida epitelial hujayralar ko'chib tushadi (deskvamatsiya). Bazal membrana shishib, qalinlashib qoladi, seroz hujayralar bilan qadahsimon hujayralar gipertrofiyaga uchraydi. Bronxial astmada yallig'lanish jarayonining tabiatan saqlanib turaverishi va kasallikning klinik ko'rinishlari bilan morfologik ko'rinishlari o'rtasida mos bog'liqlik bo'lmasligi isbot etilgan.

Bronxial daraxtning shilliq pardasida yallig'lanishga xos o'zgarishlarning saqlanib qolishi bronxlarning doimiy ravishda o'ta reaktiv holatda bo'lishiga olib keladi.

Bronxial astmada obstruksiya holatining yuzaga kelishida glyukokortikoidlar yetishmovchiligi, giperestrogenemiya, gipoprogesteronemiya va gipertireoz holatlari katta ahamiyatga ega.

Glyukokortikoid gormonlar buyrak usti bezlarining po'st qavatida sintez qilinadi. Ular organizmda gomeostazni ta'minlab, uning tashqi muhit sharoitlariga moslashish jarayonlarida ishtirok etadi. O'pkada glyukokortikoidlar bronxlar tonusini idora etuvchi biogen omillar almashinuvida faol qatnashadi. Bu gormonlar bronxokonstriktorlarning antagonistlari bo'lib, to'liq hujayra va bazofillardan gistamin ajralib chiqishini kamaytiradi, lizosomal fermentlar, mediatorlar ajralib chiqishiga to'sqinlik qilib, prostaglandin YE_{2a} (PGE_{2a}) sintezini susaytiradi va shu tariqa PGE₁ hamda PGE₂ larning bronxlarni kengaytiruvchi ta'sirini kuchaytiradi.

Ma'lumki, kortizol bilan kortikosteron yetarlicha immunodepressant ta'sirga ega bo'lib, antitelalar sintezini susaytiradi, β_2 -reseptorlarning sezuvchanligini oshirib, ularning bronxodilatatsiyaga layoqatini kuchaytiradi. Shunday qilib, glyukokortikoidlar yetishmovchiligi bronxlar bilan o'pkada allergik yallig'lanishining boshlanishi yoki qayta xurujiga olib boradigan sabablarining biri bo'lishi mumkin. Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda glyukokortikosteroidlar yetishmovchiligi buyrak usti bezlariga bog'liq bo'lishi ham, ularga bog'liq bo'lmasligi ham mumkin. Glyukokortikosteroidlarning buyrak usti bezlariga bog'liq yetishmovchiligi unda kortizol ishlab chiqarish xususiyati pasayib ketganiga aloqador bo'ladi. Bu antigen-antitelalar komplekslarining buyrak usti bezlari to'qimasiga zararli ta'sir ko'rsatganiga yoki bemorning kortikoid gormonlar bilan davolanganiga (odam bu garmonlar bilan uzoq davolanganida ular teskari bog'liqlik tamoyiliga muvofiq buyrak usti bezlari ishini to'xtatib qo'yadi) yoxud surunkali gipoksiya boshlanib, buyrak usti bezlari funksiyasini susaytirib qo'yaniga bog'liq bo'lishi mumkin.

Buyrak usti bezlariga aloqador bo'lmagan yetishmovchilikning eng ko'p uchraydigan sababi kortizolning transkordin tomonidan nafaol holga keltirilishidir.

Glyukokortikoidlar yetishmovchiligi ba'zi hollarda, ya'ni bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda kortizol bilan AKTG ga maxsus ta'sir ko'rsatadigan antitelalar paydo bo'lganligi bilan bog'liq. Bu holat gipofiz-buyrak usti bezlari sistemasi gormonlariga nisbatan sensibilizatsiya yuzaga kelganidan darak beradi. Bunday bemorlarda prednizolonga allergik reaksiyalar paydo bo'lishini ana shu hol bilan izohlash mumkin.

Glyukokortikoid yetishmovchiligi boshlanishining muhim mexanizmi to'qimalarning kortizolga chidamli bo'lib qolishi, ya'ni uning ta'siriga rezistentlik paydo bo'lishidir. Bu hodisa yo steroid reseptorlar sonining

kamayganiga yoki kortizolga nisbatan sezuvchanlik susayib qolganiga bog'liq bo'ladi. Biz bronxial astma bilan og'rigan 112 nafar bemorlarda AKTG, kortizol va umumiy OKS-17 miqdorini aniqlash yuzasidan dinamik kuzatuvlar olib bordik. Olingan natijalarning tahlili buyrak usti bezlari glyukokortikoidlar ishlab chiqarish funksiyasi va kortizol metabolizmi, ayniqsa glyukosteroidlar bilan davolanib kelgan bemorlarda bosim susayib qolganini ko'rsatdi. Shunisi diqqatga sazovorki, I va II darajali og'irlikka ega bo'lgan bemorlarda gormonal fon sog'lom odamlardagiga qaraganda, yuqori bo'lib chiqdi. Gormonal funksiyaning sezilarli darajada o'zgarishi III va ayniqsa IV darajali og'irlikdagi kasallangan bemorlarda kuzatiladi (B.S.Oripov, 1989).

Jinsiy gormonlar muvozanatining buzilishi ham bronxial astmaning shakllanib borishiga ta'sir o'tkazadi (G.B. Fedoseyev, 1988).

Xuddi glyukokortikoidlar singari estrogenlarning ham sezilarli darajada immunodepressiv ta'sir ko'rsatishi aniqlangan. Yoshi qaytib qolgan odamlarda estrogen va androgenlar miqdorining kamayishi ularda bronxial astma boshlanishiga yo'l ochadi. Progesteron o'z navbatida bronxlar o'tkazuvchanligini yaxshilaydi.

Shu munosabat bilan ayollarda homiladorlik davrida va hayz sikli ikkinchi fazasining oxirlariga kelganda, ya'ni progesteron kamroq ajralib chiqadigan davrda bronxial astmaning o'tishi yomonlashib qoladi (G.B.Fedoseyev, 1995).

Ma'lumki, tireotoksikoz bronxial astmaning avj olib, zo'rayib borishini osonlashtiradi. Bu esa gipertireozda kortikosteroidlar, prostaglandinlar, gistamin metabolizmi o'zgarishi, β_2 -reseptorlar sezuvchanligi pasayishiga bog'liq bo'lib, so'nggi hol – bronxoobstruktiv sindromni yuzaga chiqaradi.

Bronxial astmaning avj olib borishida vegetativ nerv sistemasidagi o'zgarishlarning roli ham g'oyat katta.

Adashgan nerv bronxlar yo'lining diametrini butun bronxial daraxt shilliq pardasi va uning ostida joylashgan turli reseptorlar vositasi bilan idora etib, tartibga solib boradi. Vegetativ nerv sistemasi parasimpatik bo'limi tonusining ustunligi barqaror patologik refleks yuzaga chiqishiga olib keladi va bu o'z navbatida bemorlarda bronxospazm boshlanishiga yo'l ochadi.

Bronxlar silliq muskullari tolalarining membranalarida joylashgan β_2 -reseptorlar bronxlarning kengayishiga - dilatatsiyasiga mas'uldir. Bundan tashqari, simpatik nerv sistemasi immunitetga ta'sir o'tkazadi, chunonchi, adrenal T-supressorlar ishini idora etib, immun jarayonini tezlashtirishi yoki sekinlashtirishi mumkin.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda simpatik nerv sistemasi faolligi pasayib, bronxlarning adrenalina sezgirliги kamayadi, bu, pirovard natijada, obstruktiv sindromga olib keladi.

Ko'pgina nospesifik ta'sirlar (chang, sulfat dioksid, tutun, sovuq havo) nafas yo'llaridagi sensor reseptorlarni qitiqlash yo'li bilan reflektor bronxospazmga sabab bo'ladi. Ana shu himoya mexanizmi sog'lom odamlarda ham bronxokonstriksiyaga sabab bo'lishi mumkin. Biroq, bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda bronxial daraxt bir muncha kuchsiz ta'sirlarga ham, o'zining sezuvchanligi ancha kuchayganligi, bronxlar giperreaktivligining mavjudligi tufayli tezkorlik bilan javob beradi. Nafas yo'llarining nerv bilan boshqarish sistemasi murakkab bo'lib, klassik holdagi xolinerjik va adrenergik mexanizmlaridan tashqari, noadrenergik mexanizmlarini, shuningdek kuchli peptidlar (neyrokinlar, neyropeptidlar) bo'ladigan tarqoq nerv tolalari tarmog'i ham ahamiyatga ega. Talaygina tadqiqotchilarning kuzatishlariga qaraganda, vegetativ muvozanatning buzilishi shaxsning o'ziga xos xususiyatlari bilan birga qo'shilib, ko'pgina psixosomatik o'zgarishlarning yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Bu esa miyaning psixoemotsional, vegetativ, harakat sohalarining faoliyatini bir-biriga payvasta qilib muvofiqlashtirib boradigan tuzilmalar hisoblanadi. Klinik pulmonologiya kafedrasida aspiranti M.A. Qayumxo'jayeva (1993) tomonidan bronxial astma bilan og'rigan 18 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan 142 nafar bemorlar maxsus tekshiruvdan o'tkazilib, ularda vegetativ tonus bilan vegetativ reaktivlik aniqlab chiqildi. Bundan tashqari, psixologik metodlar yordamida bemorlarning shaxsiy xususiyatlari ham o'rganildi. Bu ishning natijalari bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda miya bioelektrik faoliyatining o'rtacha darajada o'zgarganidan darak beradigan alomatlar bo'lishini, bularning o'rta stvol strukturasiq aloqador ekanligini ko'rsatib berdi. Bemorlarning hammasida vegetativ tonus va reaktivlikning parasimpatik yo'nalishga kirganligi ma'lum bo'ldi. Kishi shaxsiyatini emotsional xususiyat jihatidan olqanda bemorlarda ortiqcha xavotirlanish va shu tufayli ularda somatik funksiyalarning o'zgarishi, shaxsning astenizatsiyalanishiga xos alomatlar kuzatildi.

Kasallik nazorat qilib bo'lmaydigan tarzda uzoq davom etqanda bronxlarning obstruksiyaga uchrashi va bronxial daraxtning o'ta sezuvchan (giperreaktiv) bo'lib qolishi, yallig'langan to'qima hujayralarining to'planib borishi, silliq muskullarning shishib, qalinlashuvi, subepitelial fibroz paydo bo'lishi qayd etiladi; bronxial devorning elastiklik xossalarining o'zgarishi, nafas yo'llari bilan ular atrofidagi parenxima o'rtasida integratsiyaning yo'qolishi natijasida respirator yo'l devorining qalinlashib, qayta tuzilishiga olib kelishi mumkin.

Bronxial astmaning avj olib borishida yuqori nafas yo'llari xastaliklari katta ahamiyatga ega. Bronx-o'pka apparatining holati burun-xalqumning kondensatsiyalovchi (isituvchi va namlovchi) himoya funksiyasiga bog'liq.

Yuqori nafas yo‘llaridagi infeksiya o‘choqlari bemorlardagi sensibilizatsiya va allergiya manbalari hisoblanadi. Bundan tashqari, burundagi refleksogen zonalarining ta’sirlanishi mayda va o‘rtacha bronxlarning holatiga salbiy ta’sir o‘tkazadi.

Kasallikning o‘sib borishi, odamlarning o‘limi va hayot-faoliyatining boshqacha tarzda izdan chiqishi bilan quyosh faolligining, iqlim va ob-havo omillarining davriy va nodavriy o‘zgarishlari o‘rtasida bog‘lanish borligi hozirgi kunda isbotlangan. Ana shunday o‘zgarishlar «meteotrop reaksiyalar» deb ataladi.

Kafedramiz dotsenti B.S.Oripov (1998) bronxial astma xuruji sababli yil davomida Toshkent shahrida chaqirilgan «tez yordam» hisob kartochkalarining 10339 tasini tahlil qilib chiqdi va shuningdek, 112 nafar bemor holatini muntazam suratda kuzatib bordi. Bu ishning natijalari Toshkent shahri iqlimi sharoitida kasallik xurujlarining mavsumga ko‘ra ko‘payib borishi - noyabr, dekabr, fevral va mart oylarida kuzatilishini ko‘rsatib berdi. Spastik-tonuslovchi tip ob-havo sharoitlarining bronxial astma bilan og‘rigan bemorlarga ayniqsa yomon ta’sir o‘tkazishi ma’lum bo‘ldi. Kasallik xurujlarining iqlim-ob-havo sharoitlariga va mavsumiy omillarga bog‘liqligi bronxial astma bilan og‘rigan ayollarda erkaklarga nisbatan ko‘proq kuzatiladi.

Bronxial astma klassifikatsiyasi

Bronxial astma klassifikatsiyasini tuzishda so‘nggi paytlarda asosan ikki yondoshuvga – etiologik tamoyilga va bronxial obstruksiyaning ifodalanganlik (manifestatsiya) darajasi va tabiatiga ko‘proq e’tibor berildi. Birinchi nuqtai nazar bemorlarni ikki guruhga ajratishni ko‘zda tutadi. Bu etiologik tashqi ekzogen omillari ma’lum bo‘lgan bemorlar – «ekzogen astma» va ichki endogen omillari bo‘lgan bemorlar – «endogen astma»dir. Bronxial astmaga etiologik tamoyil nuqtai nazaridan baho berish Jahon Sog‘liqni Saqlash tashkiloti tomonidan tayyorlangan Xalqaro Kasalliklar Klassifikatsiyasida (qayta ko‘rib chiqilgan X klassifikatsiyada) aks etgan. Lekin bu klassifikatsiya amalda keng tatbiq etilmay qoldi, Hozir bronxial astma nechog‘lik og‘ir o‘tayotganiga qarab, ya’ni og‘ir-yengillik darajasi asosida guruhlarga ajratiladi, chunki bemorga qilinadigan davo taktikasi aynan shunga qarab belgilab olinadi. Kasallikning og‘irlik darajasi bronxial astmaning oldini olish va unga davo qilish bo‘yicha Xalqaro konsensus tavsiyalariga muvofiq belgilanadi (1995). Uning asosiy yo‘nalishi quyidagilardan iborat:

- tungi nafas qisish belgilarining haftadagi soni;
- kunduzgi xurujlarning har kungi va haftadagi soni;

- qisqa muddat ta'sir qiladigan ≥ 2 agonistlarning necha marta ishlatilishi;
- jismoniy faollik va uyqu buzilishlarining nechog'lik ifodalanganligi;
- nafas chiqarishdagi eng katta tezlik (NEKT - PEF) ko'rsatkichi va uning eng yaxshi ko'rsatkichlarga foizlar hisobidagi nisbati;
- PEF ning kecha-kunduz davomidagi o'zgarishlari.

Mana shu ko'rsatilgan belgilarni hisobga olib bronxial astma og'irligi jihatdan 4 darajaga bo'linadi (8-jadvalga qarang):

1. *Intermittiv tip astma (I bosqich)*. Bunda kasallik haftasiga ko'pi bilan bir martadan qisqa muddat qo'zib turadi (goho-goho yo'tal tutib, odam xirillab nafas oladi yoki dispnoe bo'ladi). Tungi astma belgilari oyiga ikki marta yoki bundan kamroq paydo bo'ladi. Xurujlar orasidagi davrda kasallik belgilari bo'lmaydi, spirometriyada tashqi nafas ko'rsatkichlari norma atrofida qayd qilinadi, ya'ni preparatlar ishlatilmasligidan oldin jadallik bilan chiqarilgan nafas hajmi – JCHNH – FEV₁ (spirometr bilan o'lchab turib to'la nafas olinganidan keyingi birinchi soniyada jadallik bilan chiqarilgan nafas hajmi) yoki pikfloumetr bilan o'lchangan PEF qiymatlari adabiyotda keltirilgan qiymatlarining 80 foizidan ko'prog'ini tashkil etadi. Ko'rsatkichlar qiymatlarining kecha-kunduz davomida o'zgarib turishi 20 foizdan oshmaydi (jadvalga qarang).

2. *Saqlanib turadigan (persistiv) yengil astma (II bosqich)*. Kasallikning bu xili bemorda uning belgilari haftasiga bir marta yoki bundan ko'proq, lekin kuniga bir martadan kamroq bo'lib turishi bilan ta'riflanadi, bunda bemorning uyquasi yomonlashib, jismoniy faolligi kamayadi. Tungi astma belgilari oyiga ikki martadan ko'proq paydo bo'lib turadi. Shu xildagi astmasi bor bemorlarda JChNH (FEV₁) yoki PEF qiymatlari davolanishdan oldin risoladagi qiymatlaridan ko'proq yoki 80 foizga teng bo'ladi, ularning kecha-kunduz davomida o'zgarib turishi 20-30 foizdan oshmaydi. Bronxial astma klinikasi doim bronxolitik preparatlarini ichib turish yo'li bilan boshqarib boriladi.

3. *Saqlanib turadigan (persistiv) o'rtacha og'irlikdagi astma (III bosqich)*. Kasallik simptomlarining uzoq vaqt davomida kunda takrorlanishi, tungi astma belgilarining haftasiga bir martadan ko'proq paydo bo'lib turishi bilan ta'riflanadi, bunda bemor har kuni ≥ 2 agonistlarini olib turishi zarur bo'ladi.

FEV₁ va PEF qiymatlari risoladagiga qaraganda 60 – 80 foizni tashkil etadi, bu ko'rsatkichlarning kecha-kunduz davomidagi o'zgarishlari esa 30 foizdan ortiq bo'ladi.

4. *Saqlanib turadigan (persistiv) og'ir astma (IV bosqich)*. Bunda kasallik simptomlari bemorda uzoq vaqt saqlanib boradi, tungi xurujlar tez-tez paydo bo'lib turadi, davolashga qaramay, bemorning jismoniy

faolligi cheklanib qoladi. FEV₁ va PEF qiymatlari davolanishdan oldin normaning 60 foizidan kam bo'ladi, ularning kecha-kunduz davomida o'zgarib turishi esa 30 foizdan oshadi.

8-jadval

Bronxial astmaning og'ir-yengilligini aniqlashda bosqichma-bosqich yondoshish

Bosqichi	Davolashdan oldingi klinik ko'rinishi	Davolash uchun dori-darmonlar
I bosqich Intermittiv astma	<p>Simptomlari haftasiga ko'pi bilan 1 marta</p> <p>Kasallikning qisqa muddat (bir necha soatdan bir necha kungacha) qo'zib turishi.</p> <p>Oyiga 2 marta yoki bundan kamroq tunda astma simptomlari bo'lib turishi</p> <p>Kasallik qo'zimay turgan davrlarda simptomlarning yo'qligi va o'pka funksiyalarining normal bo'lishi</p> <p>PEV yoki FEV₁:</p> <p>- normaning 80 foizi. Bu ko'rsatkichlar o'zgarishi 20 foiz atrofida</p>	<p>Zudlik bilan yordam ko'rsatish uchun preparatlar faqat zarur bo'lganda qo'llaniladi. Qisqa muddat ta'sir ko'rsatadigan ingalyatsion β_2-agonistlar tabletkalar holda kortikosteroidlardan foydalanish mumkin.</p>
II bosqich Saqlanib turadigan (persistiv) yengil astma	<p>Simptomlari haftasiga 1 marta yoki bundan ko'proq, lekin kuniga 1 martadan kamroq. Kasallikning qo'zib qolishi, odamning faolligi va uyqusini yomonlashadi.</p> <p>Tungi astma simptomlarining oyiga 2 martadan ko'proq paydo bo'lib turishi.</p> <p>PEV yoki FEV₁:</p> <p>- normaning 80 foizi, bularning o'zgarishi 20-30 foiz atrofida</p>	<p>Yallig'lanishga qarshi biror preparat – tayled 1 doza 2 mahal, aerezol steroidlar 400-600 mkg</p> <p>Uzoq ta'sir ko'rsatadigan bronxodilatatorlarni qo'shish mumkin (ayniqsa tungi simptomlar bo'lsa).</p> <p>3 oy</p>
III bosqich Saqlanib tu- radigan (persistiv) o'rtacha astma	<p>Simptomlari har kuni kuzatiladi. Kasallikning qo'zib qolishi odamning faolligi va uyqusini buzadi.</p> <p>Tungi astma simptomlarining haftasiga 1 martadan ko'proq paydo bo'lib turishi.</p> <p>PEV yoki FEV₁:</p>	<p>Oldindan har kuni davo qilib turiladi va bronxodilatatorlar beriladi (ayniqsa tungi simptomlar bo'lganida).</p> <p>Steroid aerezol 800-1200 mkg.</p>

	- normaning 60 foizi, bularning o'zgarishi 30 foiz atrofida	3 oy
IV bosqich Saqlanib turadigan (persistiv) og'ir astma	Simptomlar doimiy. Kasallik tez-tez qo'zib turadi. Tungi simptomlar tez-tez bo'lib turadi. Bronxial astma alomatlari odamning jismoniy faolligini cheklab qo'yadi. PEV yoki FEV ₁ : - normaning 60 foizidan kam, bularning o'zgarishi 30 foizdan oshadi.	3 oy muddat davomida oldindan davo qilib boriladi: yuqori dozalarda ingalyatsion steroidlar 2000-2500 mkg, uzoq ta'sir ko'rsatadigan bronxolitiklar beriladi va qisqa muddatga sistematik glyukokortikosteroidlar buyuriladi (1-2 mg/kg) vazniga prednizolon hisobida. 3 oy

Shuni aytib o'tish kerakki, 70-yillardan boshlab sobiq Ittifoqda A.D.Ado va P.K.Bulatov tuzgan klassifikatsiyadan (1969) foydalanilib kelingan. Keyinchalik, ya'ni 80-90-yillarda bronxial astma xususida G.B.Fedoseyev (1982) tomonidan kengaytirilgan va to'ldirilgan A.D. Ado va P.K.Bulatov klassifikatsiyasi qo'llaniladigan bo'ldi. Ushbu klassifikatsiyaga muvofiq, bronxial astmaning klinik-patogenetik variantlari farqlangan. Bundan tashqari, kasallikning bosqichma-bosqich avj olib borishi ham hisobga olingan. Bu klassifikatsiyalar amaliyotda shu vaqtgacha ishlatilib kelindi. Bronxial astmada kasallikning og'irlik darajasi katta ahamiyatga ega bo'lganligi uchun hozirgi paytda 1995-yilda qabul qilingan Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti taklifiga binoan Konsensusda keltirilgan klassifikatsiya asos qilib olingan.

Bronxial astmaning klinik kechishi

Nafas qisishi va uning avj olib borishida uch davr tafovut qilinadi. Ular quyidagilardir:

I – xuruj darakhilari davri. Bunda turli bemorlarda shiddati va tabiati jihatdan har xil ifodalanadigan simptomlar paydo bo'ladi. Xuruj boshlanishidan bir necha minut, ba'zida esa bir necha soat ilgari bemorlarda yo'tal yoki tomoq achishishi paydo bo'lib, ko'z, quloq solinchoqlari, badan terisi qichishib turadi, diurez haddan tashqari ko'payadi va boshqa o'zgarishlar ham ko'riladi. Vrach bemorni kasallik xurujlarining darakhilariga ahamiyat berib, sergak bo'lishga o'rgatishi kerak, chunki preparatlarni vaqtida ishlatish kasallik xurujlarining tezlik bilan qaytishini ta'minlashi mumkin.

II – rosmana eksplorator bo'g'ilish belgilari yuzaga chiqadigan davr. Bu paytda bemor ko'kragi «qisilib» borayotganini sezadi, to'la nafas chiqara olmay qoladi. Nafas chiqarish vaqtida hushtak chalganga o'xshaydigan xirillash uzoqdan ham eshitilib turadi. Bemor majburiy holat olib, qo'llariga tayangan holda o'tiradi. Yuzi kerikib, bir tekis ko'karib turadi (sianoz). Nafas olish vaqtida burun parraklari keriladi. Ko'krak qafasi – chuqur nafas olingan holda bo'ladi. Nafas vaqtida yordamchi ayniqsa ko'krak muskullarining hammasi ishtirok etadi, o'mrov osti chuqurchalari va qovurg'aaro kamgaklar odam har safar nafas olganida ichiga tortilib turadi. Bo'yin venalari shishib chiqadi. Vaqt-vaqtida odamni holi-joniga qo'ymaydigan yo'tal boshlanib, biroz balg'am ajraladi. Balg'am yopishqoq, ba'zan ko'pikli bo'ladi. Obyektiv tekshirishda quyidagi belgilarning borligi xarakterlidir. Perkussiyada butun o'pka yuzasi ustida timpanik tovush eshitiladi, o'pkaning quyi chegaralari pastga tushgan, o'pka chetlarining harakatchanligi (o'pka ekskursiyasi) cheklangan bo'ladi. Auskultatsiyada o'pkada bir talay hushtaksimon, vizillovchi quruq xirillashlar eshitiladi, bular nafas olishdan ko'ra ancha uzayib ketgan nafas chiqarish vaqtida ayniqsa ko'p bo'ladi. O'pka juda kengayib ketganligidan yurak chegaralari aniqlanmaydigan bo'lib qoladi. Yurak-tomir sistemasida ham o'zgarishlar yuzaga keladi. Yurak tonlari bo'g'iqroq bo'lib eshitiladi, o'pka arteriyasi ustida II ton kuchaygan bo'ladi. Puls tezlashadi, uning to'liqligi kam. Bo'g'ilish xurujlari ko'pdan buyon davom etib kelayotgan bo'lsa, yurak o'ng qorinchasi yetishmovchiligiga xos belgilar paydo bo'lishi – jigarning kattalashishi, oyoqlarining shishishi mumkin. Balg'am analizi ayniqsa xarakterlidir, unda ezinofillar, goho Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallari paydo bo'ladi.

Bo'g'ilish xurujlari uzoq cho'zilib, og'ir kechganda EKG da quyidagi xarakterli o'zgarishlar yuzaga keladi:

– EKG – yurakning elektr o'qi o'ngga surilib qoladi; I standart usulida chuqur S1 va III standart, AVF usulda R tishcha baland bo'lib chiqadi, shuningdek III standart va AVF usullarda S-T segmenti inversiyasi ko'riladi;

– AVF – II va III standart usullarda va AVF usulida P tishcha baland va o'tkir uchli, «P-pulmonale»;

– V1, V2 usullarda R tishcha musbat, ba'zan ikki fazali, o'ng ko'krak pozitsiyalarida S-T segmenti inversiyali bo'ladi. Chap ko'krak pozitsiyalarida (V4, V5, V6) R kichiklashib, S chuqurlashadi;

– Gis tutamining o'ng oyoqchasi blokadaga uchrashi mumkin.

Rentgenologik tekshirishda o'pka maydonlarining birmuncha tiniqlashib qolgani, diafragmaning past tushib, harakatchanligi

kamayganligi ko'riladi. Qovurg'alar gorizontall joylashgan, qovurg'alararo kamgaklar kengaygan, o'pka naqshi quyuvlashgan bo'ladi.

Astmaning og'ir-yengilligi to'g'risida o'pka funksiyasini aks ettiradigan obyektiv ko'rsatkichlarga qarab fikr yuritish mumkin, bunda o'pka funksiyasini spirometriya va pikfloumetriya yo'li bilan aniqlash tavsiya etiladi. Nafas yo'llari obstruksiyasining og'ir-yengilligini baholashning eng obyektiv ko'rsatkichi to'la nafas olganidan keyingi birinchi soniyada nafas orqali chiqarilgan eng katta hajmdagi havoning miqdoridir. Jadal nafas chiqarish hajmi yuzaga keladigan maksimal oqim nafas yo'llari obstruksiyasini baholashning eng oddiy va oson hisoblab chiqsa bo'ladigan usulidir. Nafas yo'llari obstruksiyasini baholab boradigan ilk ko'rsatkich nisbati Tiffno testidir.

III – kasallik xurujining qaytish davri. Bemorda yo'tal kuchayib, bir talay balg'am ajralib turadi, bu hol bemor ahvolini yengillashtiradi. Kasallik patogeneziga qarab xurujning qaytishi har xil bo'ladi. Kasallik xuruji boshqa a'zolarida sezilarli asorat qoldirmay tez o'tib ketishi va aksincha, sekinlik bilan o'tib, bemorni holdan toydirib qo'yishi ham mumkin.

Bronxial astma xurujlarining klassik klinikasi so'nggi yillarda bir qadar o'zgarib qolganini aytib o'tish kerak. Bronxlarda yallig'lanish belgilari kuchayib borgani holda kam simptomlar bilan o'tadigan astma hamda tez orada bronxlarning qaytmas obstruksiyasiga sabab bo'ladigan og'ir astma turlari kuzatilmoqda.

Bronxial astma tashxisining yangi, bir muncha takomillashgan usullari bo'lishiga qaramay, yaxshi yig'ilgan anamnez bu borada yuqori informativ manba hisoblanadi. Bemorlar anamnezida atopik allergik holatlar, irsiy moyillik, surunkali infeksiya o'choqlari, bemorning kasb-kori, uning asab va ruhiy holatlari turg'unligi va disgormonal o'zgarishlar bor-yo'qligi to'g'risidagi yetarlicha ma'lumotlar bo'lishi lozim. Bronxlarning giperreaktivligiga ishora qiladigan belgilar bor-yo'qligini aniqlab olishga ham alohida e'tibor berish lozim.

Jismoniy zo'riqish va aspirin astmalari uchun bronxlar reaktivligining avvaldan o'zgargan bo'lishi xarakterlidir. Klinik jihatdan olganda jismoniy zo'riqish astmasi odamga jismoniy zo'riqish, sovuq havo nafasga olinganda, o'tkir is-hidlar, tamaki tutuni va boshqalar ta'sir qilganida nafas qisib, bo'g'ilish xurujlari tutib qolishi bilan ma'lumot beradi. Atsetilsalitsilat kislota va ta'sir mexanizmi jihatdan unga yaqin bo'lgan preparatlar (metindol, analgin, baralgin va boshqalar)ga javoban boshlanib qoladigan ekspirator bo'g'ilish xurujlari qaytalanib turadigan polipoz rinosinusopatiya bilan birga davom etib boradi. Bronxial astmaning bu turi aholi orasida keng tarqalgan bo'lib, vrach va bemor tomonidan unga ayniqsa diqqat bilan e'tibor berishni talab qiladi.

Bronxial astmaning yo'talish bilan o'tadigan turi ham ancha ko'p uchrab turadi. Kasallikning bu turida vrach odatda, diagnoz qo'ymaydi, chunki kasallikning aniq-ravshan alomatlari bo'lmaydi. Bunday bemorda yo'tal kasallikning birdan-bir ko'rsatkichi bo'lmasa-da, har holda asosiy belgisi hisoblanadi. Yo'tal bemorlarni aksari tunda bezovta qiladi. Bu tur bronxial astma diagnostikasi tezlik ko'rsatkichlarining nechog'lik o'zgaruvchanligini bilish, bronxlarda giperreaktivlik holati bor-yo'qligini aniqlash testini o'tkazish, balg'amni tekshirib, unda eozinofillar bo'lishiga asoslanadi.

Bronxial astma diagnostikasi

Bronxial astma diagnozi o'z vaqtida qo'yilgan taqdirdagina uni muvaffaqiyatli davolash mumkin. Astma diagnostikasi kasallik simptomlari va yaxshi to'plangan anamnezni tahlil qilib chiqish natijalariga qarab amalga oshiriladi. Bronxial astmaga quyidagi klinik belgilar xos: odamning vaqt-bevaqt hansirab turishi, o'pkada hushtakli xirillashlarning bo'lishi, ko'krakning qisilayotgandek bo'lib sezilishi va yo'tal hamda uning tunda va erta saharda kuchayishi kabi holatlar xarakterlidir. Kasallikning allergenlar ta'siridan, jismoniy zo'riqishdan, yallig'lanish o'choqlarining jonlanishi, virus infeksiyasi, irritantlardan takror-takror qo'zib turishi odatdagi holdir. Bronxlarning o'ta sezuvchanligi va o'ta reaktivligiga xos shikoyatlar, ya'ni triggerlarga javoban ro'y beradigan obstruksiya simptomlari bilan birga davom etadigan reaksiyalar ham qayd qilinadi. Kasallik simptomlarining o'z-o'zidan yoki bronxodilatatorlar ishlatilgandan keyin yo'qolishi ham xarakterlidir.

Bronxial astmaning klinik simptomlari juda ko'p o'zgaruvchan bo'ladi hamda nafas a'zolari tegishlicha tekshirilganda fizikal o'zgarishlar hamisha ham aniqlanavermaydi. Bemorda hansirash, hushtaksimon quruq xirillashlar borligini, o'pkaning birdan kengayib ketganini, aksariyat ertalab, bronxodilatatorlar ishlatilmasdan oldin aniqlasa bo'ladi. Lekin kasallik qo'zib turgan mahalda ham ko'pgina bemorlarda auskultativ belgilar bo'lmaydi. Shu munosabat bilan bronxial astma diagnozini aniqlash uchun tashqi nafas funksiyasi (TNF) ni tekshirib ko'rish tavsiya etiladi. TNF ni pikfloumetr yordamida o'lchab ko'rish, bronxlar o'tkazuvchanligining qay ahvolda ekanligiga baho berishni ta'minlasa, TNF o'zgarishlarini aniqlash nafas yo'llarining qanchalik giperreaktivligini bilish imkonini beradi. Bu uslublarni bronxial astma diagnostikasiga qo'shilgan eng muhim yangilik deb hisoblash mumkin (1,2-rasmlar). Pikfloumetrlar qimmat turmaydigan, ixchamgina plastik

asboblar bo'lib, ularni bronxial astmani uy sharoitida har kuni muntazam ravishda monitoringdan o'tkazib turish uchun faqat vrachlar emas, balki bemorlarning o'zlari ham uy sharoitida muvaffaqiyatli ravishda qo'llashlari mumkin. Pikfloumetriya o'tkazish texnikasi juda oddiy: buning uchun bemor pikfloumetr mundshtugini lablari bilan mahkam qisib olib, apparatga tezgina kuch bilan nafas chiqaradi. Asbob shkalasi ko'rsatkichining ma'lum masofaga og'ish darajasi nafas chiqarishning eng katta tezligini PEF ni ko'rsatib beradi.

O'lchangan ko'rsatkich qiymatlarini oddiy raqamlar ko'rinishida yozib olish mumkin, lekin ular grafik ko'rinishida yozib borilgan bo'lsa, ancha qulay va yaqqol bo'lib chiqadi. Natijalarga PEF ning eng katta qiymatlari va ushbu ko'rsatkichning kecha-kunduz davomidagi o'zgarishlariga qarab baho beriladi.

Diagnozi aniq bo'lgan bemorlarda pikfloumetriya preparatlar ishlatilmasdan oldin ertalab (bunda PEF qiymatlari eng yomon bo'ladi) va kechqurun bronxodilatatorlar ishlatilgandan keyin PEF qiymatlari yaxshi tomonga o'zgaradi) o'tkazilishi kerak. PEF qiymatlarining kecha-kunduz davomida 20 foizdan ko'proq o'zgarishi yallig'lanish jarayonining beqarorligini (bronxlarning giperreaktivligini) ko'rsatadi. Hozirgi vaqtda amaliyotda mexanik pikfloumetrlardan tashqari elektron pikfloumetrlar ham keng qo'llanilmoqda (2-rasm). Elektron pikfloumetrlarning afzalligi shundaki, ular nafas chiqarishning eng katta tezligi PEFni qayd qilib borishdan tashqari klinik simptomatikasining qay tariqa o'zgarib borayotganini ko'z bilan ko'rib, aniqlab olishga ham imkon beradi. Tekshirilayotgan ko'rsatkichlarning monitorida ko'z bilan ko'rib, quloq bilan eshitib turiladigan aksining bo'lishi bemorga o'z ahvolini ancha yaxshi nazorat qilib borish imkonini beradi. Tovush bilan signal beradigan moslamaning borligi buyurilgan preparatlarni vaqtida ishlatishga, ko'rsatkichlarni vaqtida o'lchab olib monitor xotirasiga kiritishga yordam beradi. O'lchanadigan ko'rsatkichlardan kompyuterda ishlab, grafik tarzda aks ettirish vrach ishini yengillashtirib, uning sifatini ancha oshiradi.

Kasalxonalarda davolanib chiqqan bemorlar xususida pikfloumetrlardan foydalanish, astma ustidan olib boriladigan nazoratni yaxshilashga, shu bemorlar guruhida yana kasalxonada yotishiga majbur bo'ladigan kishilar sonini kamaytirishga, ular hayotining sifatini ancha oshirishga imkon beradi.

PEF monitoringi klinikada katta ahamiyatga ega. Bu uslubda quyidagilarni nazorat qilib borish mumkin:

- o'pka ventilyatsiyasida obstruksiyaga aloqador o'zgarishlar bor-yo'qligini, ularning nechog'lik ifodalangani va kasallikning qanchalik og'ir-yengilligini bilib olish;

- bronxial obstruksiyaning dinamikasini aniqlab olish;
- bronxlarda giperreaktivlik holati bor-yo'qligini aniq bilib olish;
- bronxial astma va surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari o'rtasida differensial diagnoz o'tkazish;
- obstruktiv sindrom mexanizmlarini o'rganish;
- bronxial astma qaysi vaqtlarda va nimadan qo'zib qolishi mumkinligini aniqlash;
- kasallik qo'zib qolgan mahalda qilinayotgan davoning qanchalik naf berayotganini monitoringlash.

Bronxodilatatsion test bronxlar obstruksiyasining ortga tislantirish-tislanmasligini aniqlab olishga imkon beradi.

β_2 -agonist ingalyatsiyasidan 10-15 minut o'tgandan keyin PEF yoki FEV₁ 20 foizdan ko'proq ortadigan bo'lsa, test natijasi musbat hisoblanadi.

Yuqoridagi usuldan tashqari kasallik qo'zimay turgan davrlarda bronxlarning nechog'lik giperreaktivligini jismoniy ish bilan gistamin, atsetilxolin yoki boshqa qo'zg'atuvchi moddalar bilan o'tkaziladigan sinamalar yordamida ham aniqlash mumkin. Ko'rsatkichning dastlabki qiymatga qaraganda 20 foizdan ko'proq kamayganligi bronxlarda patologik jarayon borligini ko'rsatadi.

Bronxial astma bilan og'rikan bemorlarni davolashda bronxlar giperreaktivligining darajasiga qarab tabaqalashtirilgan holda yondoshish zarurligini ko'rsatadi. Chunonchi, kasallikning klinik belgilari, tashqi nafas funksiyalari bir xil bo'lgan bemorlar har xil usuldagi davoga muhtoj bo'lishadi. Bronxlarning giperreaktivligi yuqori bo'lgan bemorlarga yallig'lanishga qarshi davo tariqasida ingalyatsion kortikosteroidlar berish kerak bo'lsa, reaktivligi past bemorlarga natriy nedokromil, natriy xromoglikatni ishlatishning o'zi kifoya.

Pikfloumetr yordamida uyda PEF monitoringini olib borish shakshubhasiz, foydalidir, chunki bu kasallikning og'irlashib qolganiga xos belgilarni barvaqt aniqlab olish uchun bemorga yordam beradi. Klinik simptomlar paydo bo'lganida PEF qiymatlari 20 foizdan ko'proq pasayishi mumkin. Bemorlarning shikoyatlari bronxlar obstruksiyasining darajasiga ko'pincha mos kelmaydi. Astmaning og'ir-yengilligiga bemorlar va vrachlar tomonidan noto'g'ri baho berilishi bu kasallikka o'z vaqtida davo qilinmasligiga olib keladi. Biroq bronxial astmali bemorlarda PEFning o'zgarishlari bo'lmasligi mumkinligini ham unutmash kerak.

Balg'amda eozinofillar va boshqa hujayralar bor-yo'qligini tekshirib ko'rib respirator yo'llarning yallig'lanishdan xoli-xolimasligini aniqlab olish mumkin. Bemorda balg'am ajralmaydigan bo'lsa, uni qo'zg'atish maqsadida gipertonik eritmalar bilan ingalyatsiya qilinadi.

Kasallikka o'z vaqtida diagnoz qo'yilishi uning zo'rayib borishga yo'l qo'yilmaslikka va asoratlar boshlanishi ehtimolini kamaytirishga yordam beradi.

Shuni ham aytib o'tish kerakki, ko'pincha amaliyotda bronxial astma degan diagnoz o'z vaqtida qo'yilmaydi, uning o'rniga «obstruktiv sindrom», «astmatik bronxit», «surunkali bronxitda uchraydigan astmatik holat» tushunchalari ishlatiladi va hokazo. Shu bois bemorlarga antibiotiklar va yo'talga qarshi preparatlar bilan o'rinsiz va behuda davo kurslari o'tkaziladi, natijada ularning ahvoli yanada og'irlashadi. Umuman olganda ham gipodiagnostika va astmaga o'z vaqtida yetarli zamonaviy davo o'tkazilmaslik hozirgi paytda amaliy tabobatda ko'p uchraydigan holga aylanib qoldi. Bunday holga barham berish borasida aytmoqchi bo'lgan fikrimiz shuki, agar kishida hushtaksimon tovushli xirillashlar bilan o'tayotgan dard bor ekan, unga hamisha bronxial astma deb qarash va mavjud klinik holatni o'pkaning boshqa obstruktiv xastaliklaridan differensiyatsialash lozim.

Differensial tashxis

Bronxial astmani ko'pincha quyidagi kasalliklardan farqlash, ajratish g'oyat katta ahamiyatga ega.

1. *Surunkali obstruktiv bronxit (SOB)*. Bunday kasallik bilan og'rikan bemorlar uchun hansirash, nafas olishga qiynalish xosdir, bular tutib-tutib turadigan xurujlarga o'xshamaydi, tabiatan doimiy bo'ladi va odatda kishi yo'talganda, jismoniy ish qilganda zo'rayadi. Balg'am tushishi, bronxial astmaning ma'lum vaqt davom etib, balg'am tashlash bilan tugallanadigan tipik xurujlaridan farq qilib, bemorga yengillik keltirmaydi.

SOBning alohida ajratib turadigan asosiy belgilaridan biri bronxlar obstruksiyasining kasallik remissiyasi davrlarida ham qaytmas bo'lishidir. Tashqi nafas funksiyasini tekshirib ko'rish ana shu holatni tasdiqlab beradi. Kasallik qo'zigan mahalda bronxlarning o'tkazuvchanlik ko'rsatkichlari xuddi bronxial astmali bemorlarda bo'lgani kabi ancha pasaygan bo'ladi. Lekin SOBda davo qilingandan keyin bu ko'rsatkichlarning yaxshilanishi kasallikning remissiya davrida ham kam darajada bo'ladi. Bronxial astmada esa bronxlarning o'tkazuvchanligi davolashdan so'ng deyarli har doim asliga kelib qoladi.

Bundan tashqari SOB bilan og'rikan bemorlarda qon va balg'amda eozinofillarning ortishi bo'lmaydi. Bakterial va boshqa allergenlar bilan qo'yiladigan teri sinamalari natijasi manfiy bo'lib chiqadi (9-jadvalga qarang).

Astma va bronxitda bronxlar obstruksiyasi tavsifi

	Bronxial astma	Surunkali obstruktiv bronxit
Obstruksiyaning ifodalanganligi	Umuman PEF ning vaqt bilan arzi- mas darajada o'zgaruvchan- ligi xarakterlidir. Kasallik yen- gil o'tganida xurujlardan tash- qari vaqtda PEF normal bo'ladi. Kasallik og'irlashib borgan sayin PEF pasayadi, lekin yaxshi davo qilinganda uning darajasi yuqori- lashishi mumkin	PEFning barqaror, tobora ko'p pasayib borishi xarakterlidir
Bronxolitik test	Obstruksiyaning yuqori daraja- sida (20 foizdan ko'proq darajada) qaytar bo'lishi xarak- terlidir	Sinama natijasi manfiy yoki obstruksiya arzi- mas darajada qaytar bo'ladi
Bronxlar giper- reaktivligi	Kasallik qo'zib qolgan mahal- larda bronxlarning giperreaktiv bo'lishi va buning kecha-kunduz davomida ko'p darajada o'zgarib turishi xarakterlidir	Giperreaktivlikning kecha-kunduz dav- mida o'zgarib turishi, odatda sezilmaydi.

Shuni aytib o'tish kerakki, SOB bronxial astmaga qaraganda ancha og'ir xastalik bo'lib, tez-tez qo'zg'alishi natijasida bemorlarda o'pka- yurak yetishmovchiligining klinik belgilari paydo bo'lib, qisqa vaqt orasida nogironlikka olib kelishi, hatto o'lim bilan tugashi mumkin.

2. *Traxeya va yirik bronxlar ekspirator stenozi.* U turib-turib tutib qoladigan, kishiga azob beradigan bitonal yo'tal va nafas chiqarishning qiyinlashuvi bilan birga kechadigan holat. Turli omillar – odamning zo'riqib kulishi, jismoniy ish qilishi, respirator infeksiya yuqorida ko'rsatilgan kasallik belgilarini boshlab beradi. Bu kasallikka traxeya va yirik bronxlar shilliq pardasining viruslar tufayli takrorlanib turadigan yallig'lanishi shuningdek, bakterial flora tufayli boshlangan surunkali patologik jarayon bronx-o'pka apparatining tug'ma nuqsonlari sabab bo'lishi mumkin. Bunday xastalikka ega bemorlarda, bronxial astmali kishilardan farqli o'laroq, tipik bo'g'ilish xurujlari bo'lmaydi va klinik jihatdan avj olishga xos auskultativ o'zgarishlar aniqlanmaydi. O'pka ustida hushtakli quruq xirillashlar eshitilmaydi. Uzil-kesil diagnoz fibrobronxoskopiya ma'lumotlariga asoslanib qo'yiladi. Bu sohada

Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti xirurgiya kafedrasini mudiri prof. A.T. Alimov va uning shogirdlari olib borgan ilmiy ishlarini alohida ko'rsatib o'tish mumkin.

3. *Virusli o'tkir respirator kasalliklar.* Viruslar tajovuzi odatda, mayda bronxiolalarning tarqoq tarzda obstruktiv zararlanishi bilan birga davom etib boradi. Ayni vaqtda hansirash xurujlari takrorlanib turadi, lekin ular o'z tabiati jihatidan bronxial astma xurujlaridan farq qiladi. Bundan tashqari bunday bemorlarda bronxial astmaga o'xshash xarakterli anamnez bo'lmaydi. Odam sog'ayib borgan sayin unda obstruksiyaga xos bo'lgan alomatlarining sekin asta o'tib ketishi kuzatiladi.

4. *Hiqildoq, traxeya va yirik bronxlar kompressiyasi (obturatsiyasi).* Bunday holatlar ba'zi o'smalar, yot jismlar, ovoz boylamlarining falaji, polliplar, absesslar hamda qalqonsimon bez o'smasi tufayli yuzaga kelishi mumkin. Ular uchun vaqt-bevaqt yo'tal tutib turish xarakterlidir, hansirash, inspirator xarakterda bo'ladi va bu kasallikni bronxial astmadan ajratib turadi. Bu holatni differentsiatsiya qilishda kasallik anamnezi, klinik, rentgenologik va bronxoskopik tekshirishlar katta yordam beradi.

5. *Yurak astmasi.* Bronxial astma bilan yurak astmasini ayniqsa yoshi o'tib qolgan bemorlarda bir-biridan ajratib olish juda qiyin. Bunday bemorlar ko'pincha bronx-o'pka patologiyasi bilan ham, yurak-tomirlar patologiyasi bilan ham kasallangan bo'ladi. Yurak astmasi ko'pincha yurak va tomirlar kasalliklari, yurak poroklari (nuqsonlari), miokard infarkti, gipertoniya kasalligi, yurak toj tomirlari aterosklerozi, qon aylanishi yetishmovchiligi va boshqalarning asoratidir.

Yurak astmasi aralash tipda hansirash, xirillab nafas olish, ko'pikli pushti rang balg'am tashlab turish bilan ta'riflanadi. Auskultatsiya vaqtida o'pka ustida ikkala tomondan jarangsiz nam xirillashlar eshitiladi. Qon aylanishning chap qorincha tipidagi yetishmovchiligiga xos alomatlar va asoratga olib kelgan kasallikning klinik simptomlari bilan birga uchraydi.

Bu holatni differentsiatsiya qilishda yetarli darajada to'g'ri anamnez to'plash, klinik holatni sinchiklab o'rganish hamda rentgen va elektrokardiografik usullari bilan tekshirish natijalarini to'g'ri talqin qilish katta yordam beradi. Bu esa bemorga to'g'ri yordam berishni ta'minlaydi.

6. *Isterik astma.* Bunday holat aksari stress vaziyatlaridan keyin yosh ayollarda hansirash xurujlari ko'rinishida namoyon bo'ladi. Biroq ayni vaqtdagi hansirash odamning tez-tez, minutiga 40-50 martadan, yuzaki nafas olib turishi bilan ta'riflanadi, «Kuchukcha nafas olish» deb shunga aytiladi. Ovoz yorig'i qisman bekilib qolgani tufayli nafas chiqarish vaqtida tovush eshitilib turadi. O'pka auskultatsiyasida bunday bemorlarda xirillashlar bo'lmaydi.

7. *Giperventilyatsion sindrom (D' Akosta sindromi)*. Bu – astmafobik, astmanevrotik holatdir. Bemorlar kislorod tanqislik qilayotganidek, havo yetishmayotganidek bo‘lib tuyulayotganidan, o‘zini rosmana nafas olmayotgandek sezayotganidan noliydi. Ularda nafas tezligi, maromi va tipi o‘zgarib qoladi. Ana shunday klinik hodisalar bo‘lgani holda bronxlar o‘tkazuvchanligi buzilganiga ishora qiladigan alomatlar va o‘pka ustida eshitaladigan hushtakli quruq xirillashlar bo‘lmaydi, bemorda vezikulyar nafas eshitaladi. Bunday kasallikning sabablari og‘ir ruhiy o‘zgarishlarga aloqadordir.

8. *Uremik astma*. Surunkali buyrak yetishmovchiligiga duchor bo‘lgan bemorlarda ko‘riladigan bronxlar obstruksiyasi va bronxlar o‘tkazuvchanligining o‘zgarishi bemorlar qonida azotli chiqindilar va mochevinaning ko‘p to‘planib qolishiga bog‘liq bo‘ladi. Bular bronxial daraxtning shilliq pardasi orqali ajralib, uning shishib ketishiga va bronxospazm boshlanishiga sabab bo‘ladi. Klinik jihatdan bu jarayon odamning hansirashi, o‘pka sathi bo‘ylab hushtakli quruq xirillashlar eshitalishi bilan kechadi. Obstruksiya holati odatda, uzoq davom etadi va asosiy buyrak kasalligining o‘tishiga bog‘liq bo‘ladi.

9. *Gijja invazyalari*. Gijja va boshqa parazit invazyalar ko‘p hollarda bronxlar obstruksiyasiga, ba’zida esa (ko‘pincha yosh bolalarda) bronxial astma boshlanishiga sabab bo‘ladi. Bunda organizm askarida, ankilostoma, opistorxoz, shistosomalar bilan allergizatsiyalanishi tufayli bronxlar obstruksiyasi sodir bo‘ladi. Kasallik diagnozi bemor najasini yuqorida ko‘rsatilgan gijjalarning tuxumlari bor-yo‘qligiga tekshirib ko‘rilganidan keyin tasdiqlanadi. Gijjalarga qarshi qilingan davo odatda, bronxial obstruksiyaning hamma alomatlariga barham beradi.

10. *Respirator oksaloz*. Bu kasallikning sababi oksalat kislotasi almashuvining buzilishidir. Ushbu kasallikning klinik belgilari quyidagilardan iborat:

- irsiy anamnez bilan (ona tomonidan mallasochli ena-buvilar bo‘lganiga ishora qilinadi);

- bemorning klimakterik yoshdaligi;

- ayol jinsida ekanligi;

- odamga azob beradigan quruq yo‘tal tutib turishi va yo‘tal xuruji avjiga chiqqanda beixtiyor qovuq bo‘shalishi;

- oksalatlar almashuvi izdan chiqishi tufayli sistemalarda ruy beradigan o‘zgarishlarning (yoshlik davridayoq, osteoxondroz boshlanishi, o‘t va siydik yo‘llari diskineziyasi, o‘t pufagi va buyraklarga tosh kelishi) uzoq vaqt belgi bermay turishi;

- odamning tashqi qiyofasi o‘ziga xos bo‘lishi (et kuygan, yuzining rangi sutdek oqargan, orqasining yuqori uchdan bir qismidagi terining sepkil bosgani «sarafan» simptomi);

- odatdagi davoning naf bermasligi;
- laboratoriya ma'lumotlari;
- uzoq vaqt mobaynida normadan 1,5 baravar ortiq oksalaturiya bo'lib turishi kabi holatlar bilan ta'riflanadi.

Bunday oksalozda kuydirilgan magnezium bilan davolash yo'tal tutib, beixtiyor siyib qo'yish hollariga barham beradiki, bu respirator oksaloz diagnozini yana bir marotaba tasdiqlaydi.

11. Gastroezofagal reflyuks. Davo qilingani bilan tuzalavermaydigan astmada uning sabablaridan biri bemorda gastroezofagal reflyuks borligidan dalolat berishi mumkin, qizilo'ngachga qaragan diafragma teshigining churrasi ana shunday reflyuks boshlanishiga olib keladi.

Klinik jihatdan davolash yo'tal, shu bilan bir vaqtda dispeptik simptomlar (zarda qaynashi, kekirish) va reflyuksezofagitning boshqa belgilari bo'lishi mumkin.

Bemorning uyqu oldidan ovqatlanib olish odati va vaznida ortiqchalik borligi bu dard uchun xos bo'lib, diagnoz rentgenologik va ezofagogastroskopik tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi kerak. Rentgenologik tekshirishda bariyning me'dadan qizilo'ngachga qaytib chiqishi kuzatiladi.

Bronxial astma davosi dasturi

Astmaga qilinadigan davolash klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini yaxshilash va kasallik ustidan nazorat olib borishga erishishni ko'zda tutadi. Bemorni davolash yo'nalishlari quyidagilardan iborat:

- surunkasiga davom etib kelayotgan simptomlar jumladan, kasallikning tungi xurujlarini eng kam darajaga tushirish yoki umuman bartaraf etish;

- xastalikda shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiladigan hollar bo'lmasligi;

- β_2 -agonistlarga bo'lgan ehtiyojni eng kam darajaga tushirish yoki umuman yo'qotish;

- jismoniy faollik, jumladan sport bilan shug'ullanishni cheklab qo'yishga barham berish;

- PEF ko'rsatkichlarining kecha-kunduz mobaynidagi o'zgarishlarining 20 foizdan kam bo'lishi;

- PEF ko'rsatkichlarining normal yoki normaga yaqin bo'lishi;

- dori preparatlari nojo'ya ta'sirlarining eng kam darajada yuzaga chiqishi yoki umuman bo'lmasligi.

Intermittiv astmani nazarda tutmaganda, har qanday og'irlik darajasiga ega astmani, faqat o'tkir bronxospazm va unga bog'liq simptomlarni yo'qotishga qaratilgan davodan ko'ra, yallig'lanishni kamaytirib, uni qaytarishga qaratilgan davo bilan nazorat qilib borish ko'proq naf beradi.

Quyida keltirilgan dasturdan foydalanib, astma ustidan samarali nazorat olib borishga erishish mumkin:

Bronxial astmani davolashda bemorlarni birgalikda harakat qilishga o'rgatish, klinik va funksional simptomlarga qarab astma og'irligini aniqlash va monitorlash holatini o'rganib chiqish, xavfli omillar ta'siridan xoli bo'lish yoki ular ustidan nazorat olib borish, har bir bemorning o'ziga yarasha davo rejalarini ishlab chiqish kabi tadbirlarni olib borish maqsadga muvofiqdir. Kasallik qo'zib qolganida unga qilingan davo rejasini tuzish va bemorni muntazam kuzatib borishni ta'minlash katta ahamiyatga egadir.

Dori-darmonsiz ikkilamchi tartibda olib boriladigan profilaktika chog'ida bemorlarga xavf soluvchi omillardan imkon qadar xoli bo'lishiga ko'maklashish lozim. Bu esa bronxial astmaning qo'zib qolishiga sabab bo'ladigan triggerlar, kasallik xavfni soluvchi boshqa omillarni o'z vaqtida topish va ularni butunlay istisno qilish, bemorlarning dori-darmonlarga bo'lgan ehtiyojini qisqartirish imkonini beradi.

Dori-darmonlar bilan qilingan davo

Bronxial astma ustidan nazoratga erishish va uning hurujini oldini olish maqsadida bemorni dorilar bilan qadam-baqadam va uzoq davolab borish rejalarini ishlab chiqishga amal qilish zarur.

Bronxial astmada yallig'lanishga qarshi vositalar va ta'siri uzoq davom etadigan bronxodilatatorlar, yallig'lanishga qarshi preparatlar keng qo'llaniladi. Jumladan, ingalyatsion glyukokortikosteroidlar hozir astmaning o'tishini nazorat qilib borish uchun hammadan ko'p naf beradigan preparatlardan hisoblanadi. Shoshilinch yordam preparatlari qatoriga ta'siri qisqa muddat davom etadigan b2-agonistlar kabi bronxodilatatorlar kiradi, ular bronxospazm va shu bilan bog'liq yo'tal, ko'krak qafasining qisilayotganidek bo'lib sezilishi va hushtakli xirillashlarni tez bartaraf etadi. Yuqorida qayd etilgan preparatlar vaziyatga qarab ishlatiladigan yoki «qutqaruvchi» dorilar deb ataladi.

Ingalyatsiyalar. Dorini ingalyatsion asbob (dozalangan aerazol ingalyator) orqali yuborish uning to'g'ridan-to'g'ri bronxial daraxt ichiga tushishini ta'minlaydi, shunga ko'ra preparat kichik dozalarda buyurilgan bo'lsa ham, klinik natijasi tez yuzaga chiqadi. Ingalyatsion preparatlar ichiladigan tabletkalar holidagi dorilardan ancha afzaldir, chunki ularning

nojo'ya ta'sirlari juda kam bo'ladi. Hozir ingalyatsiya uchun alohida yasalgan asboblarga tobora ko'proq ishlatilmoqda. Bu dori moddasi bemor kishining nafas yo'llariga faol holda o'tadigan kukun yoki quruq upa ko'rinishida bo'ladi. Odatdagi aerosol ingalyatorlarda propellant-freondan foydalaniladi. Lekin uning o'zi tajovuzkor trigger bo'lib, bronxial daraxt shilliq pardasiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shunga ko'ra hozir boshqa tur freonsiz preparatlar ishlatilmoqda. Ular «EKO» yoki «N» belgilar bilan ajralib turadi.

1. Folgadan yasalgan diskning to'rtta pufakchasida kukun (quruq aerosol) ko'rinishida dozalangan bo'ladi. Preparat bemorning chuqur nafas olishi natijasida bronxga tushadi. Bular dikxallerlar deb ataladi.

2. Speyser-ballon, bemor shu ballondan asta nafas oladi, shunda mayda aerosol dori zarrachalari bronxga osongina tushadi. Bu asbob pediatriyada muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

3. Autoxaller bu asbob nafas bilan olinadigan ingalyatsiyani va bronxlarga tushadigan dori miqdorini sinxron ravishda to'g'rilab boradi.

4. Turboxaller asbobi yordamida aerosollar kukun ko'rinishida bronxlarga tushadi va dorining og'iz bo'shlig'ida qolib ketish ehtimoli nihoyatda kam bo'ladi.

Quruq kukunli spinxallerlar, diskxallerlar, speysierlarning amaliyotga joriy etilishi yaxshi natijalarga olib keldi, biroq nafasining maromi buzilgan bemorlarda, yosh bolalarda birdan nafas qisib qolgan hollarda, asabiy-ruhiy o'zgarishlar mavjud bo'lgan paytlarda ularni ishlatib bo'lmasligi ham aniqlandi.

Eritma ko'rinishidagi dorilarni nebulayzer orqali ishlatishning nafi ayniqsa yaxshi bo'lib chiqdi. Nebulayzerlar ishining samaradorligi dori tomchilarining katta-kichikligiga bog'liq. Shuni aytib o'tish zarurki, diametri 8 mG'm dan yirik tomchilar burun halqumda qolib ketadi; diametrining kattaligi 5-8 mG'm atrofdagi tomchilar – yirik bronxlarga tushadi; diametri 5 mG'm dan kichik tomchilar esa mayda bronxlarga yetib boradi. Nebulayzerdagi preparatlarning terapevtik jihatdan yaxshi kor qilishiga zarrachalarning xuddi ana shunday kattalikda bo'lishi yordam beradi. Ingalyatorlar va nebulayzerlar yordamida davolangan bemorlarni bir-biriga qiyos qilib tekshirib ko'rish, nebulayzer ishlatilganida preparatning atigi 2 foizi va ta'sir etadigan dori moddasining faqat 12 foizi og'iz bo'shlig'ida qolib ketishini ko'rsatdi.

Ftziatriya va pulmonologiya ilmiy-tekshirish instituti hamda Toshkent Vrachlar malakasini oshirish instituti pulmonologiya va klinik allergologiya kafedrasining xodimlari bronxial astmali bemorlarni nebulayzer yordamida berodual bilan davolanishning samaradorligini tekshirib ko'rishdi (9-rasm). 412 nafar bemor tekshiruvdan o'tkazildi. Berodual kompressorli Pari Boy

(Germaniya) nebulayzeri yordamida ishlatildi (har safar 0,5 mg dan 2 mg gacha dozada). Nebulayzer yordamida ishlatilgan preparat dozasi oshirilishi bilan kasallik klinik simptomatikasi tobora kamayib, tezlik ko'rsatkichlarining sinxron tarzda ortib borishi aniqlandi, vaziyatga qarab ishlatilgan preparatlarni qo'llash zaruriyati ancha kamaydi, bemorlarning ahvoli yaxshilanib qoldi (G.T.Uzoqova, A.M.Ubaydullayev, M.A.Yakimova, 1998).

Klinikamizdagi kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, yoshi o'tgan bemorlarda, ayniqsa yondosh yurak kasalliklari bo'lganda atrovent preparatini nebulayzer orqali qo'llash juda yaxshi natijalar berdi, deyarli salbiy asoratlar kuzatilmadi.

Yallig'lanishga qarshi preparatlar

Xromoglikat va unga o'xshash vositalardan foydalanib o'tkaziladigan davolar ustida to'xtalib o'tamiz.

Natriy xromoglikat ingalyatsiyalaridan doimiy suratda foydalanish bronxial astma qo'zishlari sonini kamaytirish, kortikosteroidlar va bronxodilatatorlar dozasi pasaytirish imkonini beradi. Preparatlarni nechog'lik bot-bot ishlatib turish qilinayotgan davoning nafiga bog'liq bo'lib, kuniga o'rtacha 3-4 martani tashkil etadi, keyin uning dozasi asta-sekin kamaytirib boriladi va nihoyat to'xtatiladi. Nedokromil farmakologik aktivligi jihatdan steroidlarga juda yaqin turadi.

Natriy xromoglikat (intal, ifirol, lomudal, kromolin, kropoz, spikas) yallig'lanishga qarshi nosistem ta'sir ko'rsatadigan nosteroid preparat hisoblanadi. Mahalliy tarzda ishlatilganida to'liq hujayralar membranasi barqarorlashtirib, biologik faol moddalar ishlanib chiqishiga yo'l qo'ymaydi. Intal fosfodiesterazaning faolligini susaytiradi (ingibirdaydi), shunga ko'ra hujayra ichida sAMF miqdori ortib, to'liq hujayralar membranasi orqali kalsiy o'tishi qiyinlashadi, bronxlarning nospesifik reaktivligi kamayadi, reflektor bronxospazm susayadi. Intal adrenergik reseptorlarga ta'sir o'tkazib, ularning sezuvchanligini kuchaytiradi va shakli-shamoyilining o'zgarishiga olib keladi.

Intalning ta'siri tez kunda ma'lum bo'ladi. Bu preparat 20 mg dan kapsulalarda (kukun holidi) chiqariladi, spinxaler yordamida ingalyatsiya qilish uchun kuniga 3-4 kapsuladan ishlatiladi. 1 mg li 200 talik ingalyatsiya dozalaridan iborat intal-aerozol preparati ham bor, u 5 mg li 112 talik ingalyatsiya dozasiidan iborat bo'lib, kuniga 3-4 mahal 2 martadan ingalyatsiya qilib turiladi. Ingalyatsiya qilish uchun 20 mg moddaning va 2 ml suvdagi eritmasi bo'lgan intal ampulalari kuniga 3-4 mahal 1 ampuladan maxsus purkagich orqali ishlatiladi. Preparat ishlatilishni

to'xtatishda dozasi asta-sekin kamaytirib boriladi. Nojo'ya ta'sirlar (tomoq achishishi, yo'tal, bronxospazm)ning oldini olish uchun intalni ingalyatsiya qilishdan avval bronxodilatatorlardan foydalanish o'rindir.

Aralash, ya'ni omuxta kombinatsiyalangan preparatlar uch tomonlama ta'sir ko'rsatadi, chunki ularning tarkibiga yallig'lanishga qarshi va bronxolitik moddalar kiradi. Ana shunday preparatlar omuxtasi bronxolitik, yallig'lanish va allergiyaga qarshi ta'sirga ega bo'ladi. Ular bronxial astmaning birdan tutib qolgan xurujlari vaqtida ham va unga uzoq muddat davo qilib borish kerak bo'lganda ham ishlatiladi.

Aerokom – 1 mg natriy kromoglikat va 100 mkg/doza salbutamol dan iborat.

«Ron Pulen» firmasining Intal plyus preparati tarkibida 1 mg kromoglicinat kislotasi, 100 mkg salbutamol bor.

Ditek – «Boehringer Ingelheim» firmasining preparati bo'lib, 1 mg natriy kromoglikat va 50 mg fenoteroldan iborat. U kuniga 4 mahal 2 martadan purkab turish uchun buyuriladi, homiladorlik va emizikli davrlari uni ishlatishga monelik qilmaydi.

Natriy nedokromil-tayled «Ron Pulen» firmasi tomonidan ishlab chiqariladi. Bu yallig'lanishga qarshi preparat bo'lib, ingalyatsion yo'li bilan ishlatilganida bronxospastik reaksiyalar boshlanishiga yo'l qo'ymasligi jihatidan intalga qaraganda 4-10 baravar kuchliroq ta'sir ko'rsatadi. Ta'sir mexanizmi yallig'lanishga aloqador turli hujayralardan ajralib chiqadigan aktiv moddalarning faollashuviga to'sqinlik qilish bilan bog'liq. Preparat antigenlar, fizik va kimyoviy omillardan himoya qiladi, shuningdek neyrogen ta'sirlariga qarshilik ko'rsatadi. Tayled allergik va noallergik bronxial astmada yaxshi naf beradi, uzoq muddat ishlatiladi, ta'siri asta-sekin oshib boradi. Bu preparat bilan davolashda qisqa muddat ta'sir ko'rsatadigan bronxolitiklarni ishlatishdan voz kechish va kortikosteroidlar dozasini kamaytirish imkoni paydo bo'ladi. Preparat 2 ml li aerozollar ko'rinishida chiqariladi va 112 ingalyatsion dozadan iborat bo'ladi. Kuniga 2 mahal 2 martadan ingalyatsiya qilib turish uchun buyuriladi.

Zaditen (ketotifen, pozitan) preparati allergik reaksiyalarning patokimyoviy va patofiziologik bosqichlariga ta'sir o'tkazadi. Bronxial astma va o'pkaga aloqador bo'lmagan allergik reaksiyalarda ayniqsa yaxshi kor qiladi. Uni profilaktik vosita tariqasida ishlatish lozim. Preparatni qabul qilib turish bemorlarning β_2 -adrenomimetik moddalar va teofillinga bo'lgan ehtiyojini kamaytirishga olib keladi. Uni 3-6 oy mobaynida uzluksiz ishlatib boriladi. 1 mg li tabletkalar holida ham chiqariladi. Odatdagi dozasi 2 mg. Zarur bo'lganda dozasini kuniga 4 mg gacha oshirish mumkin.

Glyukokortikosteroidlar

Glyukokortikosteroidlar (GKS) bronxial astma davosida juda muhim o‘rin tutadi. Ularning kuchli shifobaxsh ta‘siri bronxial astma patogenezining turli halqalariga kor qilishiga bog‘liq. Bu preparatlar epitelial va endotelial hujayralarning o‘tkazuvchanligini susaytirib, shilliq parda shishini kamaytiradi. Steroidlar hujayra membranasiga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta‘sir o‘tkazib, gistamin sintezini cheklab qo‘yadi, sAMF ko‘payib borishiga yordam beradi hamda T-limfotsitlar subpopulyatsiyasiga ta‘sir o‘tkazadi.

Bu preparatlar bilan davolashni ularning ingalyatsion xillarini buyurishdan boshlash kerak. Glyukosteroidlarni mahalliy tarzda (ingalyatsion yo‘l bilan) ishlatish gormonlar ichishni cheklashga imkon beradi, asoratlar ro‘y berishini kamaytiradi.

Beklametazon dipropionat (beklamed, aldesin, bronxokort, beklazon, beklkort, bekotid va hokazo). 50, 100, 200 va 250 mkg dan dozalangan aerzollar. Beklametazonlarning boshqa vakillari ham bor. Nebulayzerda ishlatish uchun tarkibida 50 mkg preparat bo‘ladigan 1 ml eritmalari qo‘llaniladi, diskli shakllari (bekodisklar) «Diskxayler» ingalyator yordamida 100 va 200 mkg dan ingalyatsiya qilinadi. O‘rtacha dozasi kuniga 200-400 mkg ni, bronxial astmaning og‘ir hollarida, 1000-2000 mkg ni tashkil etadi.

Ushbu guruhning eng ta‘sirchan preparatlari quyidagilardir:

Beklokort «Polfa» firmasi (Polsha) preparati dozalangan aerzol, tarkibida 80 yoki 250 mkg li 200 ta doza bor. Bu kuchli sintetik glyukokortikoid bo‘lib, allergiya va yallig‘lanishga qarshi ta‘sirilariga ega, uzoq muddat ishlatib borish uchun mo‘ljallangan. Kuniga 400 mkg dan 1200 mkg gacha buyurish tavsiya etiladi.

Aldesin – «Shering Plau» (AQSH) firmasi tomonidan dozalangan aerzol ko‘rinishida 200 dozadan chiqariladi (1 dozasi 50 mkg preparat bo‘ladi). Kasallik klinik belgilarining og‘ir-yengilligiga qarab, preparat kuniga 800-1200 mkg dan buyuriladi. U yallig‘lanish jarayonining hamma bosqichlarini chegaralash hisobiga, yallig‘lanishga qarshi kuchli ta‘sir ko‘rsatadi. Davo kursi boshlangan vaqtdan hisoblanganda ta‘siri 5-8 kundan keyin ma‘lum bo‘ladi. Rezorbtiv ta‘siri yo‘q va buyrak usti bezlari funksiyasini susaytirmaydi. Klinikamizda 100 dan ortiq bemorlarda bu preparatni qo‘llab, yuqorida aytilgan natijalarni oldik.

Beklozon 100, 250 IVAX firmasi, Ingakort (flunizolid) 120 dozadan iborat 1 mg li aerzol. U uzoq ta‘sir ko‘rsatadigan preparatdir, shuning uchun u kuniga 2 mahal ishlatiladi. Bu preparat «Boehringer Ingelheim» firmasi tomonidan ishlab chiqariladi va bronxial astmaning yallig‘lanishga

aloqador jihatlarni nazorat qilib boradigan samarali vosita hisoblanadi. Ingakort qo'shimcha preparatlarga bo'lgan ehtiyoj va nojo'ya ta'sirlar ro'y berish xavfini kamaytiradi. Bu preparat ingalyatsion steroid bo'lib, uning uchun maxsus speyser ishlab chiqilgan. Odatda, 2 mahal – ertalab va kechqurun 2 martadan purkab turish uchun buyuriladi; kasallik og'ir o'tganida dozasi oshirilib, har safar 4 martagacha purkab turish tavsiya etiladi.

Ingakort uzoq muddat, ya'ni 2-3 oylab, ba'zan esa hatto ko'p yillar davomida ishlatib borish uchun buyuriladi va shunda ham nojo'ya asoratlari juda kam kuzatiladi. Institutimiz pulmonologiya bo'limining katta ilmiy xodimi G.T.Uzoqovanning tekshirishlari ingakort avvallari glyukokortikoidlarni ishlatmagan bemorlar tomonidan bir marta ishlatilganida ham bronxlar giperreaktivligini aniq-ravshan kamaytirishga yordam berishini ko'rsatdi.

Budesonid forte (Glaxo Wellcome) – dozalangan aerosol. Har bir dozasi 200 mkg budesonid bor. Ballonchasida 200 ta doza bo'ladi.

Pulmikort (Astra) – budesonid. Nebulayzer yordamida ingalyatsiya qilinadigan suspenziya. Har millilitrida 0,125 mg; 0,25 mg; 0,5 mg dan budesonid bor. O'ramida 20 dona 2 ml li konteynerlar bo'ladi.

Pulmikort turbuxaler (Astra) – ingalyatsiya qilinadigan quruq kukun. 100 mkgG'doza, 200 dozadan iborat.

Benakort (ZAO «Pulmomed», Rossiya) – budesonid. Ingalyatsiya qilish uchun ishlatiladigan quruq kukun, har dozasi sikloksalerga joylangan 200 mkg preparat bor, tashuvchi kukun tariqasida mukolitik, fungitsid va antiseptik ta'sirga ega bo'lgan natriy benzoat (9,8 mg) dan foydalanilgan, 200 dozadan iborat.

Fliksotid (Glaxo Wellcome) – ingalyatsiya qilish uchun dozalangan aerosol, tarkibida 50; 125; 250 mkg. dan flyuktikazon bor. Ballonchasida 60 ta doza bor. Ingalyatsiya qilish uchun fotodisklarga joylashgan kukun, fotodiskda 4 ta doza bo'ladi, har bir doza 50, 100, 350 mkg flyuktikazonga ega, o'ramida diskxalerli 15 ta fotodisk bo'ladi.

Flovent-rotodisk (Glaxo Wellcome) – 50 mkg dan. Bu preparat rotoxaler yordamida ishlatiladi.

Ingalyatsion kortikosteroidlar ta'siri zo'r bo'lsa-da, lekin kasallik xuruj davrida ularning roli cheklangan. Shu tufayli og'ir holatlarda aksari sistemalarga ta'sir ko'rsatuvchi parenteral kortikosteroidlar qo'llaniladi. Gormonlar bilan davolashning asosiy qoidasi preparatlarni avval boshdan yuqori dozalarda (kasallikning og'irlik darajasiga mos holda) buyurilib, keyin asta-sekin kamaytirib borishdir, lekin 2 hafta ichida olib tashlash yoki kamaytirish kerak.

Sistem glyukokortikoidlar

Gidrokortizon gemisuksinat («Gedeon Rihter» firmasi, Vengriya). Venaga va muskullar orasiga yuboriladi, bir martalik dozalari 50 mg dan 300 mg ni tashkil etadi, bir kunlik dozasi esa, 1200-1500 mg ga yetishi mumkin.

Prednizolon. Eritma ampulalarda 30 mg. Venaga va muskullar orasiga yuboriladi. Kuniga 60 mg dan 300 mg gacha ishlatish mumkin. 5 mg li ichiladigan tabletkalari ham bor. Davo kuniga 20-30 mg preparat ishlatishdan boshlanadi, ta'siri bilanganidan keyin dozasi asta-sekin kamaytiriladi.

Urbazon (metilprednizolon, metipred) ta'siri jihatdan prednizolonga yaqin. Tabletkasida 4 mg dan preparat bo'ladi. Kundalik dozasi 12-40 mg bo'lib, keyin dozasi kamaytiriladi va ta'sirini quvvatlab turadigan miqdorda beriladi. Eriydigan quruq kukun shaklida va 20-40 mg li ampulalar holida ham chiqariladi. Kukunni ishlatish oldidan fiziologik eritmada eritiladi.

Triamsinolon (kenokort, polkortolon) – «Polfa» firmasi (Polsha) tomonidan 4 mg li tabletkalar holida chiqariladi, kundalik dozasi 8-16 mg.

Deksametazon – yallig'lanish va allergiyaga qarshi ta'siri hammadan kuchli. 0,5 mg li tabletkalar holida chiqariladi.

Seleston va uzoq ta'sir qiluvchi diprospan «Shering Plau» bu – beklametazon guruhidagi gormon bo'lib, eng asorati kam va buyrak usti beziga kam ta'sir qiluvchi preparatdir. 4 mg-1,0 mg li tabletkalar va eritma holida chiqariladi.

Kenalog-40 – ta'siri uzoq davom etadigan triamsinolon preparati. Muskullar orasiga 40-80 mg miqdorida yuborilganida yetarlicha shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi va shu ta'siri davo kursining 3-4 haftasi davomida saqlanib turadi. Necha marta va qancha vaqt oralab turib inyeksiya qilish kerakligi individual, har bir bemorning o'ziga qarab belgilanadi.

Triamsinolon va deksametazonlarni, prednizolon nojo'ya ta'sir ko'rsatadigan yoki kor qilmay qolgan hollarda ishlatish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Gormonlar bilan astoydil davo qilib borilgani holda kasallik simptomlari va eozinofiliyaning saqlanib qolaverishi, bemorlarda shu guruhdagi preparatlarga chidamlilik (rezistentlik) borligidan darak beradi. Bunday hollarda preparatlar guruhini almashtirish yoki ularni odatdagidan «Puls-terapiya» usulida yuqoriroq dozalarda buyurish kerak.

Sistem steroid gormonlarning nojo'ya ta'sirlari bo'ladi: Itsenko-Kushing sindromi, giperglikemiya, kalsiy ajralishining ko'payishi, osteoporoz, suv almashinuvining buzilishi, «steroid» toshma-

yarachalarning paydo bo'lishi, giperkoagulyatsiyaga, infeksiyalarga moyil bo'lib qolish va boshqalar ana shular jumlasidandir. Bunday asoratlarni kamaytirish uchun bemorga mos tushadigan parhez ovqatlar va davo vositalarini buyurish zarur. Lekin eng asosiy gormonlar kursi mumkin qadar qisqa bo'lishi kerak.

Bronxodilatatorlar

Bu guruh dorivorlarning hujayra ichidagi sAMF konsentratsiyasini oshiradigan va sGMF miqdorini kamaytiradigan turlari bronxial astmaga davo qilishda juda muhim o'rin tutadi, chunki ular bronxlarni ancha kengaytirish, ya'ni faol bronxodilatatsiyani ta'minlash xususiyatiga ega bo'ladi. Bulardan quyidagilar hammadan katta ahamiyatga ega: 1) adrenergik reseptorlarni jonlantiruvchi preparatlar – simpatomimetiklar; 2) antixolinergiklar, xolinolitik vositalar; 3) metilksantinlar – bronxlarning silliq muskullariga ta'sir o'tkazadigan preparatlar.

Simpatomimetiklar – adrenergik reseptorlarga yaqinlik darajasiga ko'ra hamma simpatomimetiklar uch guruhga bo'linadi: alfa va beta-adrenoreseptorlarni qo'zg'atuvchi moddalar, asosan beta-1 va beta-2 reseptorlarni qo'zg'atuvchi moddalar, beta-2 reseptorlarni tanlab qo'zg'atuvchi moddalar. Bronxial astmaga davo qilishda so'nggi guruh preparatlar afzal ko'riladi, chunki ularning nojo'ya ta'sirlari juda ham kam bo'ladi.

Adrenalin – darhol ta'sir ko'rsatadigan preparat hisoblanadi. U bronxial astma xurujlarini shoshilinch ravishda bartaraf etish uchun ishlatiladi. Kasallik xuruji gipotoniya bilan kechayotganda bu preparat yangi sintetik preparatlardan ko'ra ancha afzaldir, chunki bir yo'la arterial bosimni ham ko'taradi. Preparat 0,1 foizli eritma holida 0,3 - 0,5 ml dan teri ostiga yuboriladi. Adrenalin qisqa muddat ta'sir ko'rsatib turadi. Organizmga ta'sirining salbiy tomoni – ham alfa, ham beta reseptorlarni faol holga keltirib qo'yishidir. Bu ayrim asoratlarga olib borishi mumkin. Undan tashqari gipertoniya, yurak ishemiyasi kasalliklarida, tireotoksikozda, qandli diabet va homiladorlik davrida adrenalinni ishlatib bo'lmaydi.

Efedrin gidrokslorid – birmuncha uzoqroq ta'sir ko'rsatib turadigan, ammo faolligi kamroq vositadir. Ushbu preparatning ta'sir mexanizmi monoaminooksidaza fermentini qayta bo'g'ib qo'yishdan iboratdir, shuning natijasida adrenalin bilan noradrenalinning nofaol holga kelish jarayoni to'xtab qoladi, boshqacha qilib aytganda bu preparatni adrenalindan keyin bemalol ishlatish mumkin. Bundan tashqari efedrin beta-2 reseptorlarini jonlantiradi. Uni poroshok va tabletkalar holida 0,025 – 0,05 g dan kuniga 2-3 mahal ichish uchun, 5 foizli eritmasini 0,5 ml dan venaga yoki muskullar orasiga yuborish uchun tavsiya etiladi.

Nojo'ya ta'sirlari uyqusizlik, yurak faoliyatining tezlashishi, ekstrastoliya, ayrim hollarda ruhiy o'zgarishlar ham bo'lishi mumkin.

Izadrin (izoprotenerol, euspiran, novodrin) beta-1 va beta-2 reseptorlarini jonlantiradi, 0,5-1 foizli eritmasi 0,1-0,2 ml dan kuniga 3-4 marta ingalyatsiya qilish uchun ishlatiladi. Novodrin va euspiran 25-100 ml dan flakonlarda chiqariladi. Bitta ingalyatsiyaga 0,5-1 ml preparat ishlatiladi. Til ostiga qo'yish uchun 0,5 mg li tabletkalar holida ham chiqariladi. Bu dorining ta'siri qisqa muddat davom etadi, preparatning yurak muskuliga salbiy ta'sir ko'rsatishiga aloqador hollar ancha ko'p uchraydi (taxikardiya, ekstrastoliya).

Orsiprenalin (alupent, astmopent, ipradol) – beta-2 reseptorlarni tanlab jonlantiruvchi preparat. Dozalangan ingalyatorlar (0,75 mg dan 400 doza), tabletkalar (20 va 10 mg dan), ampulalar (0,05 foizli eritmasidan 1 ml li ampulalar) holida chiqariladi. Ta'siri 3-5 soat davom etib turadi. Qattiq nafas qisishi xurujlarini to'xtatish uchun ham ishlatiladi.

Terbutalin (brikanil) – yuqori darajada tanlab ta'sir ko'rsatadigan beta-2 agonist, ingalyatorlar (har bir dozasida 0,25 mg preparat bo'lib, 200 dozadan iborat), tabletkalar (2,5 mg li), ampulalar (1 ml dan 0,5 mg) ko'rinishida chiqariladi.

Salbutamol (albuterol, ventolin) «Polfa» (Polsha va Buyuk Britaniya) firmalari tomonidan chiqariladi. «Boehringer Ingelheim» firmasi preparatning dozalangan aerozollarini (0,1 ml dan 200 doza), 2 va 4 mg li tabletkalari, diskli shaklda («diskxayler» yordamida ingalyatsiya qilish), 200 va 400 mgk dozalaridagi quruq kukunli vento-disklarni ham chiqaradi. Nafas qisish xurujini to'xtatish uchun preparatni goh-gohida ingalyatsiya qilish tavsiya etiladi. Uni kuniga 2-4 tabletkadan ichib turish esa kasallik xurujlari oldini olishga yordam beradi.

Salben (ZAO «Pulmonologiya») – ingalyatsiya qilish uchun ishlatiladigan quruq upa (salbutamol), sikloxalerda 200 dozadan bo'ladi (har bir dozasida 200 mkg preparat bor).

Berotek (fenoterol) – 0,2 va 0,1 mg li 300 dozaga bo'lingan aerazol, «Boehringer Ingelhaeim» va «Polfa» (Polsha) firmalari tomonidan chiqariladi. Uzoq (7-8 soat davomida) ta'sir etadigan bo'lgani uchun bu preparat adrenoreseptorlarni jonlantiradigan boshqa vositalardan ustun turadi. U hammadan yaxshi kor qiladigan va kam zaharli ta'sirga ega preparat hisoblanadi.

Shu guruhga kiradigan, lekin uzoq ta'sir ko'rsatadigan yangi ingalyatsion preparatlar jumlasida salmeterol – ta'siri 12 soatgacha davom etadigan, 25 mkg dan 120 ta dozali ingalyator (Glavo, Buyuk Britaniya) va formaterol (24 va 48 mkg) – ta'siri 12 soat davom etadigan ingalyator ham bor.

Foradil (Novartis) ingalyatsiya qilish uchun ishlatiladigan quruq upa. 1 kapsulasida 12 mkg preparat bo'ladi. U 12 soat davomida ta'sir ko'rsatib turadi.

Cerevent (Glaxo Wellcome). Ta'siri 12 soat davom etadigan va dozalangan aerosol. Bir dozasi 25 mkg salmeterol bo'ladi.

Beta-2 reseptorlarni jonlantiruvchi preparatlar yaxshi kor qiladigan va nojo'ya ta'siri kam bo'lishiga qaramay ularni nazoratsiz surishtirmasdan ishlataverish yaramaydi. Bu preparatlarga ruju' qilinganda beta-2 reseptorlar blokadasini boshlanishi yoki kuchayishi mumkin. Yoshi qaytib qolgan bemorlar, yurak ishemiyasi kasalligi, gipertoniya kasalligi bilan og'rigan bemorlar, talvasa tutib qolishiga moyil bo'lgan va tireotoksikozga uchragan kishilarda bu preparatlarni ishlatishdan ehtiyot bo'lish talab etiladi.

Antixolinergik vositalar bronxial astmaning davosi uchun xolinolitiklar ishlatishning natijasi bronxlar obstruksiyasining shakllanishida parasimpatik nerv sistemasining qanchalik rol o'ynashiga bog'liq. Bu guruh preparatlarning asosiy vakillari atropin va uning analoglaridir. Lekin bu vositalar deyarli ishlatilmaydi, chunki ularning nojo'ya ta'sirlari juda ko'p (bronxial bezlar sekresiyasini keskin kamaytirib, shilliq pardalarni quritib qo'yish, balg'amni quyuqlashtirish va boshqalar). Hozir atropinning sistemaga aloqador nojo'ya ta'sirlaridan holi bo'lgan aerosol derivatlari keng qo'llaniladi.

Atrovent (ipratropium bromid) – «Boehringer Ingelhaeim» firmasi tomonidan chiqariladigan samarali antixolinergik bronxodilatator asosan mahalliy ta'sir ko'rsatadi. Har safar 20 mg dan ingalyatsiya qilinganida 300 dozaga mo'ljallab hozirlangan aerosol. Bemorlar uni 20-40 mg dan kuniga 3-4 mahal ishlatishlari mumkin. Parasimpatik impulslar kelib turishini susaytirib qo'yishi sababli preparat bronxlarni kengaytiradi, chunki u atsetilxolinning antogonisti bo'lib, to'g'ridan-to'g'ri reseptorlarda atsetilxolin bilan raqobatlashadi. *Atrovent* shilliq pardalar orqali juda kam so'riladigan bo'lgani uchun sistemaga nojo'ya ta'sir ko'rsatish xususiyati yo'q. Shuning uchun uni yurak-tomir sistemasi kasalliklari bor bemorlarga ishlatish mumkin. Dilatatsion ta'siri asta-sekin boshlanib boradigan bo'lgani uchun *atrovent*ni profilaktik vosita tariqasida buyurish tavsiya etiladi. Bu preparatni klinikamizda nebulayzer apparati yordamida bronxial astmaning og'ir turlarida ishlatilib juda yaxshi natijalar olinganini ta'kidlash o'rindir (G.T.Uzoqova, 1998).

Troventol – («Orion» firmasi, Finlyandiya) – 70 mkg dan dozalangan aerosol. Ta'sir mexanizmi va samaradorligi jihatidan *atrovent* bilan bir xil. Bu preparat kuniga 3-4 mahal 2 martadan ingalyatsiya uchun buyuriladi.

Berodual – «Boehringer Ingelhaeim» firmasi tomonidan ishlab chiqariladigan aralash bronxolitik, tarkibida *atrovent* (0,02 mg) va berotek

(0,05 g) bor. Mana shu ikkita faol modda bir-birini to'ldirib, sezilarli darajada spazmolitik ta'sir ko'rsatadi. Berodual 300 ingalyatsiyaga dozalangan aerosol ko'rinishida chiqariladi. Xurujni bartaraf etish uchun uning 2 dozasi kifoya. Preparatni kuniga 8 dozagacha ishlatish mumkin. Bu preparatni ham nebulayzer orqali ishlatish juda yaxshi natijalar beradi (G.T. Uzoqova, 1999).

Metilksantinlar. Bronxial astmaning davosi uchun teofillin preparatlari ham keng qo'llaniladi. Ularning ta'siri fosfodiesterazaning tormozlanib qolishiga asoslangan, bu sAMF miqdori oshishiga olib keladi, natijada bronxlar silliq muskullarining qisqaruvchanligi kamayib, ularning kengayishi yengillashadi. Bundan tashqari, ksantinlar endogen katexolaminlar sintezi va ularning ajralib chiqishini kuchaytiradi. Ular tabletka, kapsula va spirtdagi eritmalar holida ichiladi yoki parenteral yo'l bilan yuboriladi. Teofillinning tez ta'sir ko'rsatadigan turlari ham bor.

Teofillin – 0,1-0,2 g dan kuniga 2-4 mahal ichiladi. Eng katta kundalik dozasi – 1,2 g.

Eufillin (aminofillin, diafillin, sintofillin) – tabletka yoki kapsulalar holida 0,1-0,15 g dan kuniga 2-3 mahal ichish uchun buyuriladi. 24 foizli eritmasi 1-1,5 ml dan yoki 12 foizli eritmasi 2-3 ml dan muskullar orasiga yuboriladi, venadan yuborish uchun preparatning 2,4 foiz eritmasi ishlatiladi. Uni asta-sekin 400-500 ml fiziologik eritma yoki 5 foizli glyukoza eritmasiga aralashtirib, 2-3 soat davomida tomirga yuborish kerak. Preparatning eng katta kundalik dozasi 1,5-2 g.

Teofillinlar ishlatilganida ularning qon zardobidagi miqdorini 10 yoki 15 mkg/ml atrofida saqlab borish muhim deb hisoblanadi, shunda nojo'ya ta'sirlar ehtimolini juda kamaytirib, sezilarli darajadagi bronxolitik ta'sirga erishsa bo'ladi.

Davolash ko'p vaqt davom etadigan hollarda uzoq muddat ta'sir ko'rsatadigan preparatlarni ishlatish o'rinlidir. Bular kuniga 1-2 marta beriladi. Ayni vaqtda dori moddasining qondagi miqdori 12-24 soat davomida bir xilda saqlanib turadi. Teofillinlarning bu guruhi tabletka yoki kapsulalar holida chiqariladigan preparatlar guruhiga mansub bo'lib, teodur, teotard, durofillin, teopek, retafil, tiobiolong shular jumlasiga kiradi. Bular 12 soat davomida ta'sir etib turadi, unifillin, eufilong esa kuniga 1 marta ishlatiladi, ya'ni ularning ta'siri 24 soatgacha davom etadi.

Teofillinning nojo'ya ta'siri taxikardiya, talvasa tutib qolishi, qo'zg'alish, qorinda og'riq paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Yurak-tomirlar sistemasi tomonidan yurak faoliyati maromi (ritmi) ning buzilishi, gipotoniya holati boshlanishi mumkin. Uzoq ta'sir ko'rsatadigan preparatlar bunday hodisalarga sabab bo'lmaydi.

Bronxial astmali bemorlarga kompleks davo qilishda gistamiga qarshi preparatlar H_1 -reseptorlarning blokatorlari ham qo'llaniladi. Bularni bemorda allergik reaksiyalar o'pkadan tashqarida bo'ladigan hollarda ishlatish tavsiya etiladi. Dimedrol, fenkarol, suprastin, pipolfen, tavegil, gistaglobulin va boshqa preparatlar shular qatoriga kiradi.

Bronxial astmaga davo qilishda so'nggi vaqtlarda kalsiy antogonistlaridan foydalanish keng rasm bo'ldi. Bular kalsiy ionlarining miofibrillarga o'tishiga to'sqinlik qiladi va shu tariqa bronxlar muskullarining qisqarishiga yo'l qo'ymaydi. Bundan tashqari, ular to'liq ho'jayralarning biologik faol moddalar ishlab chiqarishini kamaytiradi.

Yuqorida keltirilgan bronxial astmani davolashda qayd etilgan preparatlardan tashqari immun holatni yaxshilashga qaratilgan preparatlar ham qo'llaniladi. Ularga organizmning immun tizimiga ta'sir o'tkaza oladigan immunodepressiv xislatli sitostatiklar (azotioprin, 6-merkaptopurin) kiradi. Bu dorilar bronxial astmaning avj olishida autoimmun jarayon ustun bo'lgan hollarda ishlatiladi. Dastlabki uch kun davomida sitostatik preparat kuniga 50 mg dan buyuriladi. So'ngra leykopeniya va trombositopeniya kuzatilmasa, uning kundalik dozasi 100 mg gacha yetkaziladi va yaxshi natija olinganda, davoning oxirigacha saqlab boriladi. Qonda asoratlar, ichki a'zo va ayrim sistemalarda og'ir o'zgarishlar kuzatilganda bu preparatlar ishlatilmaydi.

Immunostimulyatorlar jumlasiga timalin, T-aktivin, timozin, timogen, immunomodulin va boshqalar kiradi. Ularning ta'siri immunitetning T-hujayra halqasini «tiklash» ga qaratilgan. Shunga ko'ra preparatlar bronxial astmaning infeksiyaga bog'liq xilida hammadan yaxshi ta'sir qiladi.

Immunomodullovchi preparatlarni bemorning immun statusi tahlil qilib ko'rilganidan keyin buyurish kerak. Hozir vaksinali immunomodulyatorlar – bronxomunal, ribomunil, IRS-19 hammadan ko'ra ko'proq ishlatiladi. Bular mikroblar ishtirokida olinadigan preparatlardir.

IRS-19 (Solvay Pharma, Germaniya) – vaksinaga o'xshab ta'sir ko'rsatadigan va juda yaxshi tozalangan bakterial lizatdir. U nafas yo'llarining infeksiyalariga ko'p sabab bo'ladigan 19 ta bakteriya shtammlaridan tayyorlangan. Bu preparat mahalliy immunoterapiya uchun ishlatiladi, u bronxial daraxtdagi spesifik va nospesifik immunitetni kuchaytiradi. IRS-19 aerozol ko'rinishida chiqariladi va yallig'lanish jarayonining og'ir-yengilligiga qarab burunning har bir katagiga kunda 2 - 5 mahal tomizib turiladi.

Leykotriyenlar va leykotriyen preparatlarining antogonistlari

Astma patogenezini qayta ko'rib chiqilayotganligi tufayli tadqiqotchilar ushbu kasallikning boshlanishida yallig'lanish mediatorlarining roliga va shunga muvofiq holda bu kasallik davosi uchun ishlatishga yaroqli yangi dori vositalarini izlab topishga hozir ko'proq qiziqmoqdalar.

Patologik jarayonning avj olib borishida ishtirok etadigan talaygina mediatorlar orasida ularning eng muhimlaridan biri leykotriyenlar (araxidon kislotasi almashinuvida hosil bo'ladigan yog' kislotalari) endilikda juda faollik bilan o'rganiladigan soha bo'lib qolmoqda.

Leykotriyenlar – yallig'lanishni kuchaytirishda ishtirok etadigan qon hujayralari, o'pka parenximasi, boshqa to'qima va a'zolarining hujayralari tomonidan shu a'zolarining har xil kimyoviy, fizik yoki immunologik omillardan ta'sirlanishiga javoban ishlab chiqiladi.

1938-yilda Feldbery va Kelway birinchi bo'lib dengiz cho'chqachalarining o'pka parenximasidan bronxlarni juda toraytiradigan (kuchli bronxokonstriktorlik ta'sirga ega) moddani ajratib olishdi. O'sha vaqtlarda asosiy yallig'lanish mediatorini gistamin deb hisoblanar, astmaning avj olib borishida aynan uni yetakchi o'rinda turadi, deb baholashar edi. Biroq bu modda ta'siridan boshlangan bronxokonstriksiya o'sha paytlarda ma'lum bo'lgan, gistamining qarshi preparatlar ta'siridan barham topmasligi ma'lum bo'ldi, bu esa tadqiqotchilarga ajratib olingan substratning kimyoviy tabiati boshqacha bo'lishini taxmin qilish imkonini berdi. Shu tufayli yangi topilgan modda darhol har tomonlama o'rganilib, keyinchalik asta-sekin ta'sir etadigan anafilaksiya substrati deb ataladigan bo'ldi. Uning tarkibiy qismi leykotriyenlar mustaqil yallig'lanish mediatorlar sinfi ekanligi 70-yillarning oxirlariga kelib aniqlandi (Bengt Samuelson, 1979). Bu kashfiyot leykotriyenlar (LT) va ularning farmakologik faolligini o'rganishni boshlab berdi. Leykotriyenlarning uchta – LT»S», LT»D» va LT»E» fraksiyalari aniqlanib, bular yon zanjirlarida sistenil guruhi borligiga qarab sistenil leykotriyenlar degan umumiy nom oldi.

Ta'sir mexanizmi. Hozirgi vaqtda astma xuruji paytida boshlanadigan yallig'lanishning avj olib borishida ishtirok etadigan talaygina mediatorlar borligi aniqlangan – faollashtiruvchi trombositlar omil, gistamin, prostaglandinlar va boshqalar shular jumlasidandir. Bular orasida leykotriyenlar yetakchi o'rin tutadi.

Leykotriyenlarning manbalari, peritoneal va alveolyar monotsitlar, qondagi neytrofillar, monotsitlar hamda eozinofillar, to'liq hujayralar va turlicha sensibilizatsiyalangan o'pkalarning tizimidir. Qo'zg'atuvchi omillar ta'siri natijasida bu hujayralar faollashib, degranulyatsiyaga uchraydi va o'z navbatida hujayra membranalarining fosfolipidlariga ta'sir

o'tkazadi. Ana shunday ta'sir natijasida araxidon kislotasi ajralib chiqadi, keyin u 5-lipoksigenaza ta'siri ostida «A₄» leykotriyen (LT«A₄») ga aylanadi. LT«A₄» beqaror birikma hisoblanadi va osonlikcha LT«B₄», LT«C₄», LT«D₄», LT«Ye₄» larga o'tadi, LT «C₄» tezda hujayradan tashqari muhitga ajralib chiqib, bu joyda transferazalar ta'sirida LT«D₄» ga aylanadi. Undan plazma, leykotsitlar va to'qimalardagi aminopeptidozalar yoki karbopeptidozalar ta'siri ostida oxir-oqibatda LT«Ye₄» hosil bo'ladi. Bu oxirgi metabolit va u organizmdan siydik va o't bilan katta miqdorlarda ajraladi.

LT«C₄» va LT«D₄» ingalyatsiyalari sog'lom odamlarda ham, astmali bemorlarda ham gistamin va metilxolindan kuchliroq bronxospazmga sabab bo'lishi tajribalardan ma'lum. LT«Ye₄» o'z ta'sir kuchi jihatidan LT «C₄» dan past bo'lsa ham, lekin uzoqroq ta'sir qiladi. Leykotriyenlar bevosita bronxokonstriktor ta'sir ko'rsatishidan tashqari bemorlar ham sog'lom odamlarda balg'am hosil bo'lishini kuchaytirish xususiyatiga ega. Yallig'lanishga qarshi boshqa moddalar, xususan faollashtiruvchi trombositlar omil ajralib chiqishida leykotriyenlarning ishtiroki isbotlangan. Bundan tashqari, leykotriyenlar aspirin astmasi bilan zo'riqish astmasi patogenezi asosiy rol o'ynaydi, deb taxmin qilinadi. Aspirin sezgir bemorlar siydik bilan ko'proq miqdorda LT «E₄», shuningdek aspirin ichilganidan keyin nazal sekret bilan birga LT «C₄» ham ajratib turadilar.

Shunday qilib, yuqorida bayon etilganlardan leykotriyenlar ishlanib chiqishini susaytirib qo'ya oladigan yoki ularga antagonist ta'sirda bo'la oladigan mahsulotlarga nima sababdan katta e'tibor berilayotgani tushunarli bo'lib qoladi.

Leykotriyen reseptorlarining antagonistlari. Hozir peptid leykotriyenlar reseptorlarining bevosita antagonistlari hisoblanadigan talaygina preparatlar bor. Ular leykotriyen reseptorlarni bevosita bog'lab olish yo'li bilan bronxospazmga (bronxokonstriksiyaning ilk va kechki fazalariga) to'sqinlik qiladi, shuningdek bronxlar shilliq pardasining shishishiga yo'l qo'ymaydi va shilimshiq modda ishlanib chiqishini kamaytiradi.

Oxirgi yillar mobaynida bronxial astma kasalliklariga mutloqo yangi bo'lgan, yallig'lanishga qarshi dorilar guruhi qo'llanilmoqda. Bu guruh nosteroid preparatlari deb atalgan. Bular qatoriga akolat, singulyar, ruzam kabi dorilar kiritilgan. Klinikamizda bu preparatlarni sinab ko'rilgani yo'q, shuning uchun bular ustida faqat adabiyotlarga asoslanib aniq fikr aytishimiz hozircha qiyin.

Bronxial astmani dori-darmonlarsiz davolash metodlari

Bronxial astmaga davo qilishning ko'pgina muqobil va qo'shimcha usullari bor.

Naturoterapiya (dori-darmonlarsiz davolash)ning afzalligi shundaki, bemor organizmining o'zidagi kompensator imkoniyatlar ishga solinadi va davo vositalari to'g'ri qo'llanilganida boshqa a'zolarida asoratlar qolmaydi. Davolashning muqobil metodlari vrachdan kattagina hajmdagi maxsus bilim va malakani talab qiladi. Naturoterapiya metodlari patogenetik ta'sir mexanizmiga qarab 4 ta katta-katta guruhga ajratilgan:

- 1) eliminatsion terapiya;
- 2) mashq qildiruvchi terapiya;
- 3) fitoterapiya;
- 4) aralash usullar bilan ta'sir o'tkazish.

Bu guruhlarning birinchisiga yengillashtiruvchi parhez bilan davolash (shifobaxsh ochlik), gemosorbsiya, plazmaferez, sitaferez, postural drenaj kiradi.

Davo metodlarining ikkinchi guruhi, ya'ni mashq qildiruvchi davo metodlari shifobaxsh badantarbiya, nafas gimnastikasi barcha metodlari, gipo- va giperbaroterapiya, klassik akupunkturalarni o'z ichiga oladi. Sudjok terapiya, UVCH-terapiya, spetsifik giposensibilizatsiya, vaksinalar bilan davolash va psixoterapevtik usullar ham shu guruhga kiradi.

Uchinchi guruhga bemorlarni turli shifobaxsh o'simliklar, giyohlar bilan davolash usullari kiradi.

Davolashning to'rtinchi guruhi aeroterapiya, bemorni baland tog' iqlimida davolash, speleoterapiya, galoterapiya, bemor qoniga ultrabinafsha nurlar ta'sir ettirish, lazeroterapiya, massaj, ya'ni uqalash va sanator-kurort sharoitlarga yuborishni o'z ichiga oladi.

Ushbu metodlar biologik yetishmovchiliklarning o'rnini to'ldirish, ishlatilayotgan preparatlar miqdorini kamaytirish, remissiya muddatlarini uzaytirish, bemor hayoti sifatini yaxshilashni ko'zda tutadi.

Bronxial astma qo'zib turgan kezda dori-darmonlar asosiy o'rinda turishini va shunga ko'ra bemorga naturoterapiya metodlari bilan davo qilinayotgan bo'lsada, bronxial astmaga taalluqli Xalqaro konsensusga muvofiq unga odatdagi davoni tavsiya etish zarur. Remissiya holati qaror topgach naturoterapiya davom ettirilib, dori vositalaridan asta-sekin voz kechish mumkin.

Quyidagi shart-sharoitlarga amal qilinadigan bo'lsa, naturoterapiya metodlari 60-80 foiz bemorda yaxshi va a'lo darajadagi natijalarni beradi, bu shart-sharoitlar shulardan iborat:

- metodning o'rinli yoki o'rinli emasligini hisobga olish – bemordagi bronxial astmaning xususiyatlarini va davo tadbirlarida bemorning

nechog'lik hamjihat bo'la olishini hisobga olib, har bir bemorga mos naturoterapiya metodlaridan birini to'g'ri tanlash;

- muolajalarni to'g'ri va bekamu-ko'st bajarish.

Mintaqamiz sharoitlarida «Xo'jaikon» shifoxona-sanatoriysida speleoterapiya o'tkazish, gelioterapiya, har xil turdagi akupunktura, fitoterapiya usullari muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

«Xo'jaikon» tuz koni Surxondaryo viloyati Sherobod tumanida Ko'hitang tog' tizimlari yonbag'rida joylashgan. Bu g'orning uzunligi 150 metrdan ortiq bo'lib, devorlari 1 sm dan 3 sm gacha qalinlikdagi tabiiy tuz qatlami bilan qoplangan, unda stalaktitlar hosil bo'lib turadi. Bu g'or o'ziga xos allergenlarsiz mikroiqlimga ega, unda natriy xlorid, magniy, kaliy, temir gidroksid tuzlari ko'p.

O'zbekiston Sog'liqni Saqlash vazirligiga qarashli Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-tekshirish hamda Tibbiy tiklanish va fizioterapiya ilmiy-tekshirish institutlari xodimlari birgalikda obstruktiv o'pka kasalliklari bilan og'rigan 1121 bemorning «Xo'jaikon» shifoxonasida davolanish natijalarini tahlil qilib chiqishdi. Bu bronxial astma va obstruktiv bronxitli bemorlarni, kasallikning og'ir-yengillik darajasi va bemorlarning individual xususiyatlariga qarab, mikroiqlim muhitda davolash usulini ishlab chiqish imkoniyatini berdi (A.M.Ubaydullayev, I.X.Nurov, Z.R.Zunnunov, 1999). Speleoterapiyaning shifobaxsh ta'siri 8-9 seansdan so'ng namoyon bo'lsa, u bora-bora kuchayadi. Bu o'pka ventilyatsiyasi va bronxlar o'tkazuvchanligining yaxshi tomonga qarab o'zgarishi bilan bog'liq. Davo kurslari takrorlanib turilgan taqdirda speleoterapiya samaradorligi oshib bordi (I.X.Nurov. 1999).

O'pkaning nospesifik kasalliklarini dori-darmonsiz davolash usullari orasida galoterapiya hozirgi kunda yetakchi o'rinlardan birini egallaydi.

Galoterapiya (grekcha «halos» – tuz demakdir) bemorlarni konsratsiyasi 0,5 dan 9 mg/m³, zarrachalar kattaligi 1-5 mkm bo'lgan natriy xlor tuzining aerzollari to'yingan shunday aerodinamik muhit yordamida davolash usuli bo'lib, u o'zining boshlang'ich nuqtasini speleoterapiya, ya'ni tuzli g'orlar muhiti bilan davolash usulidan olgan.

Shuni ta'kidlash joizki, keyingi yillarda sun'iy tuz xonalarning muhitni nazorat qilib turuvchi asboblardan ta'minlanishi natijasida ularda barqaror aerodinamik muhit yaratishga muvaffaq bo'lindiki, u galoterapiya usulining amaliyotga keng tadbiriq etilish imkonini yaratdi.

Zamonaviy sun'iy tuz xonalari qulay harorat va namlik, gipoallergen va gipobakterial havoli muhitga ega bo'lib, ularda bemorga qo'shimcha ravishda audiovizual xizmat tashkil etish ham mumkin.

Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish instituti pulmonologiya bo'limida tashkil qilingan avtomatik tarzda boshqariladigan sun'iy tuz

xonasida davolangan 1120 ta (388 ta bronxial astma va 732 ta surunkali obstruktiv bronxit) bemorning klinik-laborator va funksional ko'rsatkichlari tahlil qilinganda galoterapiya usulining yuqori samaradorligi yana bir bor tasdiqlandi. Jumladan, kasallikning kechish darajasiga qarab 81,3 foizdan 95,9 foizgacha bemorlarda bronxoobstruktiv sindromning sezilarli darajada kamayishi kuzatildi. Sun'iy tuz xonasida davolash natijasida qo'llanilayotgan dorilar samaradorligini oshirish va ularning miqdorini qisqartirishga muvaffaq bo'lindi. Galoterapiya ta'sirida 80 foiz bemorda 3 oydan 12 oygacha muddat mobaynida kasallik xuruji alomatlari sezilmadi (Sh.M.Ahmedov, Ye.K.Papandopulo, V.A.Abdullayeva, 1999).

Klinikamizda yengillashtiruvchi parhez bilan davolash usuli (A.N.Kokosov, 1988) ham muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Atopik astmada ayniqsa dorilarga va ovqat allergiyasi bo'lgan bemorlarda yengillashtiruvchi parhez bilan davolash klinikamizda yaxshi natijalar bermoqda.

Bronxial astmaning davo kompleksiga Su-Djok terapiyani kiritish kasallik qo'zib turgan davrning qisqarishiga, bemorlarni kasalxonalariga yotqizish hollarining kamayishi, remissiya davrining uzayishi, bemorlar hayoti sifatlarining oshishiga olib keladi. Bu davo metodi β_2 agonistlarni, teofillinlar, kortikosteroidlar dozalarini kamaytirishga imkon berdi, vegetativ distoniya sindromini, reaktiv va shaxsga aloqador xavotirlanish simptomlarini bartaraf etishga yordam berdi. Bu metod kasalxonada davolanishga qilinadigan sarf-xarajatlarni ham kamaytiradi (Sh.U.Ismoilov, 1999).

Bronxial astmani dorilar bilan davolashda bosqichma-bosqich yondoshish

Davolashda «bosqichma-bosqich» yondoshish astmaning nechog'lik og'irlashib borayotganiga qarab dorilarning dozasi va ularni necha marta ishlatish hamda qanday oshirib borishni ko'zda tutadi. Bundan maqsad eng kam miqdor preparatlar qo'llab, yetarlicha naf olishga erishishdir. Astmaga davo qilish rejasini tuzishda vrach bu kasallikni nazorat ostiga olishga qisqa muddatlarda erishish uchun oldin zarbali dozalardan yoki qisqa muddat ichiladigan kortikosteroidlardan foydalanib davo buyurish zarurmi yo bo'lmasa davoni qadam-baqadam kuchaytirib borish kerakmi, degan masalani hal qilib olishi kerak. Astmani uch oy ichida nazorat ostiga olishga muvaffaq bo'linsa, davoni kamaytirish yoki «pastki» bosqichga tushirish to'g'risida mulohaza qilib ko'rish mumkin.

Yo'tal, hushtakli xirillashlar, hansirash singari belgilarning tez-tez (haftasiga 3 martadan ko'p) bo'lib turishi va bronxodilatatorlarni ko'p

ishlatish kasallikning yetarlicha nazorat etilmayotganiga ishora qilishi mumkin. Tungi va ertalabki soatlarda bronxospazm simptomining paydo bo'lib qolishi ham ana shunday holat borligidan darak beradi. Nafas chiqarishning eng katta tezligi (NEKT - PEV) ko'rsatkichlarining har xil bo'lib chiqayotgani ham astmaning barqarorlashib qolganini ko'rsatadi, bunday hol aksariyat klinik simptomlar paydo bo'lishidan oldinroq ko'riladi. Shuning uchun NEKT - PEV va uning o'zgarishlarini o'lchab turish astmaning og'ir-yengilligiga baho berish va dastlabki davo monitoringini olib borishda yordam beradi.

Taklif etilayotgan bosqichlar umumiy tavsiyalar hisoblanadi, xolos. Alohida davo rejalarini vrach bemorning individual xususiyatlari va astmaning qanday kechayotganiga qarab davom ettirishi lozim.

Birinchi bosqich – Intermittiv astma. Davo, jismoniy jihatdan zo'r berishga (ingalyatsion β_2 -agonistlar, xromoglikat va nedokromil) yoki allergenga yaqin yurishga (natriy xromoglikati yoki nedokromil) to'g'ri kelishi oldidan profilaktika maqsadida preparatlar ishlatishni ko'zda tutadi. Antixolinergik preparatlar qisqa muddat ta'sir etadigan peroral β_2 -agonistlar yoki qisqa muddat ta'sir ko'rsatadigan teofillinlar muqobil preparatlar bo'lib xizmat qilishi mumkin. Bular kechroq ta'sir ko'rsatsada asoratlari kamroq. Kasallik qattiq qo'zib qolganida yoki qo'zishi uzoq davom etganida qisqa kurslar holida peroral kortikosteroidlarni buyurish kerak bo'ladi. Basharti preparatlarni haftasiga bir martadan ko'proq ishlatib turish zaruriyati tug'lsa, NEKT (PEV) ma'lumotlaridan qat'i nazar bemorlarni keyingi pog'ana'dagi davoga o'tkazish kerak. Kasallik xurujlari oralig'idagi davrda, NEKT (PEV) ko'rsatkichlari normadan past darajada qolib kelayotgan bo'lsa ham xuddi shunday qilish zarur.

Ikkinchi bosqich. Caqlanib turadigan (persistiv) yengil astma. Yengil darajadagi astmali bemorlarning xastaligi ustidan nazorat o'rnatish va uning zo'rayib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun har kuni preparatlar bilan davolab turish talab etiladi. Davoni ingalyatsion kortikosteroidlar yoki natriy xromoglikatdan yo bo'lmasa nedokromildan boshlash mumkin. Ta'siri uzoq davom etadigan teofillinlar bilan davolashni ham taklif etsa bo'ladi. Lekin buning uchun ushbu preparatlarning qon zardobidagi konsentratsiyasini monitoring qilib borishga imkon bo'lishi kerak. Simptomlarni yengillashtirish zarur bo'lganida ingalyatsion β_2 -agonistlarini ishlatish mumkin, lekin ular kuniga 3-4 martadan ortiq qo'llanilmasligi kerak.

Uchinchi bosqich. Saqlanib turadigan (persistiv) o'rtacha og'irlikdagi astma. Dastlabki dozada ingalyatsion kortikosteroidlar ishlatilayotgani va bemorning bu preparatlardan to'g'ri foydalanayotganiga qaramay kasallik simptomlari saqlanib tursa, ingalyatsion kortikosteroidlarning kundalik

dozalarini 400 yoki 500 mkg dan 800 yoki 1000 mkg gacha oshirish kerak. Og'iz bo'shlig'ida sodir bo'ladigan holatlarni va preparatlarning organizmga so'rilishini kamaytirish uchun speyserlardan foydalanish tavsiya etiladi. Ta'siri uzoq davom etadigan bronxodilatatorlarni muqobil tariqasida qo'shish mumkin. Qisqa muddat ta'sir etadigan ingalyatsion β_2 – agonistlar muqobili sifatida antixolinergik preparatlar, qisqa muddat ta'sir etadigan peroral β_2 agonistlar yoki teofillinlarni taklif etsa bo'ladi, lekin bu preparatlar ishlatilganidan keyin qisqa vaqt o'tgach ta'sir ko'rsata boshlaydi

To'rtinchi bosqich. Saqlanib turadigan (persistiv) og'ir kechuvchi astma. Bu holda astmani nazorat qilib bo'lmaydi. Surunkali og'ir astmada davodan maqsad imkoni boricha yaxshi natijalarga erishish, simptomlarni mumkin qadar kamaytirish, β_2 – agonistlarga bo'lgan ehtiyojni iloji boricha kamaytirish, nafas tezligiga doir ko'rsatkichlarni yaxshilashdir. NEKT (PEF) ko'rsatkichlarining kun davomidagi o'zgarishlarini iloji boricha past darajaga tushirish va preparatlarning asoratlarini kamaytirishdan iborat bo'lib qoladi. Davo ingalyatsion kortikosteroidlarni yuqori dozalarda buyurishdan (beklometazon yoki ekvivalentini kuniga 800 dan 2000 mkg gacha) boshlanadi.

Ingalyatsion kortikosteroidlarga qo'shimcha qilib bronxodilatatorlar uzoq ta'sir ko'rsatadigan peroral teofillin yoki peroral β_2 – agonisti yo bo'lmasa uzoq ta'sir ko'rsatadigan ingalyatsion β_2 – agonistni buyurish tavsiya etiladi. Qisqa muddat ta'sir ko'rsatadigan β_2 – agonistini ham to naf berguncha muntazam ravishda kuniga bir martadan ishlatib turish mumkin. Ayniqsa, β_2 – agonistlari ishlatilganida ayrim asoratlar ro'y bergan bemorlarda antixolinergik preparatlar qo'llaniladi.

Peroral kortikosteroidlar bilan qilinadigan davoni imkoni boricha adekvat dozalarda buyurish kerak (kunora yoki zarbali dozasi berilganidan keyin 3-7 kun o'tkazib). Peroral kortikosteroidlar dozalarini kamaytirishga urinib ko'rish maqsadida oldin sinash uchun speyserlar yordamida ishlatiladigan katta dozalardagi ingalyatsion kortikosteroidlar bilan davolash kurslarini albatta o'tkazish kerak. Bemorlar ingalyatsion kortikosteroidlardan peroral kortikosteroidlarga o'tkazilganida buyrak usti bezlari yetishmovchiligi ro'y berib qolishi mumkinligi sababli qunt bilan nazorat olib borish zarur.

Astma kamida 3 oy mobaynida nazorat ostida qolaveradigan bo'lsa, quvvatlab boruvchi dori-darmonlarni kamaytirish mumkin. Bu asoratlar ro'y berish ehtimolini kamaytirib, bemorning rejalashtirilayotgan davoga beriluvchanligini oshiradi. Davoni susaytirishni asta-sekin, so'nggi dozani yoki ba'zi preparatlarni kamaytirish yo'li bilan olib borish lozim. Kasallik simptomlari, klinik ko'rinishlari va tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarini kuzatib borish zarur.

Bronxial astma – o‘zgarib turadigan kasallik, shunga ko‘ra uning kechishi o‘z-o‘zidan yoki dorilarning ta‘siridan og‘irlashib qolishi mumkin.

Bronxial astma xuruji bartaraf etish uchun yuqorida aytib o‘tilganidek, bronxial astma xuruji hansirashning kuchayib borishi, yo‘tal, hushtakli xirillashlarning paydo bo‘lishi, nafas jarayonining qiyinlashuvi, ko‘krak qafasining qisilayotgandek bo‘lib sezilishi yoki ushbu simptomlarning o‘zaro birga kelishi bilan boshlanadi. Kasallik xuruji jadal nafas hajmining kamayishi bilan ham ta‘riflanadi.

O‘tkir astma xurujining og‘ir-yengilligini bemorlar ham tibbiyot xodimlari ham aksariyat yetarlicha baholay olmaydilar. Kasallikning qo‘ziganidan darak beradigan ilk belgilar aniqlab olinmaganida va tashqi nafas funksiyalarining ko‘rsatkichlari o‘lchab ko‘rilmagan hollarda ana shunday bo‘ladi. Bemor ahvolining yomonlashuvi odatda bir necha soat yoki kun davomida, ba‘zan esa u hatto bir necha minut davomida sodir bo‘ladi. Shu tufayli nafaqat vrach, balki bemorning o‘zi ham kasallik xuruji boshlanib qolayotganini aniqlay oladigan bo‘lishi kerak. Yo‘tal zo‘rayib, ko‘krak qafasining qisilayotgandek bo‘lib sezilayotganiga, hushtakli xirillashlar paydo bo‘lib, tungi uyqu buzilib turishiga, preparatlar dozasi oshirilganiga qaramay, NEKT (PEV) ko‘rsatkichlarining pasayib borayotganiga, kasallik xurujini bartaraf etadigan preparatlarga talab ortib qolgani yoki ularning naf bermay qo‘yganiga darhol alohida e‘tibor berish lozim. Bu albatta, tegishli davo ishlarini barvaqt boshlashga imkon beradi.

Kasallikning yengil xuruji qisqa muddat ta‘sir etadigan bronxodilatatorlar bilan uyda bartaraf etish mumkin. Davoni kasallik alomatlari batamom yo‘q bo‘lib ketguncha bir necha kun davom ettirib borish kerak. Kasallikning o‘rtacha og‘irlikdagi xuruji ta‘sir muddati qisqa davom etadigan bronxodilatatorlarni ishlatishdan tashqari, sistem kortikosteroidlarni barvaqt buyurishni ham talab etadi. Namlangan iliq kislorod bilan davolash ham juda yaxshi natijalar beradi.

Bronxial astmaning og‘ir xuruji uchun odam tinch turganida ham hansirayverishi, ancha naridan eshitiladigan xirillash bilan nafas olishi xarakterlidir. Bemor majburiy holat olib bezovtalanib turadi, tomir urishi minutiga 120 martadan ko‘proq bo‘ladi, sezilarli darajada tarqoq sianoz borligi ko‘zga tashlanadi, bronxodilatator berilgani bilan darhol ta‘sir qila qolmaydi va uning nafi 3 soatdan ko‘ra kamroq saqlanib turadi. Kortikosteroidlar bilan davo qilina boshlaganida 2-8 soatdan keyin ham ahvol yaxshilanmay tobora yomonlashib boradi. Mana shunday hollarda bemorni klinikada, intensiv terapiya bo‘limida davolash zarur bo‘ladi.

Yuqorida bronxial astmaning har xil bosqichlari ustida to‘xtaldik. Shuni aytib o‘tish kerakki, ko‘rsatilgan xamma bosqichlarda asmatik holat

bo'lishi mumkin, lekin bu og'ir holat III-IV bosqichlarda ko'proq uchray turadi. Shularni inobatga olib, asmatik holatning klinikasi va kerakli tez yordam ko'rsatish ustida to'xtalib o'tamiz.

Astmatik holat – bronxial astmaning surunkali kechadigan asorati bo'lib, og'ir bo'g'ilish xurujidan iboratdir. Bu holat odatdagi astma xurujlaridan bir muncha og'ir va uzoq muddatga cho'ziladigan, odatdagi davo bilan o'tmaydigan, ro'y-rost ifodalangan va o'tkir nafas yetishmovchiligi (O'NE) davom etadigan holatdir. Astmatik holat bir necha soatdan, haftalab va bundan ham uzoqroq davom etishi mumkin (A.G.Chuchalin, 1995).

Shuni ham aytib o'tish lozimki, bemorning og'ir ahvoli kasallikning kelib chiqishini (anamnez) to'la-to'kis yig'ishga imkon bermaydi. Ayrim vaqtlarda bemorning yaqin qarindoshlari xuruj tutguniga qadar bilgan allergenlarni aytib berishlari mumkin. Masalan, bemor garmonlar ishlatgani, tez-tez shamollab turishi, nafas xuruji bilan va har xil kasbiy holatlar hamda yil faslining aniq bir vaqtida astma xuruji bo'lishini aytib beradilar.

Astmatik holat og'ir hansirash, ko'proq ekspirator turida hansirash, ko'krak qafasi va oldingi qorin devorining yordamchi mushaklari nafas olishda qatnashishi, badanning, ayniqsa betning ko'karib ketganligi bilan davom etadi. Badan terisi ko'pincha nam bo'lishi mumkin, bu ham bemorning ahvoli og'irigidan darak beradi. Sianoz borgan sari kuchayib boradi. Bemorga taxipnoe holat xos bo'lib, nafas olish tezligi odatda bir daqiqada 30 dan ortiq bo'ladi. Nafas chiqish nafas olishdan ko'ra davomliroq bo'ladi, bunda bemor nafas olish vaqtida ko'proq zo'riqadi. Qo'shimcha nafas mushaklarining nafas olishda qatnashuvi har bir nafas olishda juda ko'p kuch sarflanadi.

Eshitib ko'rilganda (auskulotatsiyada) havo yo'llari torayib qolgan bronxiolalar orqali o'tishiga aloqador musiqiy tovushlar eshitiladi. Jarayon zo'rayganda o'pka «garang soha» larining yaxshi tanish bo'lgan fenomeni paydo bo'ladi, bu hol mazkur o'pka sohasining bronxoobstruksiyasiga uchraganidan dalolat beradi. Bir qadar og'ir hollarda nafas shovqinlari umuman eshitilmasligi mumkin, bu – butun o'pka sathi ustidagi «garang o'pka» hisoblangan total bronxoobstruktiv sindromlaridir.

Yurak tomir tizimida taxikardiya, AB oshuvi va yurakning bir daqiqalik hajmi oshganligi kuzatiladi. Astmatik holatning butun davri mobaynida tomir urish tezligi odatda 1 daqiqada 100 dan ortadi, arterial gipertenziya 150/100 sim.ust darajasida bo'ladi. Nafas tezligining ko'payib ketishi, tomir urishining tezlashuvi bemorning og'ir ahvolda ekanligidan va uni jadal davolash bo'limiga zudlik bilan yotqizish zarur ekanligidan guvohlik beradi. Organizmda suv nisbati ancha izdan chiqqan bo'ladi. Astmatik holat uzoq

cho'zilib ketganda odatda degidratatsiya (suvsizlanish) va gipovolemiya yuz beradi. Suyuqlik asosan nafas yo'llari va teri orqali yo'qotiladi, uning o'rni esa bemor ahvoli og'ir bo'lganidan yetarlicha to'ldirilmaydi. Organizmda aylanuvchi qon hajmi (AQH) kamdan-kam oshgan bo'ladi, u odatda o'rta hisobda 10 foiz kamaygan, qon yopishqoqligi ancha va gematokrit 0,50 – 0,60 gacha oshadi. Bu hodisa o'pka tromboemboliyasi ro'y berishga xavf tug'diradi. Oqsillar miqdori oshgan, umumiy suvsizlanish til quruqligida, chanqashda, osmolyalligining oshganligida, oliguriyada namoyon bo'ladi. Markaziy venoz bosim (MVB) 2-5 sm suv.ust.gacha pasaygan bo'ladi. Gipovolemiya kollapsga sabab bo'ladi, bu esa bemorni O'SV (o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi)ga o'tkazilishda ayniqsa muhimdir.

Giperkapniya va gipoksiya zo'rayib borar ekan, Markaziy asab tizimi tomonidan ham o'zgarishlar oshib boradi: oldiniga bemor qo'zg'aluvchan bo'lib qoladi, ruhiyati buziladi, nafas yetishmasligi tufayli qo'rquv ro'y berib, es-hushining kirar-chiqarli bo'lishiga, stupor va komaga qadar tormozlanishga aloqador bo'ladi.

Astmatik holatning og'irlashuvi bilan qonda katta o'zgarishlar bo'ladi, bemor ahvoli yomonlashadi va qonda PaO₂ 40-50 mm gacha pasayadi, PaCO₂ asta-sekin oshib boradi bemorda giperkapnik koma klinikasi namoyon bo'ladi. Bemor ahvoli o'ta og'irlashadi va o'tkir metabolik atsidoz rivojlanadi.

Astmatik holat patogenezida asosan 12-16 tartibdagi bronxiolalarning me'yoriy o'tkazuvchanligi izdan chiqadi. Shunga qaramasdan odatda, nafas olish buzilmagan, nafas chiqarish esa qiyinlashgan bo'ladi. Bu alveolalarning kengayishiga va ularning ventilyatsiyasining buzilishiga olib keladi. Tashqi muhit va alveolalar orasidagi gazlar almashinuvi buzilgan bo'ladi. Gipoventilyatsiya munosabati bilan alveolalar gaz tarkibida odatdagidan ko'ra O₂ kamroq bo'ladi havoning alveolalarda to'xtab qolishining bunday mexanizmi «havo tutqich» deb ataladi va o'tkir o'pka emfizemasi bilan davom etadi. O'pkaning umumiy hajmi ko'payadi va gaz almashinuvi esa zo'r berib yomonlashadi. Alveolalar nihoyat darajada kengayib ketishi mumkin va ularning zararlanishi yorilib, pnevmotoraks klinikasi hosil bo'lishi, to'sh va teri osti yog' qatlami emfizemasi va hatto pnevmoperitoneum ro'y berishi bilan davom etadi.

O'tkir nafas yetishmasligi bilan davom etadigan qator xastaliklar va holatlarni yangilash bronxial astma zo'rayishi deb hisoblash mumkin. Ularga yuqori nafas yo'llarining chala obstruksiyasi (yallig'lanish yoki anafilaktik reaksiyalar) holatlari kiritiladi. Bu holatlarning asosiy belgisi hansirashning inspirator xarakteri bo'lib, shunda nafas olganda o'mrov usti va o'mrov osti sohalari ichga botadi, stridor holat yuz beradi, surunkali

bronxit zo'rayadi va emfizema paydo bo'ladi; ayrim hollarda o'pka arteriyasi emboliyasi, o'pka shishi kuzatilishi ham mumkin.

Yurak astmasi chap qorincha yetishmovchiligi natijasida rivojlanuvchi o'pkaning bazal bo'limlarida nam xirillashlar va EKG o'zgarishlari xosdir. Uyqu vaqtida ya'ni gorizontal holatda paydo bo'ladigan va uyg'onganda, o'tirib nafas olish natijasida kamayadigan yoki yo'qoladigan paroksizmal hansirash chap qorincha yetishmovchiligining ilk belgilaridan biri bo'lib xizmat qiladi. Tashxisga shubha bo'lgan ayrim hollarda kortikosteroidlar va yurak dorilari bilan sinov davosini o'tkazish lozim. Gavda haroratining oshishi, nafas yo'llari infeksiyalari va infitsirlangan balg'am paydo bo'lishi yurak yetishmovchiligiga xos bo'lmaydi. Ko'krak qafasining bir tomonidan eshutiluvchi nam xirillashlar zotiljam borligidan, o'ngda yoki chapda nafas shovqinlarining bo'lmasligi – pnevmotoraksdan, ikkala tomonda ham nafas shovqinlari bo'lmasligi – og'ir astma kechayotganidan guvohlik beradi.

Astmatik holatni davolashda oksigenoterapiya katta ahamiyatga ega. Namlangan O_2 ni burun kateterlari yoki 1-2 l/min tezligida niqob orqali ingalyatsiya qilinadi. Ko'rsatmalarga ko'ra O_2 oqimi tezligini 3-4 l/min gacha oshirish mumkin. Bu davolash usuli xavfsiz sanalsa-da, hamma vaqt ham kor qilmaydi. Kislorod ko'p berilganda nafas markazi depressiyasi va keyinchalik $PaCO_2$ ko'payishi mumkin, shu sababli $PaCO_2$ ni 80-90 mm sim.ust. dan oshirmaslik lozim.

Astmatik holatni ko'p yillar davomida davolashda, ya'ni tez yordam ko'rsatishda adrenalinni teri ostiga yuborib boshlash rasm bo'lgan. Adrenalin α_1 -, β_1 - va β_2 – adrenergik stimulyatorlari bo'lib, bronxlarni kengaytiradi va nafas yo'llari qarshiligini susaytiradi. «Sinaydigan» adrenalin dozalari qo'llaniladi. Uni teri ostiga tana vazni 60 kg dan yengil bo'lganda 0,3 mg miqdorda, tana vazni 60 dan 90 gacha bo'lganda – 0,4 mg; gavda vazni 80 kg dan og'ir bo'lganda – 0,5 mg miqdorda eritma holida yuboriladi. Bordiyu, u kor qilmasa, adrenalinning teri osti inyeksiyasini 15-30 daqiqa o'tgach takror o'tkaziladi. Shunda ham kor qilmasa, vena ichi infuziyalari uchun sistema o'rnatilib, eufillin qo'llaniladi.

Eufillin fosfodiesterazani ingibirlaydi, bu esa sAMF to'planishiga va bronxlar spazmini bartaraf etishga yordam beradi. Eufillin tayinlanganda uning organizmdagi metabolizmni kuchaytiruvchi yoki susaytiruvchi omillarni hisobga olmoq lozim. Kuchaytiruvchi omillar qatoriga chekish va bolalik yoshi, ikkinchisiga esa yurak yetishmovchiligi, o'pka, jigar va buyraklarning surunkali xastaliklari mansubdir. Tarkibida teofillin saqlovchi preparatlar bilan davolashning yangi sxemalari ana shularga asoslanib ishlab chiqilgan. Hisoblash uchun quyidagi qoidaga amal qilinadi: 1 mg teofillin 1,2 mg eufillinga teng keladi. Bunda yuborilgan dozalar va

qonda eufillinni doim bir miqdorda saqlab borish uchun kerak bo'lgan dozalar aniqlanadi. Oshiruvchi dozalar so'nggi 24 soat davomida tarkibida teofillin tutgan preparatlar qo'llanilmaganda yoki subterapevtik dozalarda qo'llanilgandagina tayinlanadi. Astmatik holatda eufillinning oshig'ich dozasi 13-16 mg/kg ni tashkil etib, u vena ichiga tomchilatib 24 soat davomida yuborib turiladi. Bunday doza eufillinning qondagi miqdorining 5-10 mkg/ml gacha oshishiga olib keladi, bunga preparatni 1 soatda qo'shimcha xastalik bo'lmaganda bemorga 0,6 mg/kg hisobida, chekuvchi uchun 0,8 mg/kg, cho'zilib ketgan yurak yetishmovchiligida, zotiljamda, jigar va buyrak kasalliklarida 0,2 mg/kg hisobida og'ir SOO'K da 0,4 mg/kg hisobida asta-sekin bir necha soat davomida tomchilab yuborib erishiladi.

Qon zardobidagi teofillin miqdorining davolovchi chegaralari 10-15 mkg/ml ga teng bo'lishi kerak.

Plazmadagi teofillin miqdorini quvvatlovchi davo boshlangandan keyin 6-12 soat mobaynida aniqlash zarur. Shuni hisobga olish kerakki, bemor ahvoli yaxshilanganda teofillin ajralishi o'zgarib turishi mumkin. Teofillin va β -adrenomimetiklar ziddiyatlik hisoblanmaydi va bir vaqtning o'zida qo'llanishi mumkin. Eufillin oshirib yuborilganda ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich ketishi, taxikardiya, taxiaritmiya, uyquchanlik, qo'zg'aluvchanlik va tirishish hollari kuzatildi. Bu belgilar odatda qon zardobida teofillin miqdori 20 mkg/ml dan oshmaganda paydo bo'lmasda, lekin nojo'ya ta'siri dori miqdori bir muncha kam miqdorda bo'lganda ham kuzatilishi mumkin. Bu – organizmning teofillinga nisbatan individual reaksiyasiga bog'liqdir.

Kortikosteroidlar. Kortikosteroidlar bilan davolash samaradorligi nafas yo'llari yallig'lanishini bartaraf etishga va β – adrenergik vositalarga nisbatan ortiqcha sezuvchanlikka bog'liqdir. Astmatik holat nechog'lik og'ir bo'lsa, kortikosteroidlar bilan zudlik bilan davo o'tkazishga ko'rsatmalar shunchalik ko'p bo'ladi. Vena ichiga yuboriladigan kortikosteroidlarning dastlabki dozalarini ko'p miqdorda yuborish zarurligini ham ta'kidlab o'tish kerak. Eng kamida 8-10 mg/kg xisobida prednizolon yoxud 4 mg deksametazon (seleston)dir. Bordiyu, davo kor qilmasa doza oshiriladi. Kam deganda har 6 soatda ana shu dorilarning tegishli ekvivalentlari yuboriladi. Astmatik holat ayrim dorilar soni bilan emas, balki davolash davomiligi bilan bartaraf etiladi. Eufillin va β – adrenomimetiklar bilan davolashni to'xtatmaslik kerak, bu dorilar asosan har 4 soatda ingalyatsiya ko'rinishida qo'llaniladi. Kasallik xurujini to'la bartaraf etilmaganda dorilarni kichik dozalarda yuborib davo o'tkazmaslik kerak.

Bemor astmatik holatdan qutqarilgandan keyin kortikosteroidlar dozalari asta-asta kamayib boriladi – taxminan har kuni 25 foiz kamaytiriladi. Vena ichiga dori yuborish usuli peroral usulga almashtiriladi.

Venaga dori yuborishni to'xtatgandan keyin dastlabki kunda tabletkalar holidagi 60 mg prednizolon (yoki shu dozalardagi boshqa kortikosteroidlar) tayinlanadi. Navbatdagi har kuni dori dozasi 5 mg kamayib boriladi va butunlay bekor qilinadi.

Bemorlarning ko'pchiligiga β_2 -adrenomimetiklar bilan ingalyatsion davo ko'rsatilgan; fenoterol, alupent, salbutamol va boshqa dorilar ishlatiladi. Simpatomimetiklarni oshirib yuborish yoki doridan yuz beruvchi taxifilaksiya hollari bundan mustasno. V-adrenomimetiklarni ingalyatsiya usulida yuborilganda dori yurak-tomir tizimiga deyarli salbiy ta'sir qilmaydi, faqat ba'zan yurak urishi va taxikardiya yuz beradi. Izoproterenolning boshlang'ich dozasi har 2-4 soatda 0,5 ml 0,5 foizni, ya'ni 2,5 mg moddani (natriy xloridning 2-3 ml izotonik eritmasida), ezoetarin – 0,5 ml 1 foizli eritma (5 mg) ni (har 4 soatda natriy xloridning 2-3 ml izotonik eritmasida) tashkil etadi.

Bemor uzoq muddat tinkani quritadigan darajada yo'talganda ayrim mualliflar 0,6 mg atropin (β -adrenomimetiklar bilan birga yoki u siz) ingalyatsiya qilishni tavsiya etishadi. Dorini 0,6-1 ml suvda yoki natriy xloridning izotonik eritmasida eritiladi.

Infuzion davo suyuqlik tanqisligi va gipovolemiyani bartaraf etishga qaratilgan astmatik holatni davolashning eng muhim omili hisoblanadi, bu davoning umumiy hajmi kuniga 3-5 litrni tashkil etadi. Gidratatsiya tarkibida yetarli miqdorda bo'lgan erkin suv (asosan glyukoza eritmasi), shuningdek tarkibida natriy xlor tutgan elektrolitlarning gipo va izotonik eritmalari yuborib erishiladi.

Chanqoqning bosilishi, til namligi, normal diurez (siydik ajralishi) tiklanishi, balg'am ajralishining yaxshilanishi, gematokritning 0,30-0,40 gacha kamayishi adekvat gidratatsiya ko'rsatkichlari bo'lib xizmat qiladi.

Gipovolemiyani bartaraf etish uchun goho asosan reologik ta'sir ko'rsatuvchi reopoliglyukin ishlatiladi, lekin bunda allergik reaksiya ro'y berish mumkinligini esdan chiqarmaslik kerak. MVB 12 sm. sim.ust. dan oshganda eritmalarni infuziya qilmaslik lozim. Shuni hisobga olmoq kerakki, kortikosteroid berib davolashda organizmning K^+ ga ehtiyojini oshiradi. Kaliyning o'rtacha dozasi – kuniga 60-80 mmol gacha. Metabolik atseodozni sozlash uchun (Ph 7,25 dan kam bo'lmasligi kerak) gidrokarbonatning kichik dozalarini ishlatgan ma'qul, shunda bronxlarning drenaj funksiyasi yaxshilanadi. Metabolik atsidozning alkalozga aylanishiga yo'l qo'yib bo'lmaydi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, astmatik holatda o'pka emfizemasida o'mrov osti venasining kateterlash muayyan tajribani va ehtiyotkorlikni talab etadi, chunki pnevmotoraks bilan asoratlanishi ehtimol, ichki bo'yinturuq venasini kateterlash bir muncha xavfsiz sanaladi.

Ko'krak qafasi fizioterapiyasi zarur davolash usulidir. Nafas mashqlari, qo'shimcha yo'taltirish, davolash perkussiyasi va vibromassaj bajariladi.

Kekirdak (traxeya) va bronxlarning bronxoskopik lavaji og'ir astmatik holatda xavfli muolaja bo'lib, bronxlar spazmini va gipoksiyani kuchaytiradi.

O'tkazilayotgan davo samaradorligining belgilaridan biri – nafas olish osonlashadi degan sub'ektiv omil shifokor uchun eng birinchi dastaklardan biridir. Taxikardiyaning kamayishi uzoq vaqt saqlanuvchan arterial gipoksemyadan asta-sekin bemor ahvoli yaxshilanganligining eng ilk belgilaridir. Bezovtalik, qo'rquv yo'qoladi, bemor ko'pincha toliqadi va uyquasi keladi.

Nafas olish ko'rsatkichlari yaxshilanadi. FEV₁ nafas chiqarishning hajmiy tezligi, PEF ko'payadi.

Zo'rayib boruvchi astmatik holat belgilari. Agar o'tkazilayotgan davo naf bermasa, nafas yo'llari obstruksiyasi gipoksiya va giperkapniya zo'rayib boradi. Eshitib ko'rilganda (auskultatsiya) «garang soha» lar maydoni oshadi, goho nafas shovqinlari ikkala o'pkada eshitilmaydi. Yurakning qisqarish tezligi ancha oshadi. 1 daqiqada 140-160 gacha undan ko'ra ko'proq bo'ladi, PaCO₂ 60 mm sim.ust. dan ortiq bo'lib, PaO₂ esa 50 mm sim.ust. dan kamayadi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasining do'ppayib chiqib turishi (o'pkalarning kuchli kengayib ketishi), kuchli sianoz ko'zga tashlanadi.

Astmatik holatda bo'lgan bemorlarni o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasiga o'tkazishga ko'rsatmalar qat'iy bo'lishi zarur, chunki bunda asoratlar kelib chiqib ko'pgina o'lim hodisalari ro'y berishi bilan tavsiflanadi. Shu bilan bir vaqtda O'SVsi (agar u qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq o'tkazilsa) gipoksiya va giperkapniyaning yanada zo'rayib ketishiga yo'l qo'ymaydigan birdan-bir usul sanaladi.

O'SVga ko'rsatmalar:

1) *kerakli davo o'tkazilganiga qaramasdan astmaning tobora zo'rayib borishi;*

2) *bir qator tahlillar orqali tasdiqlangan PaCO₂ va gipoksemyaning zo'rayishi;*

3) *Markaziy asab tizimi tomonidan salbiy belgilarning zo'rayib borishi va koma.*

Kekirdak (traxeya) intubatsiyasining xususiyatlari.

Orotoraxial va nazotoraxial intubatsiya qo'llaniladi. Birinchisi birmuncha afzal, chunki u uncha uzun bo'lmagan katta diametrli naychalarni ishlatish imkonini beradi. Lekin intubatsion naycha og'izda uzoq muddat turib qolganda yoqimsiz hid paydo qiladi, bemorni parvarishlashni, ovqat yeyishni qiyinlashtiradi. Traxeyani intubatsiya qilishdan oldin, bemor kardiomonitorga ulab qo'yilishi zarur.

Orotraxeal intubatsiya odatda seduksen bilan umumiy og'riqsizlantirib, spontan nafas olishni saqlab qolgan holda bajariladi. Zaruriyat tug'ilsa, relaksantlar qo'llaniladi, lekin bunda bemorni niqob orqali qo'shimcha ventilyatsiya qilish uncha kor qilmasligi mumkin.

Nazotraxeal intubatsiya umumiy anesteziya ostida ham, mahalliy anesteziya ostida ham o'tkaziladi. Mahalliy og'riqsizlantirishda bemor bo'lajak muolaja o'tkazilishi haqida xabardor bo'lishi kerak.

Bemorga ulangan respirator ishlashi uchun seduksen (diazepam) va Na oxibutirat eng yaxshi dorilar sanaladi. Diazepam sedativ va o'rta miyona narkotik ta'siriga ega bo'lib, nafas yo'llarining reaksiyalarini susaytiradi va respirator bilan tez soz ishlashiga yordam beradi.

Asoratlari. Astmatik holat o'pka sun'iy ventilyatsiyasining o'ziga xos asoratlari:

1) O'SV texnikasiga aloqador asoratlar: respiratorning mukammal bo'lmasligi. Individual boshqarishning iloji bo'lmasligi, respirator ishlashi haqidagi axborotning yetarlicha emasligi, qon gazlari va kislota ishqorli holatning ustidan nazorat yo'qligi;

2) zo'rayib boruvchi o'tkir o'pka emfizemasi – o'pkalarning qoldiq havo bilan haddan ortiq shishib ketishi – ko'krak qafasi hajmining ko'payishida, o'pka tovushining ancha darajada pastga surilishida va perkussiyada jigar tumtoqligining tez-tez bo'lmasligida, og'ir ikki tomonlama pnevmotoraks sababli differensial tashxis qo'yish mushkulligida namoyon bo'ladi;

3) O'pka barotravmasi – alveolalar yorilganda havo bo'yin sohasiga, ko'ks oralig'iga, ko'krak va qorin bo'shlig'iga kirib qolishi mumkin. Ko'proq teri osti emfizemasi va bir tomonlama pnevmotoraks kuzatiladi. Emfizema zo'rayib borganda bemordan respirator olib tashlanadi va nafas hajmi oz bo'lgan va nafas chiqarish tekshiriladigan apparat xaltchasi bilan qo'shimcha o'pka sun'iy ventilyatsiyasiga (O'SV) o'tkaziladi. Nafas chiqarish ko'ngildagidek bo'lmasa, O'SV ni qo'lda nafas chiqarish fazasi vaqtida ko'krak bosib turib o'tkaziladi;

4) yurak-tomir asorati bo'lib, yurak to'xtab qoladi. Bunga sabab o'pka ichi va ko'krak ichi bosimi oshganidan, venoz qon kam qaytishidan, yurakning minutlik sig'imi pasayganidan miokard ishining susayishidir.

O'SV apparatidan chiqarish. O'SV ni to'xtatish masalasi hal etilar ekan quyidagilarni hisobga olish zarur. Birinchidan, bemorning umumiy ahvoli og'irlashgan bo'lishi, tetikligi – bu belgilarning hammasi umumiy ahvoli yaxshilanganini bildiradi; ikkinchidan, fizikal ma'lumotlarni e'tiborga olish zarur – nafas shavqinlari, xirillashlarning kamayishi, balg'am ko'chishi shular jumlasidandir. O'pkaning qanday ishlayotganini baholash kerak. Biz keltirayotgan testlar shundan guvohlik beradi: O'HH

– 10 ml/kg, bir daqiqalik nafas hajmi 10 l ga teng yoki bundan ortiq, tinchlikda eng katta ventilyatsiya kam deganda 20 l/min, nafas hajmi 5 mg/kg ga teng yoki undan ziyodroq, nafas olishdagi bosimi 125 mm sv.ust.

Odatda, astmatik holatda O'SV 2-4 kun davom etadi. Ekstubatsiya masalasi hal qilinar ekan, bemorni ma'lum vaqtgacha spontan nafasda qoldirish kerak. Bordiyu, 1-2 soat davomida intubatsion naycha orqali kateterga uzatiluvchi O₂ qo'shilgan havo nafasga olinganda klinik ahvol yomonlashmasa, nafas alkoloji rivojlanmasa (u gipoksiya giperventilyatsiyasi borligini bildiradi), qonning gaz tarkibi ko'rsatkichlari yomonlashmasa bemor ekstubatsiya qilinadi. Ekstubatsiya qilinadigan kunda bronxolitiklar va gormonlar qo'llanaveradi, ularning dozalari asta-sekin kamaytirib boriladi, keyin esa umuman bekor qilinadi.

Noadekvat davo

Asoratlari.

1. Astma zo'raygan davrda narkotik analgetiklar va sedativ vositalarning qo'llanishga ruxsat berilmaydi. Ular nafas markazini susaytirishga va bir qadar erta va odatda bemorlarni asossiz ravishda O'SV ga o'tkazishga olib keladi. Statsionar sharoitlarida ifodalangan psixomotor qo'zg'alishda droperidolning kichik dozalari qo'l kelishi mumkin (2,5-5 mg). Tarkibida teofillin tutgan b-adrenoreseptorlari agonistlarini va preparatlarni venaga dozani va infuzomatlar yordamida yuborish tezligini nazorat qilgan holda yuborishi zarur, chunki taxifilaksiya, eufillin dozasi oshirib yuborish hollari yuz berish ehtimoli bor.

2. Kortikosteroidlar kam miqdorda yuborilganda ko'pincha astma xuruji cho'zilib ketishi mumkin.

3. Steroidlar, natriy kromolin (intal) va atsetilsisteinlarni ingalyatsiya qilmaslik kerak, chunki ular shilliq pardani yallig'lantiradi.

4. Ultratovush changlatgichlarni ishlatish tavsiya etilmaydi, chunki juda mayda zarrachalar alveolalarga tushib, shilliq pardani ta'sirlantiradi.

Astmatik holatdagi o'lim sabablari quyidagilar:

1) asosiy xastalikning og'ir-yengilligiga (davolab bo'lmaydigan zo'rayib boruvchi astmatik holat) ham, noadekvat davoga ham bog'liq bo'ladi. (noadekvat davoga morfin, promedol va sedativ vositalarning katta dozalari qo'llanishi kabilar misol bo'la oladi);

2) yetarlicha davo qilmaslik (masalan, jarayon zo'rayganda kortikosteroidlar bilan davolashdan voz kechish);

3) zo'r berib davo o'tkazish (β_2 -adrenomimetiklar va teofillin dozalarini oshirib yuborish, asossiz ravishda O'SV ga ko'chirish);

4) bartaraf etilmagan gipovolemiya – yurak yetishmovchiligining tez-tez uchrab turadigan sabablaridan biri;

5) aniqlanmagan asoratlar, shu jumladan yatrogen asoratlar (pnevmotoraks – bir va ikki tomonlama teri osti emfizemasi, ko‘ks oralig‘i emfizemasi, pnevmoperitoneum va boshqalar);

6) ortiqcha infuzion oqibatida ro‘y berdigan o‘pka shishuvi.

Astmatik holatga uchragan bemor doim nazorat ostida bo‘lishi zarur. O‘SV xavf keltirishiga qaramasdan uni kechiktirmaslik kerak, chunki o‘tkir nafas yetishmovchiligi zo‘rayib ketishi va davo kor qilmasligi mumkin.

Bemorlarni o‘rgatish. Bronxial astmali bemorlarni o‘z kasalini davolash va profilaktikasi amallariga o‘rgatib qo‘yish joiz va bu yaxshi natijalarga olib keladi.

Bronxial astma bilan og‘rigan odamlar o‘z kasalligining davosida yangi davolash metodlarini bilmasliklari mumkin. Vrach yordamida ular astmaning yengil xurujlarini uy sharoitlarida tezgina bartaraf etishlari va og‘ir xurujlari boshlanishiga yo‘l qo‘ymasliklari ham mumkin. Vrachga vaqti-vaqti bilan ko‘rinib turish bemorning muammolarini muntazam ravishda muhokama qilib, hal etib borishga, shuningdek uzoq muddat davolanish rejasini ishlab chiqishga ko‘mak beradi.

Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish institutining Astma-maktab rahbari, tibbiyot fanlari nomzodi G.T. Uzoqova boshchiligidagi xodimlari shu institut pulmonologiya bo‘limida davolanayotgan 206 nafar bemorni so‘rab-surishtirib ko‘rganlarida mashg‘ulotlar boshlanishidan oldin ularning 22,3 foizi bu kasallikning kelib chiqish sabablari to‘g‘risida yetarlicha ma‘lumotlarga ega ekanligi, 39,8 foizi esa bu borada hech narsa bilmasligi ma‘lum bo‘ldi. Bemorlarning 33,5 foizi davo uchun ishlatiladigan preparat eufillin deb hisoblashadi. 9,2 foizi berotekni gormonal vositalar qatoriga kiritishadi. Bronxial astmaga bosqichma-bosqich davo qilish tamoyillarini 10,2 foiz bemorlar bilishar, pikflometr yordamida monitoring olib borish va kundalik tutish ishlarini faqat 5,8 foiz bemorlar bajarishar ekan.

Bemorlarga xastalik to‘g‘risida o‘zlarini qanday tutish to‘g‘risida ta‘lim berib, o‘rgatish juda muhim, chunki ular astma simptomlarini har kuni nazorat qilib borishlari kerak. Asosiy bilim va ko‘nikmalarni bilishdan tashqari, ularni har bir konkret holga moslashtira olish ham kerak.

Bemorlarga ta‘lim berishdan maqsad – bronxial astmaga qarshi vrach uchun ham, bemor uchun ham qulay keladigan davo rejasini ishlab chiqish va uni to‘g‘ri bajarishdir.

Astmani uzoq nazorat ostida olib borish kasallik simptomlari va xurujlarining oldini olish uchun zarur bo‘ladigan hamma xatti-harakatlar aniq belgilab qo‘yilgan yozma davo rejasi bo‘lishini talab qiladi.

Yozma rejaqa quyidagilar kiritilishi kerak:

a) astmani nazorat qilib borish va xuruji oldini olish uchun ishlatiladigan preparatlarning har bir bemor uchun kerakli kundalik dozasi;

b) bemor o'zini ehtiyot qilishi kerak bo'lgan astma triggerlari;

d) astma og'irlashish tomoniga o'tib qolganida qilinadigan xatti-harakatlar, jumladan darhol ichish kerak bo'lgan bronxodilatatorning nomi va dozalari;

e) nazorat yomonlashib qolganini ko'rsatadigan belgilar – yo'talning zo'rayishi, ko'krak qafasining qisilayotgandek bo'lib sezilishi, nafas olishining qiyinlashuvi, tungi uyquning buzilishi, preparatlarning bir muncha tez-tez ishlatilishi va ularning yaxshi naf bermasligi, NEKT qiymatining pasayishi;

f) astma qo'zib qolganida va shamollashning dastlabki belgilari paydo bo'lganida qilinadigan xatti-harakatlar;

g) shoshilinch ravishda tibbiy yordam zarur bo'lib qoladigan vaziyatlarning bayoni.

Bemorni pikfloumetr yordamida o'pkaning funksional holatini nazorat qilib borishga, shuningdek nebulayzer, speyser va ingalyatorlardan to'g'ri foydalanishga o'rgatish ham zarur.

Bronxial astma davosida zonalar sistemasi

Bu tamoyil bemorlarning o'ziga-o'zi qarab borishi uchun zarur. Shunga ko'ra u davo rejasiga kiritilishi kerak. Ushbu sistema simptomlarning nechog'lik tez-tez paydo bo'lib turishi va qanchalik og'ir o'tishiga, shuningdek NEKT (PEF) ning ko'rsatkichlariga qarab astma nazoratini har xil darajadagi zonalarga ajratishni ko'zda tutadi. Har bir zonaga muayyan davo sxemasi to'g'ri keladi. Zonalar sistemasi kasallikning tabiatan o'zgaruvchan va surunkali bo'lishini tushunib olish, o'z ahvolini kuzatib borish va astma nazoratini asliga keltirish uchun vaqtida zarur choralarini ko'rish xususida bemorlarga yordam beradi.

Yashil zona – hamma narsa joyida! Astma nazorat ostida, kasallik simptomlari yo'q, hayot faoliyati va bemorning uyqusi yaxshi. PEF ko'rsatkichlari bemor uchun eng yaxshi darajada ularning kecha-kunduz davomida o'zgarishi 20 foizdan kam. Bemor 3 oygacha yashil zonada bo'lsa, uni davoning bir qadar past bosqichiga tushirish mumkin.

Sariq zona – ehtiyot bo'lish kerak! Astma birdan xuruj qilib qolishi yoki og'irlashish tomoniga o'tishi mumkin. β_2 -agonistlar bilan qilinadigan davoni vaqtincha kuchaytirish kerak bo'ladi. PEF ko'rsatkichlari yashil zonaga qaytib kelguncha peroral (kuniga 30-60 mg dan) kortikosteroidlardan qisqa kurslar holida foydalanish tavsiya etiladi. Ingalyatsion kortikosteroidlar ishlatiladigan bo'lsa, ularning

dozalari to bemor ahvoli yaxshilanguncha oshiriladi. Bemorning tez-tez sariq zonaga tushib qoladigan holatda bo'lishi astmaning yomon nazorat qilinayotganidan darak beradi – davoni to'g'irlab, yo'lga solib olish zarur.

Qizil zona – xavfli vaziyat. Astma simptomlari bemor hayot faoliyati va uyqusini izdan chiqaradi. PEF ko'rsatkichlari, eng yaxshi deb hisoblanadigan darajadan 40 foiz kam va ularning o'zgaruvchanligi ko'proq seziladi. β_2 -agonistlar bilan qilinadigan davo va boshqa shoshilinch tibbiy yordam (statsionar yordam) ni kuchaytirish zarur. Yakka tartibda davolash rejasiga amal qilib borish kerak. Kasallik xuruji bartaraf etilib, bemor yashil zonaga o'tkazib olinganidan keyin davo rejasini boshidan oxirigacha qaytadan ko'rib chiqib, ushbu bemor uchun to'g'ri keladigan davoni tanlab olish zarur.

Bronxial astmani davolash rejasini to'la-to'kis bajariladigan bo'lsa, ana shu holdagina bu kasallikni nazorat qilib borishga imkon tug'iladi.

Bronxial astmada kuzatiladigan yallig'lanish jarayoni, uni qo'zg'atadigan omillar tabiatini tushunib yetish kasallik simptomlarini to'g'ri va o'z vaqtida baholashga yordamlashadi. Har bir konkret holga yakka tartibda yondoshishgina bronxial astmaga yaxshi davo qilish uchun shart-sharoitlar yaratib beradi. Kasallikning ilk bosqichlaridan boshlab to'g'ri davo qilib borish ko'pchilik bemorlarning kasallik simptomlaridan xalos bo'lib ketishiga, bo'g'ilish xurujlarini qaytarishga, tegishli preparatlarga bo'lgan ehtiyojni kamaytirishga olib keladi. Bemorlar o'z hayoti sifatini yuqori darajada saqlab qolishlari mumkin bo'ladi. Kishining mehnat qilib charchamaydigan yoshlik onlarida bronxial astmadan nogiron bo'lib qolish hollarini kamaytirish nihoyatda muhim vazifadir. Albatta, bu ishda muvaffaqiyatga erishmoq uchun tibbiyot xodimlari va bemorlar uzoq muddat o'zaro hamjihat bo'lishlari zarur.

Qirg'izistonda 1996-yildan buyon Respublika bosh pulmonologi, professor N.N.Brimqulov boshchiligida «Qirg'iz astma markazi» muvaffaqiyat bilan ishlab kelmoqda. Bu markaz tibbiyot xodimlari va surunkali o'pka kasalliklari, jumladan, bronxial astma hamda surunkali bronxit bilan og'rikan bemorlarning ko'ngilli uyushmasi hisoblanadi. Markaz bazasida bronxial astma bilan og'rikan bemorlar va ularning oila a'zolariga ta'lim beriladi, o'pka kasalliklari xususidagi o'quv dasturlariga muvofiq tibbiyot xodimlarining malakasi oshiriladi, ilmiy-ommabop bilimlar tarqatuvchi adabiyot nashr etiladi; bronxial astmaga yo'liqqan bemorlar to'g'risidagi, astmaga qarshi preparatlar to'g'risidagi ma'lumotlar banki yaratilgan, shuningdek, preparatlarni sotib olishga ko'maklashib ham boriladi. Markazda bundan tashqari, respublika va xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyalari o'tkazib turiladi.

Qirg'iziston astma markazi ishining muhim tomoni zamonaviy davo metodlarini amalga tadbqiq etish va bemor bolalar reabilitatsiyasini o'tkazishdir. Bu borada bronxial astma bilan og'rigan kishilar va ularning bolalarida hayot sifatini o'rganish yuzasidan maxsus so'roq varaqalari yordamida ma'lumot to'plandi. Ish natijalarini tahlil qilish bemor bolalar va ularning ota-onalarida hayot sifati sezilarli darajada pasayib ketishini ko'rsatib berdi. Ta'lim dasturlaridan izchillik bilan foydalanilganidan keyin bunday vaziyat ijobiy tomonga qarab o'zgarib borishi aniqlandi (N.N.Brimqulov, 1999).

Toshkentda Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish institutidagi, Respublika ilmiy allergologiya markazi bazasidagi astma markazi (A.A.Nazarov) va 1- shahar klinik kasalxonasida tashkil etilgan shahar pulmonologiya markazi astma maktablari 5-yildan buyon muvaffaqiyat bilan ishlab kelmoqda. Bu maktablarda yuqori malakali vrachlar bemorlar bilan mashg'ulotlar olib borishadi. Mashg'ulotlarning mavzulari bemorlarga bronxial astma to'g'risidagi har tomonlama ma'lumot olishga imkon beradi. Astma maktablarida o'qib chiqqan bemorlar ahvolini monitoring qilish, ularda kasallikning qattiq qo'zib qolishi hollari, shuningdek, shoshilinch yordam preparatlarini (b2-agonistlarni va qisqa muddat kor qiladigan teofillin) ishlatishning keskin kamayganini ko'rsatib berdi.

Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-tekshirish institutidagi astma maktabi ishining asosiy yo'nalishlari quyidagilardir:

- Toshkent shahri, Respublika viloyatlari aholisi orasida Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti, shuningdek Ovro'po respirator jamiyati (ERS) ga tegishli xalqaro so'roq varaqalarini tarqatib, epidemiologik tekshirishlar olib borish;

- kasallanish hollarining ko'payib borish sabablarini tahlil qilish, davoning samaradorligiga baho berish maqsadida bronxial astmali bemorlar registrini yaratish;

- diagnostik va davolashga doir standartlarni joriy etish yuzasidan vrachlar uchun seminarlar o'tkazish, ta'lim beruvchi dasturlar bo'yicha bemorlarni o'qitish;

- uslubiy adabiyotlarni ishlab chiqish.

Pirovardida kompyuter texnologiyalarini tibbiyot amaliyotga joriy etish, internet sistemasi, elektron aloqa (pochta) larni sog'liqni saqlash amaliyotiga keng joriy qilish, olimlar bilan vrachlar o'rtasida faollik bilan axborot ayriboshlash, xalqaro konferensiyalarda ishtirok etish, xalqaro tashkilotlarning turli grantlari homiyligida amalga oshiriladigan loyihalarni ishlab chiqish, chet el investitsiyalarini jalb etish nazarda tutiladi.

Darvoqe, hozir jahon bo'ylab vrachlarni bir-biri bilan bog'laydigan Health-Net telekommunikatsion sistemasi mavjud. Uning yordamida elektron konferensiyalar o'tkaziladi vrachlar konsultatsiyalarini uyushtirish mumkin. Bu sistema dunyoning 150 dan ortiq mamlakatlar vrachlarining 19500 nafarini o'zaro birlashtirgan.

1956-yili «JNTERASMA» – xalqaro tashkiloti tuzildi. 1990-yili Moskvada akademik A.G. Chuchalin rahbarligida Rossiya pulmonologlari jamiyati safida «Interastma» tashkiloti tuzildi. Bu tashkilotlar bronxial astma muammolari bilan shug'ullanadigan turli ixtisoslikdagi vrachlarni – allergologlar, pulmonologlar, pediatrlar, umumiy amaliyot vrachlarini birlashtiradi.

1996-yilda Toshkentda Markaziy Osiyo pulmonologlari assotsiatsiyasi tuzildi. Bu tashkilot O'zbekiston, Qozog'iston, Qirg'iziston, Turkmaniston va Tojikiston pulmonologlarini birlashtirib, Markaziy Osiyoda pulmonologiya sohasida bo'ladigan hamma ilmiy-amaliy muammolarni hal qilishda yordam beradi.

1998-yildan beri Amerikada astma genetikasini o'rganuvchi guruh (CSGA) faollik bilan ish olib bormoqda. Britaniyalik hamkasblarimizni Angliya pulmonologiya jamg'armasi birlashtiradi.

Shunday qilib, bronxial astma bo'yicha yuqorida keltirilgan barcha faktlar va jahon miqyosida faol amalga oshirilayotgan tadbirlar, yangi xalqaro va regional jamiyatlarning tuzilayotgani, bugungi kunda ushbu kasallik muammosining tibbiy, ijtimoiy nuqtai nazarlardan juda aktual muammo ekanligini tasdiqlaydi.

O'PKA EMFIZEMASI

Amerika torakal jamiyatining ta'rifiga ko'ra (1962), o'pka emfizemasi anatomik o'pka alteratsiyasi bo'lib, terminal bronxiolalardan distalroq tomonda joylashgan havo bo'shliqlarining kengayishi bilan ta'riflanadi va alveolalar devorlarining destruktiv o'zgarishlarga uchrashi bilan birga davom etib boradi. Bu ta'rif keyinchalik Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan qabul qilindi va xalqaro miqyosda e'tirof etildi. Ushbu ta'rifga ko'ra, o'pka respirator bo'limlarining kengayishigina emas, balki sezilarli pnevmoskleroz belgilari bo'lmagani holda, ularning destruksiyaga ham uchrashi o'pka emfizemasida albatta bo'ladigan alomatlardir.

O'pka emfizemasi simptomlari bor bemorlar soni umumiy populyatsiyada 4 foizdan ko'ra ko'proq hollarda uchraydi, deb hisoblanadi, lekin autopsiya ma'lumotlariga qaraganda, bu kasallik o'lgan erkaklarning 60 va ayollarning 30 foizida qayd qilinadi. O'pka

patologiyasining bu xili odamning yoshi ulg'aygan sari ko'payib boradi va 60 yoshdan keyin asosiy klinik muammolarning biri bo'lib qoladi.

Emfizema odamlarda uchraydigan o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari jumlasiga kiradi, lekin Ovro'po Respirator jamiyati tavsiyalariga ko'ra, o'pka to'qimasi elastik asosida bo'ladigan destruktiv jarayon, deb hisoblanadi.

Emfizemaga patomorfologik yoki klinik nuqtai nazardan baho berishda turli tushunchalar – pnevmosklerozsiz yuzaga chiqadigan birlamchi mustaqil kasallik sifatidagi chinakam emfizema va pnevmoskleroz asosida kelib chiqqan ikkilamchi tartibda boshlanadigan o'pka shishuvi bir-biri bilan adashtiriladi. O'zgarishlarning o'pka to'qimasi asosiy morfofunktsional birligi (atsinus) ga qanday munosabatda bo'lishiga qarab o'pka emfizemasi panatsinar, sentriatsinar, periatsinar, irregulyar va bullyoz xillarga ajratiladi.

Birlamchi emfizema panatsinar (panlobulyar) emfizema bo'ladi. Uning uchun o'pka respirator bo'limlarining bir tekis zararlanishi xarakterlidir. Alveolalar va ularning yo'llari zararlanib, bular o'rtasidagi chegara bilinmay ketadi, alveolalar oralaridagi to'siqlar yo'qoladi, shunga ko'ra alveolalar kattalashib qoladi. Alveolalar apparatining nafasda ishtirok etuvchi yuzasi kichrayib, kapillyarlar tarmog'i reduksiyalanishi tufayli gazlar almashinuv mexanizmi buziladi: kengayib ketgan alveolalarda kislorod bilan karbonat angidrid aralashmasidan iborat bufer havo qatlami yuzaga keladi. Qonning kislorod bilan to'yinishi yomonlashadi. O'pkadagi elastik va kollagen tolalar zararlanishi tufayli nafas chiqarish vaqtida o'pka yaxshi qisqara olmaydigan bo'lib qoladi. Kapillyarlar tarmog'i tobora reduksiyalanib boraveradi, natijada gipoksiya boshlanadi.

Periatsinar (perilobulyar, paraseptal) o'pka emfizemasi biriktiruvchi to'qima to'sig'i yoki plevrage taqalib turgan o'pka to'qimasida emfizematoz o'choqlar paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Uning avj olishi ko'pincha o'pkada chandiqli o'zgarishlar bo'lishiga bog'liqdir.

Sentriatsinar (sentrilobulyar) emfizemada o'zgarishlar birinchi galda atsinusning markaziy qismida boshlanadiki, bu atsinus periferiyasi bo'ylab o'zgarmagan yoki kam o'zgargan alveolalar bilan o'ralib turgan respirator bronxiolalarga to'g'ri keladi. Bu xildagi emfizema fibrozlovchi ideopatik alveolit, sarkoidoz, pnevmokonioz, toksiko-kimyoviy pnevmoskleroz, nospesifik interstitsial pnevmoniya, gematogen tuberkulezga xarakterlidir. Bunda bo'lakchalar va ular atrofida peribronxial va perivaskulyar joylarda fibroz to'qima ko'payishi hisobiga o'pka bir tekis zichlashib boradi. O'pka to'qimasi uyasimon fibroz strukturalar ichida do'mpayib chiqadi, alveolalarning oralaridagi to'siqlar yoriladi, shuning natijasida yirik-yirik havoli pufaklar paydo bo'ladi, bu «bullyoz emfizema» deb ataladi.

Atsinusga qanday munosabat borligini aniqlash qiyin bo'lgan o'pka emfizemasi irregulyar emfizema yoki chandiqlik yoni emfizemasi deb ataladi. Bunda alveolalar ham, respirator bronxiolalar, alveola yo'llari ham zararlanadi. Chandiqlik yoni emfizemasi o'pka to'qimasining pnevmoniya, sil, sarkoidoz va boshqa kasalliklardan keyin paydo bo'lgan chandiqlik tufayli o'zgargan qismlarida boshlanadi.

Odam qattiq-qattiq ovoz chiqarib gapirganida, jismoniy jihatdan zo'r berganida, nafas yo'llariga sovuq havo ta'sir qilganida nafas yo'llari kengayib, havo bilan to'ladi, lekin bu emfizema deb hisoblanmaydi. Bronxial astma xuruji vaqtida ham ana shunday hodisa ro'y beradi, lekin bu xildagi ortiqcha havo to'planishi qaytar bo'lib, qo'zigan astma belgilari yo'qolib ketishi bilan barham topadi. Klinitstlar o'pka o'ta havoliligining klinik manzarasini tasvirlab turib, ba'zan «vikar emfizema» degan atamadan ham foydalaniladi.

Shunday qilib, o'pka emfizemasi uchun o'pka to'qimasi elastik tolalarining destruktiv jarayonga uchrashi va bundagi anatomik o'zgarishlarning qaytmas bo'lishi xarakterlidir.

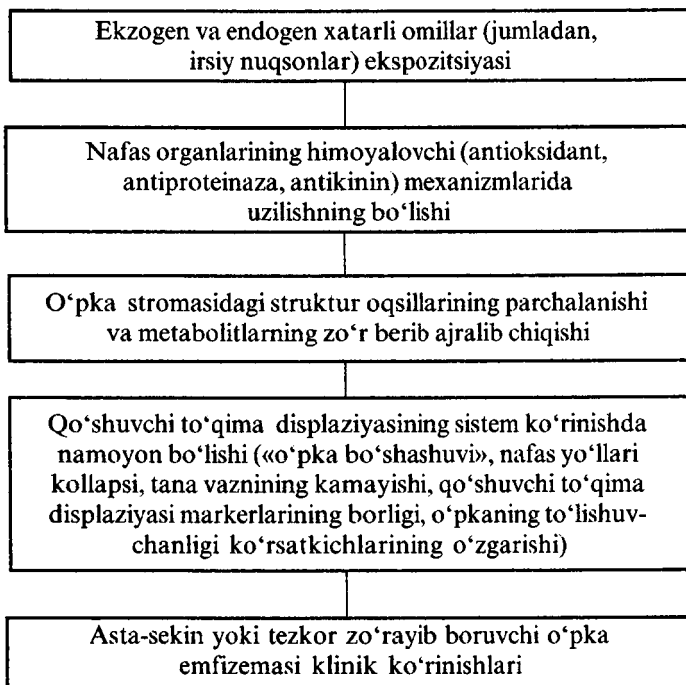
Emfizema boshlanishida odamning yoshi bilan jinsi qanday rol o'ynaydi degan masala keng muhokama qilinadi. Darvoqe, katta yoshli odamlarda, ayniqsa 60 yoshdan keyin emfizemalar bir muncha yosh odamlardagiga qaraganda ancha ko'p uchraydi. Odamning ko'pdan beri chekishi, kasb-korining zararli tomonlari, nafas yo'llari infeksiyon kasalliklari bilan og'rib o'tgani, dori vositalari, xususan steroid preparatlarni uzoq ichib yurgani emfizema boshlanish xavfini ancha kuchaytirib qo'yadigan omillardir. Odamda emfizema boshlanish xavfini soladigan har bir omilning ahamiyati solishtirib ko'riladigan bo'lsa, kishining yoshi bilan jinsi so'nggi o'rinda turadigan bo'lib chiqadi. Odam ko'pdan beri chekadigan bo'lgani ustiga yoshi ham bir joyga borib qolgan bo'lsa, bu – erkaklarda o'pka emfizemasi boshlanishiga katta ta'sir ko'rsatadi. Kashandalarga tana massasi defitsiti (TMD – tana toshining yetishmasligi) ning 20 kg/m³ dan kam bo'lishi o'pka emfizemasi boshlanishi xavfini aniq qilib qo'yadigan omil bo'lib hisoblanadi.

O'pka elastik tolalarida boshlanadigan destruktiv jarayon nafas yo'llarining terminal bo'limlarida proteolitik faollikning kuchayib ketishiga bog'liq, deb hisoblanadi. Chekadigan odamda uchraydigan o'pka kasalliklari bunga klassik misol bo'lib xizmat qiladi. Tamaki chekish elastaza faolligi kuchaygan neytrofilarning ko'plab alveolalar bo'shlig'iga chiqib kelishiga sabab bo'ladi. Chekish natijasida zarar yetishining yana bir mexanizmi tamaki tutunining kuchli oksidant xususiyatlari borligi va alveolalar makrofaglarida tutun qurumining to'planaverishiga bog'liqdir. Qurumning makrofaglardan chiqib ketishi qiyin, chunki u parchalanmaydi,

erimaydi, balki umrini yashab bo'lgan makrofag halok bo'lganidan keyin ham yosh hujayraga o'tib boraveradi.

Elastik tolalarning destruksiyaga uchrashi rosmana emfizema boshlanishi uchun hali yetarli emas. Bu kasallikning avj olib borishida nonormal reparativ jarayonlar, chamasi, muhim rol ni o'ynaydi. Bunda o'pka to'qimasi reparatsiyasida biologik jihatdan katta ahamiyatga ega bo'lgan fibroblastlar funksiyasiga alohida e'tibor beriladi. Emfizema boshlanishi uchun qo'shuvchi to'qima matreksi tarkibiga kiradigan va fibroblastlar tomonidan sintezlanadigan hamda proteoglikanlar deb ataladigan molekulalar faolligi ma'lum darajada ahamiyatga ega. Fibroblastlar va ekstratsellyulyar matricsning strukturaviy va funksional xususiyatlari to'qimalar gomeostazi (adekvat reparativ jarayon) ni ta'minlab beradi. O'pka emfizemasining biriktiruvchi to'qima displaziyasi jarayoni tariqasida avj olib borishi 1999-yilda V. I. Nechayev tomonidan isbot etilgan (chizmaga qarang).

O'pka emfizema rivojlanishi sxemasi



O'pka emfizemasi ekologik muhit holati bilan ma'lum darajada bog'liq bo'lgan kasallik hisoblanadi. O'pka strukturalarining zararlanishi, nafas yo'llari yallig'lanish kasalliklarining paydo bo'lishi va proteoliz-antiproteoliz tizim muvozanatining buzilishida pollyutantlarning muhim rol o'ynashi haqida talaygina epidemiologik, klinik hamda eksperimental materiallar to'plangan. Bunda pollyutantlardan ayniqsa oltingugurt va azot dioksidlari (SO_2 va NO_2) o'ta muhim rol o'ynaydi. Oltingugurt va azot dioksidlarining ingalyatsion yo'l bilan organizmga ta'siri epitelial hujayralar apikal qismidagi membrananing zararlanishiga olib keladi. Mana shu zararlanish xususidagi biologik signallar yallig'lanish mediatorlari, leykotriyenlar ajralib chiqishiga olib keladi va oksidantlar bilan antioksidantlar o'rtasidagi muvozanatning buzilishiga sabab bo'ladi. Antioksidant sistemaning holdan ketishi nafas yo'llari shilliq pardasidagi yallig'lanishning davom etib borishida patogenetik jihatdan muhim rol ni o'ynaydi.

Klinikasi. Emfizemaga uchragan kishilar o'ziga xos ko'rinishli bo'lib, ularda puflama musiqa asboblari chalayotgan kishilardagiga o'xshash lunjlarning shishganligi, lablari qisilganligi, yuz terisining qizarib turganligi ko'rinadi. Emfizemada klinik ko'rinish yorqin patognomik belgilar bilan ajralib turmaydi, unda bemorlarning hansirashi, yo'tali hamda balg'am tashlashi va tana vaznining kamayishi ustun turadi.

Odatda, emfizema bilan xastalangan bemorlarda hansirash zimdan zo'rayib boradi va hayotning oltinchi-ettinchi o'n yilliklarida sezilarli darajada bezovta qila boshlaydi. Bemorlar uzoq yo'talishi va balg'am tashlab turishi to'g'risida kam gapirsa-da, bunday xabarni ko'pincha oila a'zolaridan bilib olinadi. Emfizemaga xos hansirash alohida bir tempda bo'ladi, ayniqsa kasallik qo'zib, yo'tal turgan holatda bemor yuzi shishinquirab, pushtinamo qizargan bo'ladi, ingliz adabiyotida «pink puffer» («pushti solqi yuz») iborasi bilan emfizemali bemorlar ko'rinishining xarakterlanishini aytib o'tish mumkin. Emfizema bilan og'rigan kasallarda bo'ladigan hansirash mavzusida so'z yuritadigan bo'lsak, mualliflarning ko'pchiligi uning «makkor»ligini ta'kidlab o'tishadi, ya'ni hansirash uzoq yillar davomida zimdan kechib, so'ng tez zo'rayib borishi hamda bemor hayotiga tahdid solishi ro'y beradi.

Emfizema bilan og'rigan kasallarda balg'am hamisha juda kam chiqadi va tabiatan mukoid tusda bo'ladi: jarayon nafas yo'llarining terminal bo'limini qamrab olib, bakteriyalarga aloqador yallig'lanish jarayoni bunda ustun turmaydi.

Emfizema bilan og'rigan bemorlarda gavda vazni anchagina kamayib, u ozib ketadi. Bunday vaznning kamayishi nafas yo'llari terminal bo'limidagi katta qarshilikni yengish uchun respirator muskullarining

zo'riqib ishlashiga bog'liq bo'ladi. Shu tufayli o'pka kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni davolashga doir zamonaviy tavsiyanomalarda nafas aktida ishtirok etuvchi muskullar holatini baholashga, paradoksal nafas belgilari bor-yo'qligiga, diafragma, qorin pressi, qovurg'alar orasidagi muskullar hamda yelka kamari va bo'yin muskullarining respirator siklda qay darajada ishtirok etishini aniqlashga katta e'tibor beriladi. Emfizema bilan og'riqan va ko'krak qafasida sezilarli o'zgarishlar yuzaga kelib, respirator muskullari bo'shashgan bemorlar o'ringa yotganlarida diafragma zo'r berib ishlay boshlaydi, shunga ko'ra ular goho o'tirgan holatda uxlashga majbur bo'lishadi.

Emfizema bilan xastalangan kishilarda ko'krak qafasi silindrsimon shaklga kirib, perkussiyada undan chiqadigan tovush quti perkussiyasi tovushiga bir qadar o'xshab ketadi. O'pkaning pastki chegaralari, bir-ikki qovurg'a damiga past tushgan, o'pka uchlari o'mrovdan ko'tarilib qolgan va auskultatsiyada nafas keskin susaygan bo'ladi. Xirillashlarning bo'lishi emfizema uchun xarakterli emas, faqat yo'tal sinamasi o'tkazilganda biroz xirillashlar paydo bo'lishi yoki zo'r berib nafas chiqarilganida traxeal tovush eshitalishi mumkin.

Obstruktiv o'pka kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda yurakning auskultatsiyasi qiyinligini aytib o'tish kerak. Emfizema borligi tufayli yurak tonlari arang eshitaladi, ular shu qadar bo'g'liq bo'ladiki, auskultatsiyani epigastral burchakda o'tkazish tavsiya etiladi, bu joyda gipertrofiyalangan o'ng yurak bo'limlarining zo'r berib ishlayotgani ko'zga tashlanib turadi. Emfizema bilan og'riqan kasallarda «Sor pulmonale» boshlanadigan bo'lsa ham, u kasallikning terminal davridagina yuz beradi.

Ko'krak qafasi organlarini rentgenda tekshirish o'pka emfizemasi diagnostikasida katta ahamiyatga ega, chunki bunda shu kasallik uchun xarakterli belgilar topiladi. Diafragma gumbazining past turgani va zichlashib qolgani hamisha e'tiborni o'ziga tortadi. Yonlama flyuorogrammalarda o'pka maydonlarining qovurg'alararo kamgaklarga botib turgani bo'lsa diafragma ekskursiyasining sezilarli darajada susayganini aniqlash mumkin. Bu o'zgarishlar o'pka maydonlarining ortiqcha havoli bo'lib, retrosternal bo'shliqning kattalashib qolganiga mos keladi (Sokolov belgisi), yurak soyasi toraygan va cho'ziq tortgan bo'ladi, shunga ko'ra buni ifodalash uchun ba'zan «tomchisimon yurak» degan iboradan foydalaniladi. O'pka maydonlarida tomir soyalari ko'zga kam tashlanadi, ular o'pka ildizidan boshlab ipsimon tusga kiradi va o'pka maydonlarining chetlariga tomon yo'qolib boradi. Kompyuter tomografiyasi muhim diagnostik axborotni beradi va o'pka maydonlarining ancha havoli bo'lib, tomirlar naqshi kamayib qolganini tasdiqlab, bullalarni, ularning olgan joylari va katta-kichikligini ancha aniq qilib ko'rsatadi.

Diagnozni qo'yishda tashqi nafas funksiyasini tekshirib ko'rishga katta ahamiyat beriladi. Emfizema uchun eng xarakterli funksional belgilar quyidagilardir: o'pkaning elastiklik xususiyatlari pasayishi, nafas yo'llari distal bo'limining kollapsi, nafas yo'llari rezistentligining kuchayishi (buni umumiy pletizmografiya yordamida aniqlasa bo'ladi), o'lik bo'shliqning kattalashib qolishidir. Oqim-hajm egri chizig'ining tezlikka aloqador ko'rsatkichlari o'zgargan bo'ladi, oqim-hajm qovuzlog'ining botiq shaklda (kollaptoid tipda) bo'lishi xarakterlidir. Emfizema bilan og'rigan kasallarda obstruksiya turg'un va qaytmas bo'lib, o'pkaning diffuzion layoqati ko'proq darajada izdan chiqadi va gipoksemik o'zgarishlarning barvaqt paydo bo'lishiga olib keladi. O'pka qoldiq hajmining (O'QH) umumiy o'pka hajmiga (UO'H) nisbatining (O'QH/UO'H) kattalashib qolishi (50 – 60% va bundan katta bo'lishi) o'pka emfizemasi uchun patognomik bo'lib hisoblanadi. Ayni vaqtda rezerv nafas chiqarish hajmi keskin kamaygan yoki yo'qolib ketgan va demak, funksional qoldiq hajmi (FQH) va o'pkaning qoldiq hajmi (O'QH) bir-biriga tenglashib qoladi. Biroq O'QH/UO'H kattalashib boraveradigan va bir necha oy davomida ham asliga qaytavermaydigan bo'lsa, ana shunday hollarda o'pkaning elastiklik xususiyatlari yo'qolib borayotganini taxmin qilish mumkin.

Emfizema bilan og'rigan kasallarni periferik qon umumiy tahlilida, agar boshqa patologik jarayon bo'lmasa yallig'lanishga xos belgilar kuzatilmaydi. Arterial gipoksiya va giperkapniya boshlanishi munosabati bilan kompensator eritrotsitoz yuzaga kelib, eritrotsitlarning cho'kish tezligi susaygan bo'ladi.

Birlamchi va ikkilamchi o'pka emfizemasining L.N. Sarkova tomonidan tavsiya etilgan differensial - diagnostik mezonlari e'tiborga molik (10-jadvalga qarang).

10-jadval

Birlamchi va ikkilamchi o'pka emfizemasining L.N. Sarkova tomonidan tavsiya etilgan differensial-diagnostik mezonlari

Belgisi	Birlamchi emfizema	Ikkilamchi emfizema
Kasallikning boshlanishi	Hansirash	Yo'tal
Bemorning yoshi	30-40 yashar	40 yoshdan katta
Kasalning gavda vazni	Kamaygan bo'lishi mumkin	Ortgan bo'lishi mumkin
Bronxit simptomlari	Bo'lmaydi yoki o'rta-cha darajada ifodalangan bo'ladi	Sezilarli darajada bo'ladi

Jismoniy ishga tolerantlik	Keskin kamayadi	Kasallikning kechki muddatlarida kamayadi
O'pka gipertenziyasi	Kasallikning kechki muddatlarida namoyon bo'ladi	Barvaqt namoyon bo'ladi
Yallig'lanishga oid rentgenologik belgilar	Bo'lmaydi	Bo'ladi
Sezilarli darajadagi o'pka obstruksiyasi	Kasallikning erta muddatlarida bo'lmaydi	Bo'ladi
Nafas olishga qarshilik	O'zgargan emas	Kuchaygan
UO'Hning kattalashuvi	Xarakterli	Bo'lmaydi
O'pkaning cho'ziluvchanligi	Kuchaygan	Susaygan
O'pkaning diffuzion layoqati	Keskin susaygan	Ancha susaygan bo'lishi mumkin
Arterial gipoksiya	Faqat jismoniy ish vaqtida	Xarakterli
Giperkapniya	Faqat jismoniy ish vaqtida	Xarakterli
O'pkadagi morfologik o'zgarishlar	Panatsinar emfizema	Sentrilobulyar emfizema, sezilarli bronxit

Davolash. O'pka emfizemasida maxsus davo dasturlari qo'llanilmaydi. Bundan 10 yildan ko'proq vaqt ilgari a1-antitripsin bilan o'rinbosar terapiya olib borishni joriy etishga urinib ko'rilgan edi, lekin bu ish klinikadan oldingi davo dasturi doirasida qolib ketdi va hozir klinika amaliyotida keng qo'llanilmaydi. Proteoliz-antiproteoliz sistemasidagi muolajalar sekretolitik, antioksidant vositalar vitaminlarni buyurishdan iborat. Bu vositalarning bironyasi ham proteoliz tizimiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir ko'rsatmaydi. Atsetilsisteinni uzoq muddat ishlatib borishga katta ahamiyat beriladi, chunki u erkin radikallar hosil bo'lishini kamaytirish xossasiga ega bo'lib, sekret hosil bo'lishini idoralash va komplekslar hosil qilishini namoyon etadi.

O'pka emfizemasiga duchor bo'lgan kasallarni davolash dasturida ular turmushining sifatini yaxshilaydigan umumiy chora-tadbirlar birinchi o'ringa qo'yilishi kerak. Chekish odatidan voz kechishga katta ahamiyat beriladi. Kashandalarda uchraydigan kasalliklar yuzasidan olib borilgan zamonaviy tadqiqotlar chekuvchi kasallarga yordam berishda

vrachlarning nihoyat darajada kam faollik ko'rsatayotganidan darak beradi. Vrachlar 50 foizdan kam hollarda chekish to'g'risidagi masalani rosmi o'rta qo'yishadi va 5-8 foiz hollardagina davolash dasturlarini taklif etishadi.

Dori-darmonlar bilan davolash dasturi bronxlarni kengaytiruvchi vositalar va kortikosteroidlarni buyurishni o'z ichiga oladi. Qonda ko'pi bilan 13-16 g/l konsentratsiyani hosil qiladigan va uzoq ta'sir ko'rsatib turadigan teofillinlar keng qo'llaniladi. Emfizema bilan og'riqan bemorlarda ko'p uchraydigan o'zgarish – o'pka ventilyatsiyasi va perfuziyaning izdan chiqishi teofillinlarni ishlatishni taqozo qiladi.

Kortikosteroidlarni ishlatish xususiga kelganda, bu to'g'rida har il fikrlar bor, chunonchi, ularning miopatik ta'sirini albatta hisobga olish kerak, chunki bu – emfizemali bemorlar uchun ziyon berib qo'yishi mumkin.

Emfizema vaqtida maxsus davolash choralarini ko'rishni talab qiladigan asoratlilar ro'y berishi mumkin. Masalan, pnevmotoraks – odamning hayotiga tahdid soladigan og'ir asoratlarning biridir. Zamonaviy torakoskopik texnikaning rivojlanishi bullez emfizemaga endoxirurgik metodlar bilan davolash uchun imkon beradi.

Emfizema bilan og'riqan kasallarning barchasiga jismoniy dasturlar, ayniqsa ko'krak qafasini uqalash, nafas gimnastikasi va kineziterapiyani o'rganib olish o'rinli bo'ladi.

O'tkazilayotgan optimal farmakologik terapiyaga qaramay bemorning faolligi cheklangan holicha qolaveradigan bo'lsa, jismoniy mashqlarga asoslangan reabilitatsion dastur foydali bo'lishi mumkin. Bu mashqlar zinalardan ko'tarilish, treydmilda yurish, veloergometrda mashq qilishdan iborat bo'lishi mumkin. Kishining jismoniy mashqlarni nechog'lik ko'tara olishi, ularning turiga bir qadar bog'liq, lekin sayr qilib yurish bemorlarning ko'pchiligi uchun jismoniy mashqlarning eng ma'qul shakli bo'lib hisoblanadi, 6 yoki 12 minut davomida yurishni o'z ichiga oladigan oddiy sinamalar jismoniy nagruzkalar kuchini monitoring qilib borishning eng arzon metodidir. Eng ma'qul keladigan mashq dasturlarida bemorlarning haftasiga 3 marta, 20 minutdan 30 minutgacha, jismoniy mashqlar bilan shug'ullanib turishi talab qilinadi. Maqsad yurak-tomirlar sistemasini mashq qildirishdan iborat emas, chunki nafasning cheklanganligi yurak qisqarishlarining sonini kerakli darajaga yetkazish uchun imkon bermaydi. Bunday mashqlar odamda ularga bo'lgan chidamni oshirib, hansirashni kamaytiradi va qondagi gazlar nisbati hamda o'pka funksiyasini o'zgartirmagani holda bemorning kayfiyatini yaxshilaydi. Jismoniy mashqlar bilan muntazam shug'ullanib turishga barham beriladigan bo'lsa, odamning ularga nisbatan orttirgan chidami tez orada yo'qolib ketishi mumkin. To'g'ridan-to'g'ri nafas

muskullarining kuchi va chidamini oshirishga ham harakat qilinmoqda. Qarshilikni yengishga qaratilgan nafas mashqlari odamning jismoniy mashqlarga chidamini oshirish mumkin. Bunda lablarni qisib turib nafas olish, nafas chiqarishni yengillashtirish uchun muskullardan foydalanish singari oddiy nafas harakatlarini bemorga o'rgatish muhim.

Nafas dasturlarining boshqa bir foydali qismi energiyani ehtiyot qilish, odatdagi kunduzgi faoliyat vaqtida zo'r kelishini kamaytirishga oid yo'l-yo'riqlar berishdir. Bu – ko'pgina bemorlarda havo yetishmay qolishidan qo'rqish hissini kamaytirish va shu bilan ular hayotining sifatini oshirishga yordam beradi.

Kislorod bilan davo qilish emfizemali bemorlar uchun o'ta foydalidir, chunki bu kasallarning umrini cho'zish imkonini beradi. Emfizema bilan og'rib, «cor pulmonum» ga uchragan va gipoksiyasi bor bemorlarda uzoq muddat kislorod bilan davo qilish ular umrini 5-6 yilga uzaytirishi mumkin. Bemorlarga har kuni loqaqal 14-18 soat (kechasi ham) kislorod berib turilganida ularda umrning uzayishi ko'rilgan (L. Zelinski, 2001).

Uy havosi bilan nafas olinganida kislorodning kundalik parsial bosimi simob ustuni hisobida kamida 55 mm bo'lsa yoki bemor arterial qonining kislorod bilan to'yinishi kamida 90 foizni tashkil etsa, ana shunday bemorlarda kislorod bilan davolash yaxshigina naf berishi mumkin. Bu ko'rsatkichlarni o'lchash ishlari bemorning dardi klinik jihatdan turg'unlashgan davrda o'tkazilishi kerak, kasallik qo'zib qolgan yoki yaqinida qo'zib o'tgan paytda uzoq muddat kislorod bilan davolash usulini qo'llash yaramaydi. Kislorod parsial bosimi simob ustuni hisobida 55-59 mm ni tashkil etgan bo'lsa, «cor pulmonale» yoki politsitemiya singari og'ir gipoksiyasiga aloqador belgilar bo'lgan kasallarda ham ahvol qo'shimcha ravishda kislorod bilan davolashdan keyin ancha yaxshilanishi mumkin. Uzoq muddat kislorod bilan davolash chekishni hamon davom ettirayotgan va qonida karboksigemoglobin miqdori yuqori bo'ladigan kasallarda ham bir muncha naf berishi mumkin.

Kislorod odatda burunga tutib qo'yiladigan uchlik orqali berib turiladi, bunda uning tezligi harakatsiz yorgan paytida 65-80 mm atrofida O_2 , parsial bosimini yuzaga keltirish uchun kifoya qiladigan bo'lishi kerak, bu tezlik bemorning tinch vaqtida odatda 3 l/min dan va jismoniy harakat paytida 5 l/min dan oshmaydi. Uzoq muddat davom etadigan kislorodoterapiyani o'tkazishda siqilgan gazli, suyuq kislorodli balonlar va kislorod konsentratorlari asosiy kislorod manbai bo'lib xizmat qiladi.

Uzoq muddatli kislorodoterapiya bemor tinch turgan paytda ham og'ir gipoksiya seziladigan (O_2 parsial bosimi simob ustuni hisobida 50-55 mm bo'ladigan) va giperkapniya boshlanadigan paytda – kechalari odam bezovta bo'lib, uyqusida bosinqirab chiqadigan mahallarda o'rinni bo'ladi.

Bunday davo odamning odatdagi faolligini birmuncha cheklab qo'yadigan hansirash vaqtida ham bir muncha naf beradi.

Juda sezilarli gipoksiya va surunkali giperkapniya bo'lsa, oksigenoterapiya vaqtida alveolyar gipoventilyatsiya boshlanib qolishi munosabati bilan giperkapnik koma ro'y berishi mumkin.

Sust oqim bilan uzoq muddat kislorod berib davolashda ba'zi asoratlarning oldini olish uchun quyidagi dori vositalaridan foydalanish tavsiya etiladi:

- nafas markazini qo'zg'atuvchi vositalar (kordiamin);
- nafas muskullarini faollashtiruvchi vositalar (prozerin);
- surfaktantni kislorodning zararli ta'siridan saqlaydigan vositalar (essensiale);

- lipidlarning peroksidlanishini va bronxopulmonal sistemaga zarar beradigan erkin radikallar hosil bo'lishini kamaytiradigan vositalar (antioksidantlar – vitamin Ye, vitamin C);

- qonning reologik xossalarini yaxshilaydigan vositalar (geparin, kurantil, trental);

- o'pka gipertenziyasini kamaytiradigan vositalar (nitratlar, kalsiy antagonistlari).

O'pka emfizemasi bilan og'rigan bemorlarda kasallik rosmaga qo'zib qolgan paytlarda o'pka emboliyalari, miokard infarkti, dimlanishga aloqador yurak yetishmovchiligi kelib chiqishi mumkin. Ro'y berishi mumkin bo'lgan ana shunday hodisalardan tashqari, davolovchi vrach yatrogen sabablar bo'lishi mumkinligini ham hisobga olishi kerak, chunonchi, sedativ preparatlar yoki beta-blokatorlar pala-partish ishlatiladigan bo'lsa, bular ham respirator yetishmovchilikka olib kelishi mumkin. Chekishga barham berish – emfizema bilan og'rigan kasallarda nafas yetishmovchiligining zo'rayib borishiga yo'l qo'ymaydigan muhim shartlarning biridir.

O'pka birlamchi va ikkilamchi emfizemasi profilaktikasida turmush maromini saqlash, to'g'ri ovqatlanish, o'z vaqtida adekvat davolanish to'g'risidagi ma'lumotlarni bemorga tegishli ravishda berib borish o'ta muhimdir.

MUKOVISSIDOZ

Mukovissidoz erta bilinadigan va og'ir kechadigan irsiyat bilan bog'liq bo'lgan eng ko'p uchrab turadigan kasallikdir. U ko'p vaqtdan bo'yon pediatri, terapevt, pulmonolog, gastroenterolog, genetik, sotsiolog va psixologlarning diqqat e'tiborini jalb qilib kelmoqda. Bu xastalik ayniqsa industrial davlatlarning muhim ijtimoiy-tibbiy muammosi bo'lib qolmoqda, chunki ularda barcha yoshli aholi orasida mukovissidoz soni sezilarli darajada o'sib bormoqda.

Har yili dunyoda 45000 dan ortiq MV ga chalingan odamlar tug'iladi, jumladan AQSHda ular soni 2000, Fransiya, Angliya, Olmoniyada 500 dan 800 gacha, Rossiyada – 750 dan ziyodga yetadi. Rossiyada 2000-yilda bu bemorlarning soni 35000 dan oshishi, MDH davlatlarida – 75000, AQSHda – 100000 kishiga yetishi oldindan o'tkazilgan tegishli hisob-kitoblar bo'yicha ma'lum edi.

MV autosom – resessiv holda nasldan-naslga o'tadi. Agar ikkala ota-onaga gen tashuvchi (geterozigota) bo'lishsa, MV ga chalingan oilada kasalga chalingan bolaning tug'ilishi 25 foizni bordiyu, ota-onadan biri MV xastaligiga ega bo'la turib, ikkinchisi ushbu kasallik bo'yicha faqat gen tashuvchi bo'lsa, u holda bunday bu oilada bo'lajak naslning yarim qismi kasal, ikkinchi yarmi esa – geterozigot holda tug'ilishi ma'lum. Odatda MV geni bo'yicha geterozigota soni – 2,5 foizga teng bo'ladi. Rossiyada ularning soni 8 mln. dan ortiq, MDHda – 15 mln., AQSHda – 12,5 mln., dunyo bo'yicha esa 275 mln. kishidan ortiqdir. MV Osiyo va Afrika mahalliy aholisi orasida kamdan-kam uchraydi (1:100000 dan kam). MV ning sobiq Ittifoqga kirgan respublikalardagi tarqalish ko'rsatkichlarini aniq qayd etish imkoni yo'q, chunki bu kasallik bo'yicha tibbiy statistikada alohida nozologik birlik ajratilmay, u «boshqa kasalliklar» ruknida ro'yxatga olingan.

Xlor ionlarining apikal epitelial hujayralar membranasi orqali o'tkazilishini boshqarishda qatnashuvchi va endokrin bezlari epiteliysi tomonidan xloridlar sekresiyasining deyarli to'la-to'kis to'xtashiga olib keluvchi patologik oqsil (TRMB) tabiatini ochish MV patogenezini aniqlashda yordam berdi (B.Strandvieks, 1988). TRMVning hujayra membranasi apikal qismiga mansub xlorid kanali ishini adekvat ravishda boshqara olmasligi munosabati bilan xlor ionlari hujayra ichida to'planadi, bu chiqarish yo'llarining yoriqlarida elektr kuchini ancha o'zgartirib yuboradi va natriy ionlarining yoriqlardan hujayra ichiga ko'proq o'tishiga yordam beradi. Ma'lumki, ushbu yoriq o'ziga xos «so'rg'ich» vazifasini bajaradi va suvni ko'p miqdorda hujayraga «so'rib oladi». Shu sababli yuqorida aytib o'tilgan a'zolar va bezlar yo'llariga mansub

sekretlarning suv komponentlari kamayadi. Bu o'z navbatida ularning ortiqcha darajada yopishqoq bo'lishiga, dimlanib qolishiga, qiyinchilik bilan chiqib ketishiga va ushbu a'zolarida ikkilamchi o'zgarishlarga olib keladi.

MVda ikkinchi bo'lish ehtimoliga ega patofiziologik nuqson ham aniqlangan, u sulfatlarning turli glikokon'yugatlardan, shu jumladan, mutsinsimon molekulalar, proteoglikanlar zo'r berib hosil bo'lishidan, shuningdek hujayralar yuzasida joylashgan glikokon'yugatlardan iborat. Bu mexanizm tarkibida epiteliyal hujayralarda sulfat yoriqlari kattaligining oshishiga olib keladigan ionlar transporti buzilishlari va boshqaruv jarayonlarining buzilishiga sabab bo'ladigan sulfat aktivligining pasayishi qamrab olishi mumkin. Sulfatlarning ortiqcha hosil bo'lishi bronxial sekret yopishqoqligining kuchayishiga olib keladi. Aniqlangan biokimyoviy o'zgarishlar MVda mukotsiliar klirens patofiziologik asoslari qonuniy buzilishining bir ko'rinishi va hujayra birikmalari barqarorligi bo'lib, ular bakteriyalar to'planishiga, keyinchalik esa o'pkada surunkali zo'rayib boruvchi infeksiyon jarayon rivojlanishiga olib keladi. Afsuski, MV bilan og'rigan bemorlarning bioptatlarida, bakteriyalar, jumladan, Staph. aureus, H.influenzae, Ps. aeruginosa lar patologiyasida eng ko'p uchrab turadigan bakteriyalarning jalb qilinishi va kolonizatsiyasiga qanday omillar olib kelishi haqidagi bilimlar chegaralangan, lekin nafas a'zolarining ushbu mikroorganizmlarga bo'lgan maxsus beriluvchanligi tasdiqlangan (Shabolova L.A., 1994).

«In vitro» tajribalarda ko'rsatilishicha, bakteriyalarni o'rab turgan matriks shilliqqa nisbatan monoklonal antitelalar sekretining ko'proq hosil bo'lishi respirator epiteliyal kiprikchalarida D. Acroginosa bakteriyalari to'planishida hal etuvchi rol o'ynaydi. Ko'pchilik mualliflarning fikricha, MV bilan og'rigan bemorlarda epiteliyani qoplovchi yopishqoq sekret to'planganda mayda koloniyalarni saqlab turishi va mikroorganizmlar adzeqiyasiga yordam berishi va fagotsitozga to'sqinlik qilishi mumkin. Chamasi, MVda surunkali yallig'lanishning nuqsonli siklida mahalliy omillar asosiy o'rin tutadi, bu omillar infeksiyani bartaraf etishga yo'l qo'ymasdan, bronxial sekretning biokimyoviy nuqsonlaridan tashqari, mikroorganizmlar hayot faoliyati mahsulotlarini ham yo'q qiladi. Bu bakteriyalar mahsulotlari orasida xususan, Ps. Aeruginosa ajratadigan qator proteolitik fermentlar ham bor, jumladan kuchaytiruvchi ta'sirga ega endotoksin A bor. Aksincha, quyi molekulyar moddalar (fenazinpigmentlar, piotsianin) limfotsitlar faolligini ingibirlab, silindrik epiteliyal kiprikchalarning harakatlanish tezligini pasaytirish xususiyatiga ega bo'ladi. T-limfotsitlar ingibirlanishi interferon singari limfoleykinlar ishlanib chiqishini kamaytirishga olib keladi, limfoleykinlar alveolyar

makrofaglarni rag'barlantirish uchun zarur bo'lib, ularning to'la tinchlanib qolishiga sabab bo'ladi (M. Badard et al, 1989). Natijada bakteriyalarning persistentlanishi va ularning neytrofillarni jalb etuvchi xemoatraktantlar ishlab chiqarishi uchun qulay shart-sharoitlar yaratiladi. Bundan tashqari, zararlangan epiteliy hujayralari bakterial adgeziya uchun reseptorlar bo'lib hisoblanishi mumkin, adgeziya esa surunkali o'pka yallig'lanishida yetakchi rol o'ynaydi (S.V. Rachinskiy, 1987). Kasallik zo'rayib borgan sari bronxial bo'shliqda neytrofillar va proteinkinazalar (elastaza va katepsinlar) miqdori oshib boradi. a1 – antitripsin singari fiziologik proteinkinazalar ingibitorlari Ps. Aeruginasa enzamlari tomonidan bakteriya bartaraf etilgunga qadar inaktivatsiyalanishi mumkin. Shunday qilib, neytrofillar ishlab chiqaradigan moddalar lokal immun javobning buzilishiga, o'pka mahalliy himoyalashining yomonlashuviga olib kelishi va bevosita o'pka parenximasini zararlantirishi mumkin (M.C.Plotkowsky et al, 1993).

MVning bir necha klinik turlarini ajratish rasm bo'lgan 15-20 foiz kuzatuvlarda uchraydigan bronx-o'pka turi, 65-70 foiz hollarda kuzatiladigan aralashgan o'pka-ichak turi va 5-10 foiz kuzatuvlarda qayd qilingan ichak turi shular qatoriga kiradi. MVning bronx-o'pka va aralashgan turi bilan og'rigan katta yoshli bemorlarda klinik ko'rinishlarda nafas a'zolari patologiyasi ustunlik qiladi: surunkali, yiringli, yiringli-obstruktiv bronxit, ikkilamchi bronxoektazlar, o'pka emfizemasi, diffuz pnevmoskleroz, o'ta og'ir o'pka yetishmovchiligi shular jumlasidandir (E.K.Samilchuk, 1993).

Bemorlarni paroksizmal tip yo'tal bezovta qiladi, bu yo'tal qiyinchilik bilan ajraladigan yiringli yoki shilliq-yiringli yopishqoq balg'amli bo'ladi. Bir oz jismoniy ish qilinganda ham bemor hansiraydi. Kislorodning porsial bosimi anchagina pasaygan bo'ladi. Bu ko'rsatkichning ancha pasayishi yomon prognostik belgi hisoblanadi. Bunday toifa bemorlarda spontan pnevmotoraks ro'y berish ehtimoli bor.

Tashqi nafas faoliyati tekshirib ko'rilganda obstruktiv va restriktiv tip jiddiy buzilishlar aniqlandi. Mukovissidoz bilan og'rigan 15-20 foiz bemorlarda, poliplar borligi natijasida burun yo'llari obstruksiyasi kuzatildi. Ko'pincha surunkali yiringli jarayonlar – pansinusitlar, otitlar, periodontitlar, tishlar kariyesi qayd etiladi.

Me'da-ichak yo'li tomonidan MVning klinik alomatlari hazm fermentlarining gipersekresiyasi bilan belgilanadi. Steatoreya yoqimsiz hidli, tez-tez va ko'p ich kelishi yuz beradi. Ko'pincha gepato- va splenomegaliya, ichaklar polipozi va to'g'ri ichakning tushishi aniqlanadi. Endokrin bezlari bilan bir qatorda ko'pincha me'da osti bezining funksiyasi ham o'zgaradi, bu – ba'zi bemorlarda qandli diabetning

rivojlanishiga olib keladi. MV bilan og‘rigan katta yoshli bemorlarda siydik-tosh xastaligi uchrab turadi. Ayollarda ko‘pincha dismenoreya va amenoreya paydo bo‘lib, erkaklarda azospermiya qayd etiladi (A.G.Chuchalin va boshqalar, 1994).

Hozirgi vaqtda diagnoz (tashxis) surunkali bronx-o‘pka jarayoni, ichak sindromi, sibslarda MV borligiga «ter» testi borligi bilan asoslanadi.

Kasallik yaqqol ifodalanganda tashxis qo‘yish qiyin emas. Shunga qaramasdan MV borligini tasdiqlash uchun «ter» testini uch marta qo‘yib musbat natija olish talab qilinadi, bunda ter ajratadigan xlorid miqdori 60 mmol/l dan ortiq bo‘lishi va kamida 100 mg ter ajralishi mumkin. Chegaradagi darajalar olinganda (40-60 mmol/l) oilani genetik jihatdan tekshirib ko‘rishga to‘g‘ri keladi.

Klinik polimorfizmni hisobga olib turib, MVga tashxis qo‘yishni quyidagi xavf soluvchi guruhlarda o‘tkazish lozim (11-jadvalga qarang).

MVni davolash qiyin masala hisoblanadi, u katta ma‘naviy va jismoniy kuch talab etadi, shuningdek unga ko‘p vaqt ketadi va katta mablag‘ sarf etiladi. Masalan, AQSHda uni amalga oshirish uchun bir bemor uchun yiliga juda katta mablag‘ dollar zarur bo‘ladi.

Shak-shubhasiz, bakteriyalarga qarshi davolash o‘z muhim ahamiyatini saqlab qoladi. Ko‘k yiring tayoqcha infeksiyasi rivojlanishining oldini olish MVni davolashda hayotiy muhim vazifa bo‘lib hisoblanadi, buning uchun o‘pkadagi infeksiyon jarayonlarni faol davolash zarur bo‘ladi, bu jarayonlarga H.influenzae, Str. Pneumoniae, Staph. Aureus dan oldin paydo bo‘lgan mikroorganizmlar sababli bo‘ladi. Hozirgi vaqtda MVda stafilokokkni ekish yo‘li bilan olingan yarim sintetik penitsillinlar (ampitsillin, oksatsillin, ampioks), sefalosporinlar (sefamizin), klaforan, longatsef, seftazidil-fortum qo‘llanilganda eng samarali natijalarga erishiladi (11-jadvalga qarang).

11-jadval

MVga moyil guruhlar klinik tur va sindromlar bo‘yicha (differensial tashxis uchun)

I. Bronx-o‘pka kasalliklari:

1. Surunkali qaytalanuvchi pnevmoniyalar.
2. Abscess beruvchi zotiljamalar, ayniqsa ko‘krak yoshidagi bolalarda
3. Surunkali pnevmoniya, ayniqsa ikki tomonlama bo‘lsa.
4. Resediv beruvchi bronxitlar, bronxiolitlar, ayniqsa R.aeruginosa chaqiradigan turlari.

II. Meda-ichak yo‘llarining o‘zgarishlari:

5. Genezi noma'lum bo'lgan ichakdan so'rilishning buzilish sindromi.
 6. Chaqaloqlarda surunkali obstruktiv sariqlik sindromi.
 7. Jigar sirrozlari.
 8. Qandli diabet.
 10. Gastroezofagal reflyuks.
 11. Xolelitiaz.
 12. To'g'ri ichak tushishi.
- III. Boshqa a'zo va tizimlardagi o'zgarishlar:*
13. Bo'y o'sish va jismoniy rivojlanishlarning buzilishi.
 14. Jinsiy rivojlanishning orqada qolishi.
 15. Erkaklar jinsiy zaifligi.
 16. Burun poliplari.
 17. MV bilan og'riqan bemorlar oilalarida aniqlangan sibslar.

Antibiotiklarning buyuriladigan miqdori, odatda yoshga qarab belgilanuvchi dozalardan 2-3 baravar ortiq bo'ladi, buni MVdagi farmakokinetika xususiyatlari bilan izohlanadi, bu xususiyatlar eng avvalo preparat qaysi yo'l bilan ajratilishidan qat'i nazar, amalda barcha antibiotiklar guruhlariga mansub sistem klirensning ko'payishi bilan tavsiflanadi. MV bilan og'riqan bemorlarda arterial bosim oshganda mikroorganizmlarning bronxlar ichida joylashganini ham hisobga olish kerak, ya'ni kasallik keltirib chiqaruvchi mikroblar bronxlar yorig'ida joylashadi, bakteriyalar shilliq ostidan o'rin olmaydi va juda kamdan-kam hollarda ular alveolalar yorig'ida aniqlanadi. Shu bilan bir vaqtda penitsillinlar, sefalosporinlar, aminoglikozidlar kabi antibiotiklar balg'amga kam o'tadi, bu preparatlarning bronxial sekretidagi konsentratsiyalari esa tegishli zardob konsentratsiyasiga nisbatan olinganda 10-20 foizni tashkil etadi. Gidrofob antibiotiklar (tetratsiklin va xloramfenikol) balg'amga ko'proq tushadi-yu, lekin ularning mikroblarga qarshi ta'siri ularni MVga uchragan bemorlarda qo'llanishini cheklab qo'yadi. Ftorxinolonlar parenteral qo'llanilganda yaxshi so'riladi va bronxial sekreda to'planadi.

Balg'amni ekib ko'rilganda stafilokokk aniqlansa antibakterial terapiyaning quyidagi usullari ishlatiladi:

1. Stafilokokklarga qarshi ta'sir ko'rsatish doirasi tor preparatlarni tashxis qo'yilgandan boshlab umr bo'yi profilaktika maqsadida qo'llash. Kloksatsillin, flukloksatsillin eng ko'p qo'llaniladi. Kasallik zo'rayganda qo'shimcha ravishda makrolidlar, fuzidin kislotasi bilan birga oksatsillin, xloramfenikol, kotromoksazol, sefalekssin, tetratsiklin, rifampitsin preparatlari bir martalik davolash yoki qo'shma holda 14 kunlik kurs holida tayinlanadi.

2. Qo'g'atuvchini iloji boricha bartaraf etish maqsadida bemorning ahvolidan qat'i nazar, ekib ko'rilganda stafilokokk aniqlansa stafilokokklarga qarshi davolash kursi (14 kun) o'tkazish kerak. Bordiyu, stafilokokk balg'amda yo'qolmasa, qo'shimcha holda stafilokokka qarshi preparat bilan 2-3 marta takror davo qilinadi, shundan so'ng stafilokokk balg'amda bo'lmaganda MV bilan og'rigan bemorni stafilokokklarga qarshi preparatlarning uzoq muddat davomida qabul qilishga o'tkazish masalasi hal qilinadi.

3. Stafilokokk keltirib chiqargan bronx-o'pka yallig'lanish jarayoni faqat xuruj qilganda stafilokokklarga qarshi preparatning birini yoki ularning qo'shilmalarini qo'llash kerak (M.Label, 1991).

Ko'k yiring tayoqchasi ekib olinganda antibiotiklar bilan davolash yo'l-yo'rig'i turlicha bo'lib, u ko'k yiring tayoqchasining qanchalik uzoq vaqt mavjudligi bilan bog'liq bo'ladi. Chunonchi, Daniyadagi MV markazlarida ko'pchilik bemor bu tayoqcha birinchi bor topilganda (uning mavjudligi doimiy bo'lmaganda) antibiotiklar bilan davolash jadvalda keltirilganday o'tkaziladi. Bunday yo'l bilan davolashda ko'k yiring tayoqchasi beqaror tashuvchilikining tez-tez o'zgarib turishini 58 foizdan 14 foizgacha tushirishga erishiladi.

12-jadval

P.Aeruginosa profilaktikasi bo'yicha Daniya MV markazlarida qo'llaniladigan mikroblarga qarshi davolash sxemasi

Ko'k yiring tayoqchasini ekib, aniqlash tezligi	Kolistin ingalyatsiyasi	Sitrofloksatin kuniga mg/l hisobida ichishga	Haftalar davomida
1-ekma	1 mln TB kuniga 2 marta	25-50	3
2 - ekma	2 mln TB kuniga 3 marta	25-50	3
3 - ekma	2 mln TB kuniga 3 mahal	25-50	12
Ko'k yiring infeksiyasiga qarshi davoni vena orqali olgan bemorlarda bir necha oylarda o'sha tayoqcha topilmagan	2 mln TB	25-50	3

MV bilan og'rigan bemorlarda kasallikning og'ir kechishiga va o'lim bilan tugashiga sabab bo'ladigan surunkali ko'k yiring infeksiyasida antibiotiklar bilan davolash usuli keyingi jadvalda keltirilgan.

Dorining parenteral yuborilishidan tashqari bu infeksiyada antibiotiklarni ingalyatsiya qilish va yoki antibiotiklarni venaga yuborish kurslari orasida xinolonlarni faol qabul qilish keng ko'lamda tarqalgan.

Kolistinani ingalyatsiya qilishdan tashqari gentamitsin (kuniga 80 mg dan 2 marta) va korbesillin (kuniga 1 g dan 2 mahal) ingalyatsiya qilish usuli qo'llaniladi.

Antibiotiklarni ingalyatsiya qilishda muolaja o'tkazishning texnik shart-sharoitlariga katta e'tibor berish zarur. Ingalyatsiya qilinadigan zarrachalar kattaligi 5 mkm dan oshmasligi kerak, ayni paytda tajribada olingan ma'lumotlar bo'yicha qo'llaniladigan antibiotikning faqat 6-10 foizi o'pkaning distal bo'limlariga yetib boradi.

Daniya MV markazlarida surunkali ko'k yiring infeksiyasida qo'llaniladigan antibiotiklar bilan davolash usuli.

Asosiy rejim: MV bilan og'rigan hamma bemorlarga ularda ko'k yiring tayoqchasi barqaror mavjudligida venaga antibiotiklar bilan davolashni 2 haftalik har 3 oyda yuborish kursi.

Qo'llanuvchi antibiotiklar:

Tobramitsin 10-20/30 mg/kg

24 soat venaga + piperatsillin 300 mg/kg 24 soat

yoki venaga + seftazidim 150-200 mg/kg 24 soat

yoki venaga + siprofloksatsin (ofloksatsin) 20-40 mg/kg 24 soat ichga yoki venaga yuboriladigan kurs orasida.

Kolistin (2-4 mln TB) 24 soat davomida ingalyatsiya holida doim barcha bemorlarga (ko'k yiring tayoqchasi aniqlanishi turg'un bo'lganda) o'tkaziladi. Klinik beqarorlikda kurslarni 3 haftagacha uzaytirish (antibiotiklar venaga) va yoki siprofloksatsin (ofloksatsin) ni ichga, VT ni venaga yuborish kurslari orasida qo'llaniladi.

Mukovissidozdagi infeksiyon jarayon haqidagi zamonaviy axborot kasallikni bartaraf etish bo'yicha yangi davolash yondoshuvlarini qo'shib bermoqda. O'pkaning zararlangan to'qimalarida yallig'lanish reaksiyasini kamaytirishga qaratilgan g'oya yangi yondoshuvlarga taalluqlidir. Mukovissidozni davolash amaliyotiga o'pka kasalliklari tarqalishining kamayishiga ta'sir etuvchi yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar (ibuprofen, piroksikam), mukovissidozni davolash amaliyotiga kiritilgan. Shuningdek, faol mukolitik hisoblangan atsetilsistein ham yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatish xususiyatiga ega (P.P.Garbenko va boshqalar, 1990).

Mukovissidozni fermentlar va parhez taomlar bilan davolash masalasi hanuz murakkabligicha qolmoqda, chunki turli mualliflarning

ma'lumotlariga ko'ra, pankreatik yetishmovchilik bemorlarning 85 foizida kuzatiladi. U yog' assimilyatsiyasi yoki biror darajadagi steatoreyaning izdan chiqishida namoyon bo'ladi.

Hozirgi kunga qadar MVga chalingan bemorlarni parhez taomlar bilan davolashning ikki yo'li bor. Bu yondoshuvlar shifokorda bemordagi steatoreyani pankretik dorilar yordamida bartaraf etish imkoniyatlari va qobiliyati borligi bo'yicha farq qiladi.

Har qanday yondoshuvda bemorning issiqlik iste'mol qilishini faol ko'paytirish umumiy qoida hisoblanadi. Bunga albatta fermentlarni qabul qilgan holda ko'plab to'yimli ovqat yeyish (kuniga 5-6 marta) yo'li bilan erishiladi. Ovqatga albatta tuz qo'shib tayyorlash haqida ham unutmashlik (yoshga qarab 1 dan 5 gr. gacha) kerak, bu ayniqsa issiq iqlim sharoitlarida, gipertermiya, o'pka kasalliklarida, polifekaliya bir sutkadagi najas miqdori o'ta bo'laligida kerak bo'ladi (U.Shwab et al, 1991).

MV bilan og'rikan bemorlarga, parhez taomlar berib davolash ancha eskirgan usul bo'lgani uchun, hozirda bu borada yog'li ovqatlarni cheklash, bemorning yoshiga qarab oqsil miqdorini 10-15 foiz ko'paytirish va asosan yengil hazm bo'ladigan uglevodlar (mono va disaxaridlar) buyurish yetarli deb qaraladi. Bunday yondoshuv steatoreya o'rnini vrach ixtiyorida bo'lgan pankreatik dori bilan bosib bo'lmaydigan hollarda qo'llaniladi. Umumiy kaloriyalarga nisbatan olinganda yog' miqdorini 30-20 foiz kamaytirish yo'li bilan ich kelishining normallasuvi, qorinning dam bo'lmasligi va og'rimasligi, steatoreyani kamaytirish, to'g'ri ichak tushishi oldini olishga erishiladi (M. Baderd et al, 1993).

Quvvatsizlik uglevodlar hisobiga bartaraf etiladi. Kishining quvvatga bo'lgan bir kecha-kunduzlik ehtiyojining 60-70 foizi uglevodlar hisobiga ta'minlanadi. Disaxaridlar, shu jumladan, qandni ham ko'pchilik hollarda bemor yaxshi ko'taradi. Parhezga ho'l mevalar, sharbatlar, shirin ichimliklar, asal, murabbo, konfetlar kiritiladi. Kraxmalga boy ovqat (bo'tqalar, non, kartoshka) bilan birga pankreatin berilishi zarur. Singmagan kraxmal yo'g'on ichakda ichak mikroflorasi tomonidan biyg'itiladi, bu – gaz hosil bo'lishiga, qorinda og'riq turishiga olib keladi.

Kletchatka va tolalarga boy ovqatlar (butun donlardan tayyorlangan dukkakli bo'tqalar, kepak, danaklar, ho'l meva turshaklari) berish ham tavsiya etilmaydi, bular qorinning dam bo'lishi (meteorizm) ga sabab bo'ladi va axlat massasini ko'paytirmaydi.

Ikkinchi usul birmuncha zamonaviy yondoshuv hisoblanadi, bunda yog' miqdori cheklanmasdan, balki aksincha ko'paytiriladi, bunga ovqatlarga bir necha qoshiq qaymoq, sariq yog' yoki osonlikcha singib ketadigan boshqa yog'lar qo'shiladi, bemorlarga yuqori kaloriyali quruq ovqatlar (buterbrodlar, sariq yog' surilgan pechene, shokolad) beriladi.

Bu usul steatoreyani bartaraf etish imkoniyatiga Kreon, Pankreaz, Ultraza, Zimoza, Prolipaza holiday mikrokapsulaga o'ralgan zamonaviy pankreatin o'rmini bosuvchilarni qo'llanish yo'li bilan adekvat yog' assimilyatsiyasini tiklashga asoslangan. Pankreatinning bir kecha-kunduzlik dozasi kuniga 6-10 g. gacha qadar oshiriladi (J.S.Leeder et al, 1984).

Xlorid kislota va pepsinning faolsizlashtiruvchi ta'sir ko'rsatishi fermentlarning katta, goho esa juda ham katta dozalarini ishlatishga da'vat etadi, bu bir tomondan davoni qimmatlashtiradi, boshqa tomondan esa giperurinemiya munosabati bilan buyraklarni shikastlantirib qo'yadi. Bu o'z navbatida davolashga me'da shirasi kislotligini pasaytiruvchi silistidin, ranitidin yoki antatsidlar singari preparatlarni qo'llashni talab qiladi.

Fizioterapiya va davolash fizkulturasi shifobaxsh dasturlarning eng muhim elementi hisoblanadi. Jumladan, postural drenaj kuniga 2-4 marta qilinadi va bu muoalaja qo'llarni «qayiqcha» dek qilib bemorning ko'krak qafasiga dadil urib turish va bemor qaddini bukishlardan iborat bo'lib, buning hisobiga o'pkaning quyi bo'limlarida yig'ilib qoladigan balg'am ajrala boshlaydi. Yotoqli shifoxona sharoitlarida bemorlarda ko'krak qafasi mushaklarini uqalash tavsiya etiladi. Katta yoshdagi bemorlar tez nafas chiqarish texnikasiga o'rgatiladi, ayni paytda ularga relaksatsiya tavsiya etiladi va nafas olishi tekshirib turiladi.

Yumuq lablar orqali nafas chiqarish va «qorin» bilan nafas olish muhim o'rin tutadi. So'nggi vaqtlarda MVga davo qilishda speleoterapiya katta diqqatga sazovordir. Palataning tuzli devorlaridan ajralishi natijasida hosil bo'ladigan natriy xloridning quruq aerezoli galopalataning asosiy shifobaxsh omili hisoblanadi. Galopalataning boshqa omillari hisoblangan harorat-namgarlik rejim, gipobakterial va allergenlarsiz sof havo (aeroionlar bilan to'yingan) hamda karbonad angidridning ortiqcha miqdori tozalovchi ta'sir ko'rsatadi.

Gen-terapiya MVga davo qilishda yangi va istiqbolli usul bo'lib hisoblanadi. Bunda patsiyentlarga laboratoriyalarda sun'iy tarzda yaratilgan maxsus vektorlarning molekulyar-biologik konstruksiyalar yordamida normal genlarni o'tkazish amalga oshiriladi. Vektorlar ularni keltirib chiqaradigan viruslarning hujayra yadrosiga kirish qobiliyatini saqlab qoladi, vektorlar retrovirusli bo'lgan taqdirda esa o'z genetik materialini xromosomalarga aylantirish xususiyatlariga ega bo'ladi (Y.Church et al, 1979).

Shunday qilib, MV tashxisi va davolanishining yaxshilanishi, turli olimlarning fikriga binoan, shak-shubhasiz istiqbolli hisoblanadi.

Lekin MVga beriladigan davo bemorning butun umri bo'yi bo'ladi, shuning uchun davolash jarayoni bo'yicha o'tkaziladigan sanitariya maorifi ishlari muntazam va yuqori saviyali bo'lishi shart.

BRONXOEKTATIK KASALLIK

Bronxoektatik kasallik – anatomik jihatdan bronxlar kengayib kavaklarga o‘xshab qolishi, klinik jihatdan vaqti-vaqti bilan qo‘zib turadigan infeksiyon jarayon borligi tufayli odam yo‘talib, erta bilan ko‘p miqdorda yiringli balg‘am tashlab turishi bilan namoyon bo‘ladigan kasallikdir.

Bronxoektazlarning uch xil shakli mavjud: silindrsimon, xaltasimon va varikoz bronxoektazlar. Klinik sharoitda silindrsimon bronxoektazlar ko‘proq uchraydi, bunda bronx diametri proksimal qismining diametridan ko‘p deganda 30 foizga ortiq keladigan silindr ko‘rinishida uzunasiga kengaygan bo‘ladi. Silindrsimon bronxoektazlar asosan bronxlarning VI – X tartibdagi shoxlari damida joylashadi. Xaltasimon (shingilsimon) bronxoektazlar diametri 1 sm dan 10 sm gacha va bundan ko‘ra kattaroq bo‘ladigan kavaksimon dumaloq tuzilmalardir, ular asosan IV tartib (subsegmentar) bronxlar damidan joy oladi. Varikoz bronxoektazlar bronxning uzunasi bo‘ylab xuddi munchoq donalari singari tutashib turadigan kavak tuzilmalar ko‘rinishida shakllanadi va varikoz kengaygan venalarga o‘xshab ketadi, bu jarayon odatda, IV dan X gacha tartibdagi bronxlarga tarqalgan bo‘ladi.

Bronxoektazlarning shu uchala shakli bitta bemorning o‘zida bir yo‘la uchrashi mumkin. Bular faqatgina kasallikni tasvirlash uchungina ahamiyatga ega bo‘lib, uni tasnif etishga asos bo‘la olmaydi, ularning klinik va prognostik ahamiyati cheklangan. Ko‘proq o‘pkaning pastki, ayniqsa chapda joylashgan bo‘laklari zararlanadi.

Bronxoektazlarning yuqorida ko‘rsatilgan uch xil shaklidan tashqari, quruq bronxoektaz ham uchrab turadi. U ko‘proq o‘ng o‘pka (yuqori qismi) bronxlarida uchrab, qo‘zg‘algan vaqtda uning asosiy klinik belgisi jarohatlangan joydan qon ketish bilan belgilanadi. Bu bronxoektazlar ko‘proq irsiy nuqsonlar bo‘lgan bemorlarda uchraydi.

Bronxoektazlar rentgenologik yo‘l bilan asosan, kontrast bronxografiya va kompyuter tomografiyasida aniqlab olinadi.

Etiologiyasi va patogenezi

Ko‘pchilik kasallarda bronxoektazlar hayotda orttirilgan (ikkilamchi) patologik jarayon bo‘ladi. Ular odatda, bolalik davrida 3 - 6 yosh orasida, ya‘ni bronxial daraxt hali to‘la-to‘kis shakllanib bo‘lmagan paytdan boshlanadi. Ularning paydo bo‘lishi asosan, nekroz jarayonlariga sabab bo‘ladigan bakterial infeksiyaga bog‘liq, ko‘pincha qizamiq, ko‘k yo‘tal, difteriya, adenovirus infeksiyasi bilan og‘rib o‘tgan bemorlarda pnevmoniya asorati sifatida kuzatiladi.

Ikkilamchi bronxoektazlar bronxial daraxtda bronxlar yo'lini to'sib qo'yib, o'sha joyda bakterial infeksiya avj olishiga qulaylik tug'diradigan mahalliy patologik jarayonlar bo'lgan paytlarda ham paydo bo'lishi mumkin. Bronxoektazlarning shu tariqa shakllanib borishi bronxlarda o'smalar, yot jismlar bo'lganida, havo o'tadigan yo'llar kattalashib ketgan ildizoldi limfa tugunlari bilan qisilib qolganida, sil kasalligi tufayli bronxlar chandiqlanib, torayib qolganida ko'riladi.

Bronxoektatik kasallikning boshlanishida surunkali bronxit roli istisno etilmaydi, bu hol kasallik uzoq davom etganida ayniqsa, tamaki chekuvchilarda va unga qaytalanib turadigan yiringli infeksiya qo'shilganida kuzatiladi. Ikkilamchi bronxoektazlar traxeobronxial sistemasida irsiy nuqsonlar bo'lgan hollarda ham paydo bo'lishi mumkin.

Bronxoektatik kasallik qorindagi bola o'pkasining rivojlanishida kamchilik bo'lgani tufayli yuzaga keladigan tug'ma (birlamchi) bronxoektazlar tufayli ham boshlanishi mumkin. O'pka rivojlanishining eng ko'p kuzatiladigan nuqsoni kistoz gipoplaziyadir. Barcha o'pka nuqsonlarining 50-60 foizi shunga to'g'ri keladi. Bunday nuqson asosan o'pkaning ma'lum qismlarida respirator bo'limlarning yetilmay qolishi yoki butunlay bo'lmasligi, bronxlarning noto'g'ri shakllanib, talaygina kistasimon bo'shliqlar yuzaga kelishidan iborat bo'ladi. O'pka bo'laklari va segmentlariga tegishli bronxlar damida bronxial daraxt rivojlanishi buzilganida yoki bu daraxt rivojlanishdan to'xtab qolganida qalin devorli ancha katta kistalar yuzaga keladi. Rivojlanish mayda bronxlar tarmoqlanadigan joyda kechikkanida kichikroq bo'ladigan yupqa devorli talaygina kistalar paydo bo'ladi. Bunday hollarda o'pka bo'laklari va segmentlariga tegishli bronxlarning tarmoqlanish tarzi saqlanib qoladi, ular kam o'zgarishi mumkin. Bunday bronxoektazlarning tug'ma ekanligiga muhim dalil shuki, patologoanatomik tekshiruvda subsegmentar va birmuncha yirikroq bronxlarga tegishli kistalar devorlarida, hayotda orttirilgan bronxoektazlardagidan farq qilib, bronxlar devorlariga xos tog'ay elementlari bo'lmaydi.

O'pka rivojlanishining ancha kam uchraydigan nuqsonlari jumlasiga o'pka yoki bo'lagining gipoplaziyasi kiradi. Bunday nuqson bronxial daraxt va o'pka parenximasining yetilmay qolishi bilan ta'riflanadi. Bunday hollarda bronxial daraxtning rivojlanishi ro'yi-rost reduksiyalangan bo'ladi. Bronxografiyada bronxial daraxt generatsiyalarining soni uchdan birga qisqargan bo'lib chiqadi. Distal tarmoqlari yetilmay qolgan 3-8 tartibdagi bronxlar kontrastlanib turadi. Gipoplaziyalangan joylarda silindrsimon, ba'zida esa xaltasimon bronxoektazlar paydo bo'lishi mumkin.

Bronxoektazlar paydo bo'lishida hujayrali immunitet va gumoral immunitetlarning u yoki bu nuqsonlari bilan namoyon bo'ladigan irsiy immunitet tanqisligi holatlarining ahamiyati bor. Mana shunday holatlar odatda, aksari bakterial infeksiyalar bilan birga davom etib boradi, bunda burun qo'shimcha sinuslari va bronxlar ham ko'pincha yallig'lanadi, bakterial yallig'lanish odatda, pastki nafas yo'llarida avj olib boradi, qaytalanib turadigan bo'ladi. Kasallik odamning bolalik davridayoq boshlanadi.

Bronxoektazlar paydo bo'lib, bronxial daraxt tobora ko'proq zararlanib borishida bo'shliqlar ichida yiring turib qoladigan bakterial infeksiya muhim patogenetik omil bo'lib hisoblanadi. Yallig'lanishning aynan yiringli bo'lishi tobora zo'rayib boradigan va asta-sekin yangi bronxlarni o'z qabzasiga tortib, bronxial daraxtni boshidan oxirigacha zararlaydigan morfologik o'zgarishlarning qaytmas bo'lib qolishiga olib keladi. Zararlangan bronx devorining elastik, muskul va tog'ay qismlari yo'qoladi, yo'tal vaqtida bronx ichida ko'tariladigan bosimga qarshiligi kamayadi, bronxial sekret to'planib borishidan cho'zilib ketadi, shu narsa bronx yo'lining muqarrar ravishda va vaqt o'tishi bilan tobora ko'proq kengayib borib, bronxial drenajning izdan chiqishiga olib keladi. Yallig'lanish jarayoniga o'pka parenximasining yondosh to'qimasi ham asta-sekin qo'shilib, pnevmoskleroz va o'pka emfizemasi avj olib boradi.

Klinikasi

Bronxoektatik kasallik uchun surunkasiga yo'talib, yiringli balg'am tashlab turish, qon tufllash va takror-takror pnevmoniya bilan og'rish hollari xarakterlidir. Balg'am asosan ertalab va tana drenaj pozitsiyalari deb ataladigan ma'lum holatlarda bo'lganida, ya'ni odam sog' yonboshi bilan yotgan paytida, oldinga engashganida, jismonan chaqqon harakat qilganida ajraladi. Bir kecha-kunduzda tushadigan balg'am miqdori 100 ml dan 600 ml gacha borishi va bundan ko'p bo'lishi mumkin. Balg'am idishga yig'ib qo'yilsa, ikki qatlamga ajralib qoladi: ustkisi suyuq, tovlanib turadigan, so'lak aralash bo'lsa, pastkisi yiringli bo'ladi. Kasallik qo'zib turgan davrda bemorlarning bir qismida balg'am chirik hidli bo'lib qoladi. Qon tufllash kasallarning taxminan yarmida ko'riladi va ba'zan kasallikning asosiy va yetakchi belgilaridan biri bo'lishi mumkin.

Intoksikatsiya simptomlari qayd qilinadi: darmonsizlik, mador qurishi, ish qobiliyatining pasayishi, tez charchab qolish, kayfu-ruhiyat pasayishi shular jumlasidandir. Mana shular yo'tal zo'rayishi va balg'am ko'payishi bilan birgalikda, kasallikning qo'ziy boshlaganidan darak beradigan belgilar hisoblanadi, ular qancha ko'p ifodalangan bo'lsa, kasallik ham shuncha og'ir o'tadi.

Bronx-o'pka yallig'lanishi qo'ziganida boshlanadigan pnevmoniya asorat berib, o'pka absessi yoki plevra empiyemasi paydo qilishi mumkin. Bronxoektatik kasallikning sistemalarga taalluqli alomatlariga isitma chiqishi, tana vaznining kamayishi, gipoxrom anemiya kiradi, bular zo'rayib boradigan darmonsizlik bilan bir qatorda sepsis boshlanayotganidan darak beradi.

Fizik tekshiruvlarda qo'l-oyoq barmoqlari shaklining o'ziga xos tarzda o'zgarib, oxirgi falangalarining yo'g'onlashgani topiladi, barmoqlar shuning natijasida shaklan nog'ora cho'plariga o'xshab qoladi. Tirnoqlar soat oynasi shaklida bo'ladi. O'pka auskultatsiyasida har xil kalibrli nam va quruq xirillashlar bo'lib, mudom saqlanib turadigan past chastotali qulqullovchi o'chog'i topiladi, bu xirillashlar sal qattiqlashgan nafas fonida eshitiladi. Kasallik qaytib turgan mahalda (remissiya paytida) xirillashlar yo'qolib ketishi mumkin. Perkussion ko'rsatkichlar o'zgaruvchan, xarakterli emas, yo'ldosh jarayonlar – o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, shuningdek plevraga aloqador asoratlar bor-yo'qligiga bog'liq bo'ladi.

O'pkasida u yoki bu xildagi rivojlanish nuqsoni bo'lgan bemorlarda boshlangan bronxoektatik kasallik uchun dardning nisbatan bexatarroq bo'lib o'tishi xosdir. Kasallikning dastlabki simptomlari bolalik davridayoq paydo bo'lishi mumkin, lekin bemorlar o'zida bu kasallik borligini faqat o'smirlik davrida, ko'pincha esa, voyaga yetganlaridan keyin bilib qolishadi. Yallig'lanish jarayonining qo'zishi, odatda, qisqa muddat davom etadi. O'pkada hajmi va o'lchamlari jihatidan kattagina morfologik (kavakli) o'zgarishlar bo'lgani holda klinik simptomlarning ozligi, tashqi nafas funksiyasidagi o'zgarishlarning uncha sezilmasligi diqqatni o'ziga jalb qiladi. Ravshanki, vaqt o'tishi bilan yallig'lanish jarayoni tez-tez qo'zib turadigan bo'lgani uchun kasallik zo'rayib boradi, normal shakllangan qo'shni bronxlar ham zararlanib, jumladan, qarama-qarshi tomondagi sog' o'pkada, ayniqsa bazal segmentlarida ham ikkilamchi bronxoektazlar paydo bo'ladi, ikkilamchi, surunkali obstruktiv bronxit yuzaga keladi, lekin u kasallikning kechki davrlarida, ba'zan simptomlari paydo bo'lgan vaqtdan boshlab hisoblaganda, 15-20 yildan keyin boshlanadi. Bemorlar mehnat qobiliyatini uzoq vaqtgacha saqlab qoladi. Eng ko'p uchraydigan rivojlanish nuqsoni – kistoz gipoplaziya asosan, (bemorlarning taxminan 70-80 foizida) chap o'pkada kuzatiladi, asosan o'pkaning pastki bo'lagi zararlanadi. Gipoplaziya o'ng tomonda bo'lganida ko'pincha ustki bo'lak bronxlari zararlanadi.

Bronxoektatik kasallik uzoq vaqt davom etib, asta-sekin zo'rayib borishi bilan ta'riflanadi. Vaqt-vaqti bilan, asosan yilning qish fasllarida qo'zib turadi. Ba'zan uzoq, ya'ni yillab davom etadigan remissiyalar bo'ladi. Kasallikning zo'rayib borishi qo'shni bronxlarning jarayonga

tortilib ketishi, keyinchalik esa dardning ikkala tomonga tarqalishi bilan ifodalanadi, asosan pastki o'pka bo'laklarining bazal segmentlari zararlanadi. Vaqt o'tishi bilan odatda, ikkilamchi obstruktiv bronxit, o'pka emfizemasi boshlanadi, nafas yetishmovchiligi, dekompensatsiyalangan surunkali «cor pulmonale» simptomlari paydo bo'ladi.

Kasallik zo'rayib borganida asortalari sepsis, o'pka absessi, bosh miya metastatik absessi, ichki organlar amiloidozi paydo bo'lishi mumkin.

Diagnostikasi

Bronxoektatik kasallik bilan og'rigan bemorlarda yaxshi yig'ilgan anamnez bilan asosiy diagnostik metod bronxografiyadir. Bemorni bu usuldagi tekshirishga tayyorlash bir qancha sanatsion chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi – mukolitik va balg'am ko'chiruvchi dorilarni ishlatish, bronxlar lavaji, antibiotikoterapiya o'tkazish shular jumlasidandir. Bu tekshirish bronx-o'pkadagi yallig'lanishning qo'zish hollari bartaraf etilgan sharoitlarda o'tkazilishi kerak. Tekshirish pastki burun yo'li, burun-halqum, traxeya og'zi va qisman traxeyaning o'zini mahalliy (yuza) anesteziya qilinganidan keyin u yoki bu tomondagi bronxlarga egiluvchan (rezinka) kateter kiritish yo'li bilan o'tkaziladi. Kiritilgan kateterni to'g'rilab olib, o'pkaning kerakli bo'lak va segmentlaridagi bronxlarga yetkazish uchun imkon beradigan har xil usullar bor. Bunda bemorni kushetka yoki rentgen stoliga ma'lum holatda (pozitsiyada) yotqizish usullaridan ham foydalaniladi. Kontrastlash maqsadida har xil kontrast moddalardan – yodolipol, uning norsulfazol kukuni bilan aralashmasi (sulfofodol), bariy sulfatning suvda yangi tayyorlangan mayda dispersli emulsiyasidan foydalaniladi. Bariy sulfat emulsiyasining moydagi eritmalaridan afzalligi shundaki, u shilliq parda holatini ancha aniq bilib olishga, hattoki, bronx devorining shilliq osti qatlamida joylashgan sekretor bronxlardagi o'zgarishlarni, ya'ni bronxlar adenoektazlarini topib olishga ham imkon beradi. Moydagi eritmalaridan foydalanilganida bitta o'pka, keyinchalik esa ikkinchi o'pka bronxlari galma-gal (bosqichma-bosqich) kontrastlanadi. Bariy sulfat bronxlarda yodlipolga qaraganda ko'proq ushlanib qolib (depolanib), keyinchalik pnevmosklerozga olib boradigan bo'lgani uchun u so'nggi yillarda bronxografiya uchun kamroq ishlatilmoqda.

Bronxografiya bronxial daraxtning hamma segmentlarini qamrab oladigan qilib, sinchiklab o'tkazilsa, hammadan ko'p axborot beradi. U bronxoektazlarning olgan o'rnini, qanchalik tarqalgani va shaklini, qolgan bronxlardagi shikastlarning tabiatini aniqlashga, deformatsiyalovchi bronxit bor-yo'qligini bilib olishga, bronxial daraxtdagi funksional

o'zgarishlarni baholashga, pnevmoskleroz bor-yo'qligini topishga imkon beradi.

Bronxografiya avvalo, tez-tez qaytalanib, har safar o'pkaning ma'lum bir qismida qo'ziydigan pnevmoniya bilan og'rigan va qon tuflab turadigan bemorlar xususida ayniqsa, ularni operatsiya qilish mo'ljallanayotgan mahalda o'rinli bo'ladi. Kasallik o'pkaning ikkala tomoniga o'tib, tarqalib ketgan yoki surunkali obstruktiv bronxit avj olib, nafas yetishmovchiligiga xos simptomlar aniq bilinib turgan hollarda bronxografiya kam axborot berishi mumkin. Bunday bemorlarda bronxografiya asoratlarga sabab bo'lishi mumkinligi hisobga olinadigan bo'lsa, ularda ushbu diagnostik muolajani o'tkazish o'rinli bo'lmaydi. Operatsiya bilan davolanishi kerak bo'lmagan bemorlarda ham uni o'tkazishning hojati yo'q.

Kompyuter tomografiyasi bronxoektazlar bor-yo'qligini aniqlab olishga imkon beradi va u noinvaziv usul hisoblanadi. Biroq xirurgik yo'l bilan qilinadigan muolajalar to'g'risidagi masala hal qilinayotgan hollarda kompyuter tomografiyasi bronxografiya o'rnini bosa olmaydi.

Diagnostik bronxoskopiya bronxoektatik kasallikni aniqlab olishga imkon bermaydi, lekin bronxlar shilliq pardasi ahvolini, yallig'lanish jarayonining qanchalik tarqalgani va tabiatini bilib olish uchun muhim bo'lib, yiringli sekret paydo bo'lib turadigan joyni taxminan aniqlab olishga, qisman yiringni chiqarib tashlashga, bronxlar lavajini o'tkazish, sitologik va bakteriologik tekshirishlar uchun namuna olishga imkon beradi.

Bronxoektatik kasallik diagnostikasida bevosita tekshirish va anamnez o'zining muhim ahamiyatini yo'qotmaydi. Bir qancha klinik alomatlarining borligi maxsus tekshirish usullari o'tkazilishidan oldin bronxoektatik kasallik bor, deb taxmin qilishga imkon beradi. Bemorda respirator kasalliklar bilan tez-tez og'rib turgani, bunday hollarda yosh bolalik davridan boshlab, qisqa muddat – 5-6 kun darmonsizlanib yurgani, lekin keyin unda subfebrilitet uzoq saqlanib turgani bronxoektatik kasallik uchun xarakterlidir. Kasallikning alomatlari odatda, 5 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan davrda yaqqol ma'lum bo'ladi.

Bronxoektatik kasallik erkaklar orasida taxminan 3-4 baravar ko'proq kuzatiladiki, bu narsa kasb faoliyatining xususiyatlariga, odamning chekishi va ichkilikni iste'mol qilishiga bog'liq jarayondir.

Bemorning asosiy shikoyatlari asosan, oson ko'chadigan balg'am bilan yo'talish, balg'am tushishining tana vaziyatiga bog'liqligi, tunda ma'lum (majburiy) holatda yotib uxlashi diqqatni o'ziga jalb qiladi. Balg'am chiqib turadigan bo'lsa, bemorning ahvoli yaxshilanib qoladi, uning turib qolishi esa bemor ahvolining og'irlashishi, intoksikatsiya simptomlari, harorat ko'tarilishi bilan kechishga olib keladi. Bronxoektatik kasallikning

xarakterli belgisi uning uzoq davom etib, aksari yilning kuz va bahor oylarida vaqti-vaqti bilan qo'zib turishidir. Qo'l barmoqlari shaklining «nog'ora cho'plari» ga o'xshab o'zgarib qolgani, rentgenologik tekshirishda o'pkada kistoz o'zgarishlarga uchragan joylar topilishi, ayniqsa, bo'shliqlarida suyuqlik bo'lishi diaqnoz xususidagi taxminlarni mustahkamlaydi. Biroq ko'krak qafasi rentgenogrammasida ko'pincha hech qanday o'zgarishlar topilmaydi.

Bronxoektatik kasallik bilan og'riqan bemorlarning hammasi, ulardagi bronx-o'pka infeksiyalari hadeganda qaytavermaydigan, qo'zib turadigan bo'lsa va ayniqsa, surunkali sinusit ham bo'lsa, immunitet tanqisligi holati bor-yo'qligini aniqlash maqsadida immunologik tekshirishdan o'tishlari kerak. Immunitet tanqisligi holati bor bo'laturib, boshlangan bronxoektatik kasallik uchun jarayonning bolalik davrida shakllanib, ko'pincha boshqa yallig'lanish kasalliklari (sinusit, otit, piyelit, teri, teri osti kletchatkasining yiringli kasalliklari, yiringli limfadenitlar) bilan birga qo'shilishi xarakterlidir. Bemorlarda jismoniy rivojlanishning kechikishi, gipopolivitaminoz, poliglandulyar endokrin yetishmovchilik simptomlari ko'rilishi mumkin. Immunitet tanqisligi holati bo'laturib yuzaga kelgan bronxoektazlarning doimiy belgilaridan biri simmetrik ravishda joy olishidir. Immunitet tanqisligi holatiga xos klinik o'zgarishlar kech boshlangan mahallarda yallig'lanishga aloqador surunkali o'pka-bronx jarayoni bronxoektazlar hosil qilmasdan o'tadi.

Bemorni tekshirish davomida mukovissidoz bor, deb gumon qilinadigan bo'lsa, «ter sinamasi»ni o'tkazib ko'rish kerak.

Bronx-o'pkadagi yallig'lanishning faolligi qancha balg'am chiqib turishi, uning rangi, hujayra tarkibi, bakteriyalarining nechog'lik ko'pligiga qarab baholanadi. Balg'amning qo'lansa hidli bo'lishi anaerob infeksiyaga ishora qiladi. Keng doirada ta'sir ko'rsatadigan antibiotiklarni ko'pdan beri va tez-tez olib turadigan kasallarning balg'amidan ko'pincha «Staphilococcus» yoki «Pseudomonas aeruginosa» avlodiga mansub bakteriyalar undirib olinadiki, bu narsa mukovissidozli bemorlar uchun ayniqsa xarakterli bo'lib, qilinayotgan davoga chidamli bo'lgan mikroorganizmlar superinfeksiyasi borligini ko'rsatadi.

Bemorlar qonini laboratoriyada tekshirish natijalari odatda, normal ko'rsatkichlar atrofida bo'lib chiqadi. Bemorlarning bir qismida o'rtacha darajadagi anemiya, biroz leykotsitoz topiladi. Siydik analizi, mudom proteinuriya bilan birga davom etadigan ikkilamchi amiloidoz hollarini aytmaganda normal holatda bo'ladi.

Diagnozni ta'riflashga misollar

Diagnozni ta'riflashda bronxoektazlarning shakliga, olgan joyi va qanchalik tarqalganiga, yallig'lanish jarayonining fazasiga, asoratlar, avval

boshlangan va birga davom etayotgan kasalliklar bor-yo'qligiga e'tibor berish kerak va kasallikni shunday tariflash kerak:

1. Bronxoektatik kasallik, chap o'pka pastki bo'laklarining bronxoektazlari, remissiya fazasi. O'pkaning rivojlanish nuqsoni: chap tomondagi pastki bo'lak kistoz gipoplaziyasi.

2. Bronxoektatik kasallik, o'pkaning pastki bo'laklari, chap o'pka (S) ustki bo'lagida tarqalgan, ikki tomonlama silindrsimon va xaltasimon bronxoektazlar. Ikkilamchi, surunkali obstruktiv bronxit, qo'zish fazasi. O'pka emfizemasi. Nafas yetishmovchiligi.

3. Bronxoektatik kasallik, o'pka ustki bo'lagining o'ng tomonidagi xaltasimon bronxoektazlar, o'rta bo'lakdagi silindrsimon bronxoektazlar, qo'zish fazasi. O'pkaning rivojlanish nuqsoni: ustki bo'lagining o'ng tomonidagi kistoz gipoplaziya.

4. Bronxoektatik kasallik, o'pka pastki bo'laklarining ikki tomonlama silindrsimon bronxoektazlari, qo'zish fazasi, ikkilamchi pnevmoniya. O'pka emfizemasi. Nafas yetishmovchiligi.

Davosi

Bronxlar kavaksimon tuzilmalar hosil qilib, ularning soni ko'payib borishi, ayniqsa, kasallik qo'ziganda ko'riladigan klinik o'zgarishlarning asosan bakterial infeksiyaga bog'liqligini nazarda tutib, bronxoektatik kasallikda qilinadigan asosiy davo antibiotiklardan foydalanish hisoblanadi. Antibiotikni balg'amni bakteriologik tekshirish natijalariga qarab tanlab olish kerak. Biroq balg'amdan undirib olinadigan mikroorganizmlar ko'pincha og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llarining normal mikroflorasi vakillaridan bo'lib chiqadi. Davoning boshida antibiotiklar klinik vaziyatni hisobga olgan holda empirik tarzda tanlab olinadi. Bunda penitsillin guruhiga mansub antibiotiklar – ampitsillin va uning derivatlari afzal ko'riladi. Penitsillin to'g'ri kelmaydigan hollarda trimetoprim (biseptol) yoki tetratsiklin qatoriga kiradigan antibiotiklar muqobil antibakterial preparatlar bo'lib hisoblanadi. Balg'amdan patogen mikroflora ajratib olinib, uning antibiotiklarga sezgirligi aniqlansa, tegishli preparatlar buyuriladi. Yiring hosil qiluvchi stafilokokk, ayniqsa ko'k yiring tayoqchasi topilganida bir nechta antibiotiklarni birga ishlatib borish zarur bo'ladi.

Antibiotiklar bilan davolashni balg'am chiqishi ancha kamayib, unda yiring batamom yo'qolib ketguniga qadar davom ettirib borish kerak. To'g'ri keladigan, emiga tushadigan antibiotiklar o'z vaqtida buyurilganida, odatda 6- 7 kunda ularning nafi ma'lum bo'ladi. Antibiotiklar bilan davolash kech buyuriladigan bo'lsa, davo muddati

ancha uzayadi. Antibiotiklar ichirish yoki inyeksiya qilish yo'li bilan ishlatiladi. Egiluvchan (rezinka) kateterdan foydalanib, antibiotiklarni bronxial daraxtning zararlangan joylariga purkash (bu narsa kavaklarni o'pkaning cheklangan qismida bo'lgan hollarda ancha samarali bo'ladi) yoki aerozollardan foydalanish (agar bronxial daraxt sidirg'asiga zararlangan bo'lsa) yo'li bilan antibiotiklarni endobronxial tarzda ishlatish ancha durust natija beradi. U holda ham, bu holda ham, oldin yiringni chiqarib tashlash, tabiiy bronxial drenajni tiklash, shuningdek organizm sensibilizatsiyalanishiga sabab bo'lmaydigan antibiotiklarni ishlatish muhim shart bo'lib hisoblanadi. Tabiiy bronxial drenajni tiklash maqsadida mukolitik preparatlardan foydalaniladi (kuniga 3-4 mahal 8 mg dan bromgeksin, yoki kuniga 2 – 3 mahal 0,5 – 1,0 g dan mukaltin yoki kuniga 3 mahal 2 kapsuladan mukodin ichib turish; yoki 20 foizli mukosolvin eritmasini 2 – 5 ml dan kuniga 3-4 mahal ingalyatsiya qilish buyuriladi). Bronxoobstruktiv sindrom bo'lgan mahallarda bronxlarni kengaytiradigan (atrovent, eufillin), balg'am ko'chiradigan preparatlar buyurish o'rinli bo'ladi. Balg'am tushishini osonlashtirish uchun gavda vaziyatini o'zgartirib drenaj qilish tavsiya etiladi. Bronxoektazlar bazal segmentlarda joylashgan bo'lsa, tanani karavot chetidan ositirib, yuz tuban yotib olish yoki karavotning oyoq tomonini ancha yuqori ko'tarib qo'yib, qo'llarni yerga tiragan holda yelka kamari bilan boshni past qilib yotish bronxlar sekretini chiqarib tashlash uchun eng qulay vaziyat hisoblanadi. Bronxoektazlar IV va V segmentlarda joylashgan bo'lsa, karavotning oyoq tomonini ko'tarib, ko'krak qafasini sog' tomondagi yonbosh tagiga yostiqlik qo'yish va shu tomonga yarim o'girilgan holda chalqancha yotish tavsiya etiladi. Kasallik qo'zigan mahallarda bunday drenajni kuniga kamida 2-3 marta o'tkazib turish maqsadga muvofiqdir.

Yiring intoksikatsiyasi bo'lgan kezlarda intoksikatsiyani qaytaradigan preparatlardan foydalanish (venadan tomchilab 300 – 500 ml miqdorida reopoliglyukin, gemodez berish), nativ plazma, krioplazma yuborish o'rinlidir. So'nggi yillarda plazmaferez, gemosorbsiya terapiyalari qo'llanilmoqda. Bemorda balg'am ko'p bo'lsa, sanatsiyalash uchun bronx va alveolalarni tozalash maqsadida takror-takror fibrobronxoskopiya o'tkazish o'rinli bo'ladi.

Mikroflora antibiotiklarga chidamli va antibiotiklar bilan davolash to'g'ri kelmaydigan bo'lsa, 100-300 ml furagin eritmasi, tabiiy antiseptik vositalar (xlorofillipt), 0,5 foizli novokain eritmasi, mukolitiklardan ularni bronxlarga yuborish yo'li bilan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Immunitet tanqisligi bo'lgani holda bronxoektatik kasallik tez-tez va uzoq qo'zib turadigan bemorlarga ayniqsa, antibiotiklar bilan davolash uncha naf bermaydigan paytlarda immun sistemasiga ta'sir o'tkazadigan

preparatlarni buyurish zarur. Ko'mikni ko'chirib o'tqazish yo'li bilan immunitetni asliga keltirish ixtisoslashtirilgan immunologik markazlarga bajara oladigan ish bo'lib hisoblansa, organizmga immunoglobulinlar yuborish yo'li bilan immunitetni rostlovchi terapiyadan ixtisoslashtirilmagan bo'limlarda (pulmonologiya bo'limlarida) ham keng foydalanish mumkin. Venadan yuboriladigan immunoglobulinlar – sandoglobulin (Shveysariya), venoglobulin (Fransiya), endoglobulin (Germaniya), gamimun (AQSH) va boshqalar qo'llaniladi. Bulardan foydalanilganda asosiy sinfdagi immunoglobulinlarning qondagi konsentratsiyasini ancha qisqa muddat ichida sezilarli ravishda ko'tarish mumkin bo'ladi. Globulinlar yetishmaydigan, fagotsitoz noraso bo'lgan bemorlardagi kasallikning qo'zish fazasida venadan yuboriladigan immunoglobulin dozasi oyiga 0,4-1 g/kg, plazma dozasi esa, haftasiga – 10-20 ml/kg ni tashkil etadigan bo'lishi kerak. Klinik remissiyaga erishilganidan keyin immunoglobulinlarni oyiga 0,2-0,3 g/kg venadan (quvvatlovchi dozalarda) yuborib turish tavsiya etiladi.

Tabiiy manbalardan olinadigan immunotrop farmakologik preparatlar (ayrisimon bez gumoral omillari, ko'mik, shuningdek sintetik timopeptidlar, timomimetiklar va boshqalar)ni organizmga yuborish yo'li bilan o'tkaziladigan immun modullovchi terapiya usuli ham bor. Qoramol ayrisimon bezidan olinadigan ekstraktlar – T-aktivin, timalin, timotropin, timopeptin, timozin va boshqalar keng qo'llaniladi. Bular asosan, hujayraga aloqador immunitet tanqisligi bor bemorlarga, limfopeniya – T-limfotsitlar soni kamayib ketgan, ayniqsa subpopulyatsiyalarining nisbati – SD_4/SD_8 o'zgargan hollarda ishlatiladi. T-aktivinning bir martalik dozasi 40 mkg ni tashkil etsa, timalin dozasi 1 kg tana og'irligiga 0,05 - 0,02 mg ni tashkil qiladi. Davolash kursi uzoq, hatto necha oylab davom etib, bunda haftasiga 1-2 marta inyeksiya qilib turilishi kerak.

B - limfotsitlar (antitelolarni ishlab chiqaruvchi limfotsitlar) miqdori kamayishi bilan kechadigan immun tanqislikda miyelopid (V-aktivin) ishlatiladi. Bu preparat venadan, teri ostiga yoki suyak ichiga yuboriladi. Bir martalik dozasi 1 m² tana yuzasiga, kuniga bir marta 2-4 mg ni tashkil etadi, kursga kunora 1-5 inyeksiya qilinadi.

Virusli infeksiyaga ega bemorlarda kasallik qo'zib qolgan davrda parenteral yo'l bilan alfa-interferon ishlatiladi, bu preparat muskullar orasiga yuborilganida kunlik dozasi tana vaznining har kilogrammga 15000 miqdor birligini, venadan yuborilganida – 200000 miqdor birligini tashkil qiladi. Davo kursi 7 kundan 14 kungacha davom etadi.

Fagotsitoz sistemasida nuqsoni bo'lgan va immun sistemasi limfoid bo'g'inining muvozanati buzilgan kasallarda kuniga 0,2 g dan 1,0 g gacha natriy nukleatni 2-3 mahal ichib turish o'rindir. Davo kursi kamida 3

haftadan 1 yilgacha ham borishi mumkin. Levamizol (dekaris) bilan davolash usuli ham qo'llaniladi. Uni bemorning ko'tarishiga qarab bir oy mobaynida kuniga 2,5 mg gacha dozada buyuriladi, davolash kursi har safar to'rt kun oralab turib o'tkaziladigan uch kunlik sikllar ko'rinishida bo'ladi.

Immunomodulyatorlar bilan davolash faollik bilan olib boriladigan antibiotikoterapiya va bronxial daraxtni sanatsiyalash muolajalari (postural drenaj, bronxial daraxtni yuvish, vibromassaj va boshqalar) bilan birgalikda o'tkazilishi kerak.

Bronxoektazlar surunkali obstruktiv bronxit alomatlarini keltirib chiqarmagan, ayrim segmentlar yoki bo'lak bilan cheklanib turgan bo'lsa, xirurgik yo'l bilan davo qilish o'rinlidir. Bronxlari zararlanib, visseral plevra bilan cheklanib turgan o'pka qismini olib tashlash surunkali infeksiya o'chog'ini bartaraf etadi, bir qancha hollarda esa patologik jarayonning zo'rayib borishiga xotima yasaydi. Lekin xirurgik yo'l bilan davolash hozir kam qo'llaniladi. Bu shunga bog'liqliki, birinchidan, zamonaviy antibakterial va mukolitik preparatlar yaxshigina shifo topishga imkon beradi, bronxoektazlar ko'pchilik hollarda tarqoq bo'lib, jarrohlik muolajalari qilishning ma'nosi qolmaydi, ikkinchidan, bronxoektatik kasallik bronxial daraxtni tobora ko'p zararlab boraverishi bilan xarakterlanib, bu o'pkaning zararlangan qismi kesib tashlanganidan keyin ham davom etaverishi mumkin. Patologik jarayon dastlab cheklangan, o'pkaning faqat kichik qismlarida boshlangan bo'lsa, u vaqt o'tishi bilan bronxial daraxtning yangi-yangi bo'limlarini qabzasiga torta boshlaydi. Shunga ko'ra, patologik jarayon ko'zga aniq cheklanib turgandek bo'lib ko'ringan mahalda o'tkazilgan xirurgik davo ham ko'ngildagidek natija beravermaydi.

Xirurgik yo'l bilan davolash o'pkasidan qon ketib turadigan, o'pkasining hamisha bir qismida pnevmoniya boshlanib, tez-tez qo'ziyveradigan bemorlarda o'rinlidir.

Shu narsa ma'lumki, konservativ davo o'z vaqtida boshlanib, yetarlicha jadallik bilan olib boriladigan bo'lsa, bemorning klinik jihatdan tuzalib ketishiga xirurgik davoga qaraganda ko'proq imkon beradi.

Kasallik qo'zib qolishining oldini oladigan choralar sifatida chekishdan voz kechish, oqsillari va vitaminlari bekamu-ko'st ovqatlar bilan ovqatlanish, odamni o'z holatiga qarab ishga joylashtirish kerakligini aytib o'tish lozim. Bemorlar og'ir jismoniy mehnatdan, sovuq, harorati keskin o'zgarib turadigan joylarda bo'lishdan o'zlarini saqlashlari kerak. Pollyutantlarga to'qnash kelishdan ehtiyot bo'lishning ahamiyati muhim. Nafas funksiyasining ahvoriga to'g'ri keladigan jismoniy mashqlar, nafas gimnastikasi, umuman sog'lomlashtiruvchi chora-tadbirlar, sanatoriya-

kurortlarda (Qrimning Janubiy sohili, aeroterapiya o'tkaziladigan mahalliy fizioterapevtik sanatoriyalarda) davolanish o'rindir. Albatta, bu bemorlar dispanser hisobida turishlari hamda yilning bahor va kuz oylarida profilaktik davo olib turishlari maqsadga muvofiq bo'ladi.

OBLITERATSIYALOVCHI BRONXIOLIT

Obliteratsiyalovchi bronxiolit (OB) «kichik nafas yo'llari kasalliklari» guruhiga kiradigan va kam uchraydigan kasallik bo'lib, bunda bronxiolalar, ya'ni tog'ay asosi va shilimshiq bezlari bo'lmaydigan, diametri 2-3 mm ga ham bormaydigan nafas yo'llari zararlanadi. Nafas yo'llarida terminal va respirator bronxiolalar farqlanadi. Terminal (membranoz) bronxiolalar havo o'tkazadigan (konduktiv) nafas yo'llari bo'lib hisoblanadi, ularning devorlarida silliq muskul hujayralari bor. Har bir ikkilamchi o'pka bo'lakchasida 4 tadan 8 tagacha terminal bronxiolalar va bularga tegishli birlamchi bo'lakchalar (atsinuslar) bo'ladi. Respirator bronxiolalarda kiprikchali epitelial hujayralar va alveotsitlar bo'lib, silliq muskul hujayralari bo'lmaydi, shuning uchun respirator bronxiolalar oraliq nafas yo'llari qatoriga kiradi, ya'ni ular havoni o'tkazishda ham, gazlar almashinuvida ham ishtirok etadi.

OB ning nechog'lik ko'p uchrashi aniq belgilangan emas. J. LaDue (1988) ma'lumotlariga qaraganda, patologo-anatomik yo'l bilan tekshirib ko'rilgan 42 ming murdaning faqat bittasida OB topilgan xolos, 3 ming pediatrik avtopsiyalar natijalarini tahlil qilib chiqishga bag'ishlangan K. Hardy va kasbdoshlarining (1990) tekshirishlarida esa OB 7 holda topilgan. Dunyodagi yirik pulmonologik markazlar ma'lumotlariga ko'ra, yiliga topiladigan OB bilan og'rikan bemorlar atigi 2-4 nafarni tashkil qiladi.

Tez zo'rayib boradigan nafas yetishmovchiligidan o'lgan ikki bemor o'pkasining morfologik manzarasini batafsil ko'rib chiqqan W.N. Lange dastlab 1901-yilda OB ni klassik tarzda tasvirlab bergan. Lekin keyingi bir necha o'n yilliklar davomida bu kasallik haqida ko'p so'z yuritilmayapti va mutlaqo deyarli tilga olinmadi. 1977-yili D. Geddes va hamkorlari OB ning klinik-morfologik manzarasini revmatoid artritda uchraydigan o'pka kasalliklarining biri deb tasvirlab o'tishdi.

Darvoqe, bu muammoga G. Epler va kasbdoshlarining (1985) ishlaridan keyin ko'proq ahamiyat beriladigan bo'ldi. Bu mualliflar Boston universitetining klinikasida 30 yil davomida o'pkadan olingan ochiq biopsiyalarning 2500 ta namunalarini tahlil qilib, 67 holda OB bo'lganini topishdi. 10 ta namunada faqat terminal va respirator bronxiolalarning zararlangani, ya'ni «klassik» yoki alohidalangan

bronxiolit borligi aniqlangan bo'lsa, 57 holda bronxiolalarning zararlangani bilan bir qatorda alveolalarning o'ziga xos tarzda yallig'lanib, bo'shliqlarida eksudat to'plangani va uning ivib qolgani topildi. Bu sindrom «uyushuvchan pnevmoniyali obliteratsiyalovchi bronxiolit» (UPOB) deb ataladigan bo'ldi.

Keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, obliteratsiyalovchi (konstriktiv) bronxiolit bilan birga davom etib boradigan holatlarga shularni ko'rsatish mumkin:

– Posttransplantatsion (o'pka, yurak-o'pka kompleksi, ko'mik ko'chirib o'tqazilganidan keyin uchraydigan) asoratlar;

– revmatoid artrit, Shengren sindromi;

– infeksiyalar (Mycoplasma pneumonia, adenoviruslar, VICH va boshqalar);

– dori-darmonlar (D- penitsillin, oltin preparatlari, sulfasalazil) bilan davolash asoratlari;

– zaharli moddalar (oltingururt, azot oksidlari, fosgen va boshqalar) ingalyatsiyasi;

– ichakning yallig'lanish kasalliklari;

– nur bilan davolash asoratlari;

– idiopatik (kriptogen) OB.

UPOB alohida ajralib OB dan, fibrozlovchi idiopatik alveolit yoki odatdagi interstitsial pnevmonitdan farq qiladigan yangi klinik-morfologik sindrom deb taqdim etildi. D. Geddes (1991) tomonidan tasvirlangan klinik-morfologik sindromlar, atamalar bir xil bo'lishiga qaramay, mohiyat e'tibori bilan olganda har xil turdagi patologiyalardir. D. Geddes tomonidan ko'rib chiqilgan OB kichik nafas yo'llari obstruktiv kasalliklari guruhiga kiradi, tobora zo'rayib boradigan hansirashga xos klinik manzara, o'pka maydonlarining ortiqcha tiniq bo'lishi bilan ifodalanadigan rentgenologik manzara bilan steroidlarga rezistent va oqibati yomon bo'lishi bilan ta'riflanadi. G. Eppler (1985) tomonidan tasvirlangan UPOB o'pka interstitsial kasalliklari (O'IK) jumlasiga kiradi, yo'tal, hansirash, isitma, quvvatsizlikning uzoq davom etmasligi, rentgenologik jihatdan olganda o'pkada dog'simon tarqoq infiltratlar topilishi, steroidlarga javoban tezroq qaytadigan va oqibati yaxshi bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Shu ikkala kasallikni aniq-ravshan tafovut qilib, ajratib qo'yish zaruriyati yetakchi tibbiy jurnallar sahifalarida ko'pdan-ko'p bahslar boshlanib ketishiga sabab bo'ldi. Atamalarni adashtirmaslik uchun «alohidalangan OB» ning sinonimi tariqasida 1973-yili B. Gosink va hamkasblari tomonidan kiritilgan «konstriktiv bronxiolit» atamasi, UPOB ning sinonimlari tariqasida esa tegishli dastlab 1983-yili A. Davison

kiritgan «uyushadigan kriptogen pnevmonit» atamasi bilan 1994-yili T. King tomonidan kiritilgan «proliferativ bronxiolit» atamalari taklif etildi.

OB va UPOB bilan bir qatorda boshqa kasalliklar ham ma'lumki, bular ham kichik nafas yo'llarining kam uchraydigan kasalliklari bo'lib hisoblanadi: diffuz panbronxit – Tinch okean mintaqasi aholisi orasida uchraydigan burun bo'shliqlari, bronxiolalarning zararlanishi, bronxoektazlar paydo bo'lishi, Pseudomonas aeruginosa ko'payishi, nafas yetishmovchiligining tobora zo'rayib borishi bilan ta'riflanadigan kasallikdir. Bir guruh olimlar respirator bronxiolit – faqat chekishga aloqador bo'lib, hansirash va yo'talish bilan birga davom etadigan, steroidlar bilan davolanganida ancha qaytadigan va chekishga barham berilganida o'z-o'zidan ham yo'qolib ketadigan o'pka kasalligi shular jumlasidandir, deb hisoblaydilar.

Butun jahonda transplantologiya gurillab rivojlanib borayotgani munosabati bilan so'nggi 10-15 yil ichida OB ga qiziqish ancha kuchayib qoldi. Transplantatsiyadan keyin OB boshlanganini birinchi marta C. Burke va hamkasblari (1984) ma'lum qilishdi, ular yurak - o'pka kompleksi muvaffaqiyat bilan ko'chirib o'tqazilgan bemorlarda zo'rayib boradigan hansirash va nafas yo'llari obstruksiyasi bilan namoyon bo'ladigan kasallik boshlanganini tasvirlab berishdi. Mualliflar bu sindromning boshqa sabablardan paydo bo'ladigan OB ga o'xshashligi, lekin surunkali bronxit obstruktiv o'pka emfizemasi va bronxial astmadan farq qilishini ta'kidlab o'tishdi.

Etiologiyasi va patogenezini

Obliteratsiyalovchi bronxiolitning sabablari turlicha. Bu kasallik odatda yurak - o'pka kompleksi, bir yoki ikkala o'pka, ko'mik ko'chirib o'tqazilganidan keyin virusli infeksiyalar, toksik moddalar, ingalyatsiyasidan keyin biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari, ichakning yallig'lanish kasalliklari vaqtida, ba'zi dorilar ishlatilgan mahalda nur bilan davolash paytlarida uchraydi. OB ning paydo bo'lish sababini ko'pchilik hollarda aniqlab olish bo'ladi. uning idiopatik yoki kriptogen turlari kam uchraydi. OB ning transplantatsiyadan keyin boshlanadigan turlari fanda yaxshiroq o'rganilgan.

OB mayda nafas yo'llarining shikastlanishiga javoban to'qimalarda yuzaga keladigan nospesifik reaksiyalarning ko'rinishidir, deb hisoblanadi. Bronxiolalar epiteliysi shikastlanganidan keyin mezenxima hujayralari bronxiolalar yo'li va devoriga o'tib, proliferatsiyalanadi, shu narsa pirovard natijada ularda biriktiruvchi to'qimaning holati o'zgarib qolishiga olib keladi.

OB da birinchi bo'lib boshlanadigan hodisa ko'pincha zararlovchi agentlar (zaharli bug'lar, viruslar) ta'siriga javoban bronxial epiteliy nekrozi va bazal membrana destruksiyasidir, shu holat turli regulyator peptidlar – o'sish omillari, sitokinlar va adgeziv molekulalarning ortiqcha ishlanib chiqishiga olib keladi. Autoimmun sabablarga, dori-darmonlar ta'siriga aloqador bo'lgan, shuningdek transplantatsiyadan keyin uchraydigan OB mahalida II sinf MNS («major histocompatibility complex» – gistologik sig'ishuvchanlik bosh kompleksi) antigenlarining bronxiolyar epiteliy hujayralariga ko'plab o'tib qolishi patogeneznining birinchi bo'g'ini bo'lishi mumkin. Bunday o'zgarishlar autoantigenlar yuzaga kelib, T-hujayralar faollashuviga, yallig'lanish avj olib, mayda nafas yo'llarida fibroz hosil bo'lishiga olib keladi, ya'ni boshqa ko'pgina autoimmun kasalliklardagiga o'xshash hodisalar ro'y berib boradi. OB da yallig'lanishda, odatdagi yallig'lanish infiltratlarida T-limfotsitlar bo'lishi kabi birga davom etib boradi (V. Holland va hamkasblari, 1990).

OB patogenezida epiteliyal hujayralar muhim roli o'ynaydi. Ular fibroblastlar uchun xemoattractant (o'ziga tortuvchi modda) bo'lib xizmat qiluvchi fibronektin ishlab chiqaradi. Regeneratsiyalanayotgan epiteliotsitlar fibroblastlar proliferatsiyasi va ekstratsellyulyar matriks komponentlari ishlanib chiqishini kuchaytira oladi.

Fibroproliferativ jarayonlarda integrinlar rolini o'rganishga so'nggi yillarda tobora ko'proq ahamiyat berilmoqda, chunki integrinlar mezenxima hujayralarini ekstratsellyulyar matriksga adgeziyalash vazifasini bajaradi. Granulyatsion to'qimadagi hujayralarning asosiy qismi fibroblastlar bilan endotelial hujayralardan iborat bo'lsa, hujayra tashqarisidagi matriksning asosiy proteinlari esa fibronektin va fibrin/fibrinogendir.

Morfologik ko'rinishi

OB ning gistologik ko'rinishi asosan terminal bronxlarning konsentrik ravishda torayib qolgani bilan ta'riflanadi. Ular shilliq parda osti qavatida va yoki adventitsiyada joylashgan dag'al holdagi chandiq birlashtiruvchi to'qima bilan qisman yoki amalda butunlay obliteratsiyalangan bo'ladi. Morfologik manzaraning boshqa bir xususiyati har xil darajada zichlashgan bronxiolyar yoki peribronxiolyar surunkali yallig'lanish infiltrati bo'lishi, bronxiolalarning lyuminal bo'limida shilimshiq tiqinlari hosil qiladigan makrofaglarning to'planib qolishidir. Gistologik ko'rinishda terminal bronxiolalar silliq muskullarining gipertrofiyasi, bronxial epiteliy nekrozi ko'zga tashlanishi, shuningdek qadahsimon hujayralar giperplaziyasi va bronxial epiteliy metaplaziyasi ham bo'lishi mumkin.

OB endigina boshlanib kelayotgan mahalda ozgina chandiq hosil qilgan bronxiolyar yallig'lanish manzarasi bilan yoki fibroz hosil qilishining daragi bo'lmagan limfotsitar yallig'lanish bilangina namoyon bo'lishi mumkin. Fibroproliferatsiya jarayonlari peribronxial limfotsitar infiltratlar bilan birga davom etadigan bo'lsa, OB faol holda deb, bordiyu, limfotsitar infiltratlar bo'lmasa, faol emas deb hisoblanadi.

OB da odatda, terminal bronxiolalar zararlanadi, respirator bronxiolalar, alveolyar yo'llar, aveolyar xaltachalar va alveolalar yallig'lanish jarayoniga tortilmagan bo'ladi. Interstitsial fibroz avj olib borishi mumkin, lekin bu fibroz hech qachon interstitsial o'pka kasalliklaridagidek darajaga borib yetmaydi. Mayda nafas yo'llaridan tashqari, yallig'lanish jarayoniga yirik bronxlar ham qo'shib ketadi, ularda ko'pincha silindrsimon bronxoektazlar, shilimshiq tiqinlari, yiringli eksudat va limfotsitlar, makrofaglar hamda plazmatik hujayralardan iborat surunkali yallig'lanish infiltratlari topiladi.

Posttransplantatsion OB da topiladigan xarakterli morfologik o'zgarish o'pka tomirlarining zararlanishi – bazal membranasi qismlarga ajralib ketgani, muskul va elastik tipdagi arteriyalar hamda mayda vena va venulalarda sklerotik o'zgarishlar bo'lishidir (J. Scott, 1997). Bunday o'zgarishlar ko'chirib o'tqazilgan boshqa organlarning surunkali ajralib tushish reaksiyasi uchun ham xos bo'ladi.

Shuni aytib o'tish kerakki, hozirgi kunda OB etiologiyasi bo'yicha aniq fikr va faktlar bo'lgani bilan, uning patogenezi to'g'risida ma'lumotlar kam. Yuqorida ko'rsatganimizdek, transplantologiya rivojlanishi bilan bu sohada ham o'ziga xos yangiliklar bo'lishga asoslar mavjud.

Diagnostikasi

OB diagnostikasi odatda anamnez ko'rsatmalari, kasallikning klinik ko'rinishi, fizik usullar bilan tekshirish natijalari, ko'krak qafasining rentgenologik va boshqa tekshiruvlar (arterial qon gazlari analizi, BAL) natijasiga asoslanadi. Shunga qaramay OB tashxisining ishonchli usuli gistologik diagnostika hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi

OB klinikasi uni keltirib chiqargan sabablarga ko'p jihatdan bog'liq. Chunonchi, bu kasallik HCl va SO₂ ingalyatsiyalari yoki virusli infeksiyalardan keyin ko'p o'tmay, o'tkir tarzda, NO₂ ingalyatsiyalaridan keyin asta-sekin, ya'ni oradan ma'lum vaqt o'tganidan so'ng va transplantatsiyadan keyin esa zimdan avj olib boradi. Shuni ham aytib o'tish kerakki, zo'rayib boradigan hansirash

kasallikning asosiy belgisi bo'lib hisoblanadi. Hansirash avvaliga jismoniy zo'riqish mahalidagina paydo bo'ladi, lekin dispnoe keyinchalik ancha tez zo'rayib boradi, andek harakat ham hansirab qolishga sabab bo'laveradi. Hansirash ko'pincha biroz balg'am tashlab yo'talib turish bilan birga davom etib boradi. Kasallikning dastlabki davrlarida auskultatsiya qilib ko'riladigan bo'lsa, ayniqsa bazal bo'limlarda, hushtakka o'xshash quruq xirillashlar eshitiladi, bazan xarakterli bo'ladigan inspirator «chiyillash» quloqqa chalinadi, biroq o'pkaning holsizlanishi kuchayib borgan sayin nafas susayaveradi va xirillashlar amalda yo'qolib ketadi. Kasallikning boshlanishi ba'zi hollarda virusli bronxit manzarasini eslatadi: kasallik birdan yoki yarim o'tkir tarzda boshlanadi, odam quruq yo'talib turadi, hushtak chalayotganga o'xshab nafas oladi, tana harorati subfebril darajalargacha ko'tariladi. Lekin kasallik simptomlari tabiatan «qotib qolgandek» bo'ladi, uning qaytayotgani yoki barham topayotganidan darak beradigan hech bir belgi bo'lmaydi. OB, garchi mayda nafas yo'llari kasalliklari jumlasiga kirsa-da, ko'pincha yirik bronxlar ham jarayonga tortilib ketadiki, bu narsa bakterial superinfeksiya yoki bronxoektazlarga xos klinik simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Boshqa bronxoektazlarda bo'lganidek, balg'amdan ko'pincha «Pseudomonas aeruginosa» va «Aspergillus fumigatus» undirib olinadi, bu qo'zg'atuvchilar zo'r berib nafas chiqarilganida 1 sekunddagi havo hajmi 1,5 l gacha kamayadigan yoki normaning 40 foizini tashkil etadigan mahalda ham saqlanib qoladi (J. Scott va hamkasblari, 1997). Baland isitma va balg'amli yo'tal odatda, bakterial superinfeksiya belgilari bo'lib hisoblanadi, ana shunday superinfeksiya ba'zan OB bilan og'rigan bemorning o'limiga bevosita sabab bo'ladi (J. Chaparo va hamkasblari, 1994). Ko'pgina bemorlarda kasallik sakrab-sakrab yoki pog'onama-pog'ona zo'rayib boradi, umumiy ahvol va funksional ko'rsatkichlar yomonlashib qoladigan davrlar ahvol nisbatan barqaror bo'lib turadigan davrlar bilan almashinib boradi. Kasallikning kechki bosqichlarida tarqoq (diffuz) iliq sianoz paydo bo'ladi, nafas olish vaqtida bo'yindagi yordamchi respirator muskullar sezilarli ravishda zo'riqadi, odam «pishillab» nafas oladi, shu narsa OB bilan og'rigan kasallarni «ko'kargan pishillovchilar» deb atash uchun S. Burke va uning hamkasblariga asos bergan.

Ko'krak qafasining standart rentgenogrammalarida o'zgarishlar aksari bo'lmaydi, lekin o'pkaning ko'proq havoli bo'lib qolganiga xos belgilar kuzatilishi mumkin, goho o'choqli-to'rsimon tusda kam ifodalangan disseminatsiya topiladi. O'pka hajmlari ba'zan masalan, Makleod sindromi yoki posttransplantatsion OB da bo'lganidek, kichrayib qoladi ham. Rentgenologik manzara o'zgarishlari umuman olganda, barcha OB hollarining ko'pi bilan 50 foizida topiladi.

Ancha sezgir diagnostik metod yuksak salohiyatli kompyuter diagnostikasi (YuSKT)dir, uning yordamida o'zgarishlar 90 foizdan ko'ra ko'proq hollarda topib olinadi. O'zgarmagan bronxiolalar, ayniqsa intralobulyar tarzda joylashganlari (diametri 2 mm dan kam bo'lganlari), YuSKT da ko'rinmaydi, chunki devorlarining qalinligi 0,2 mm dan ortmaydigan bo'lgani uchun ularni bu metod bilan aniqlab bo'lmaydi. Bronxiolalarda patologik jarayonlar boshlanganida ular ko'rinadigan bo'lib qoladi, chunki peribronxial yallig'lanish, fibroz, biriktiruvchi to'qima ekstralyuminal ekspansiyasi boshlanishi, endobronxial granulyatsion to'qima paydo bo'lishi munosabati bilan bronxiolalar devori ancha qalindashib qoladi. OB ning YuSKT yordamida topiladigan bevosita va bilvosita diagnostik belgilari tafovut qilinadi. Bevosita belgilari jumlasiga – peribronxial qalindashmalar, shilimshiq tiqinlari va bronxoektazlarni aks ettiruvchi tarmoqlangan mayda soyalar yoki sentrolobulyar tugunlar kiradi. Bunday bevosita belgilar 10-20 foiz hollarda uchraydi, xolos.

OB ning eng ko'p uchraydigan, ayniqsa nafas chiqarish mahalida yaxshi ma'lum beradigan (taxminan 70 foiz hollarda) bilvosita belgilari bronxoektazlar va mozaik oligemiyasi bor joylardir (E. Stern va hamkasblari, 1995). Makleod sindromida YuSKT yordamida 30-100 foiz hollarda chin bronxoektazlar aniqlab olinadi.

Mozaik oligemiya «xol-xol» bo'lib yoki geografik tarzda tarqaladi va obliteratsiyalangan bronxlarga tegishli segmentlar hamda bo'lakchalardagi gipoventilyatsiya va «havo tuzoqchalari» natijasi bo'lib hisoblanadi. Bronxiolalarning obliteratsiyalanishi lokal gipoksiya ustiga boshlanadigan ikkilamchi vazokonstriksiya bilan birga davom etib boradi. Mozaik oligemiya YuSKT bilan tekshirishda bronxiolalarning zararlanganini ko'rsatadigan yagona belgi bo'lishi mumkin va ba'zida faqat nafas chiqarish mahalida aniqlanadi. O'pkaning zararlanmagan bronxiolalariga tegishli sohalari nafas chiqarish mahalida zichroq bo'lib qoladi. Holbuki, zararlangan segmentlari o'ta tiniqligicha qolaveradi, chunki bronxiolalar obliteratsiyasi havoning butunlay chiqib ketishiga to'sqinlik qiladi va bu holat «havo tuzoqchasi» deb ataladi. Parenximaning normal va zararlangan bo'limlari har xil zichlikda bo'lishi (normal segmentlar ancha zich bo'lib ko'rinadi), shuningdek qon oqimining qayta taqsimlanib, zararlanmagan segmentlar tomoniga o'tishi tufayli «soxta xira oyna» fenomenini paydo bo'lishi mumkin. Biroq bu fenomen chin «xira oyna» belgilari bilan o'tadigan kasalliklar patternidan shu bilan farq qiladiki, chin «xira oyna» fenomenida bir tartibga mansub bo'lgan va bir sahfdan joy olgan tomirlar (zichligi ortgan va kamaygan joylardagi tomirlar) bir xil kalibrga ega bo'ladi.

OB da o'pka parenximasining tarovati bilan tuzilishi aynaganiga xos belgilar, bullez o'zgarishlar, odatda, bo'lmaydi, shu narsa OB ni o'pka

emfizemasidan aniq ajratishga imkon beradi. YuSKT OB ni obstruksiyasining ko'p uchraydigan boshqa sababi bronxial astmadan ajratishga ham imkon ochadi. Chunonchi, bronxodilyatatorlar bilan qo'yiladigan farmakologik sinamalardan keyin «havo tuzoqchasi» bo'lgan joylar astmada yo yo'qolib ketadi yoki ancha kamayib qoladi.

Bronxiolalar sidirg'asiga zararlanadigan va YuSKT o'zgarishlarining tarqalishida notekislik yoki «xol-xollik» bo'lmaydigan kamdan-kam hollarda asosiy diagnostik belgi tiniqlik kuchaygani va tarqoq oligemiya yuzaga kelgani holda nafas chiqarish mahalida o'pka hajmlarining kichraymay turaverishidir.

Funksional testlar

Tashqi nafas funksiyasi (TNF) testlari qo'yib ko'rilganida obstruktiv pattern ma'lum bo'ladi: oqim – hajm egri chizig'i yassilangan, oqim tezligi ko'rsatkichlari pasaygan, statistik o'pka hajmlari kattalashgan bo'lib chiqadi. Obstruksiya qoida o'laroq, qaytmas bo'ladi. Eng sezgir funksional o'zgarish o'rtacha ekspirator maksimal oqim ko'rsatkichining kamayib qolishidir (MHT 25-75%). Nafas yo'llari infeksiyasi ham bu ko'rsatkichning o'zgarishiga sabab bo'lishi mumkin, lekin V. Starnes bilan hamkasblari (1998) MHT ning 25 – 75 foizga qadar kamayishi bronxobronxiolitlardan ko'ra OB da ko'proq seziladigan bo'lishini ko'rsatib berishdi, ammo ushbu axborotning bu jarayonlar differensial diagnostikasi uchun yordam berishi amri mahol. Funksional ko'rsatkichlarning o'zgarishida ma'lum qonuniyatlar bor: hammadan ilgari MHT 25 – 75 foiz kamayadi (JNH_1 miqdori nisbatan normal bo'lgani holda), so'ngra tez orada zo'riqadigan o'pka tiriklik sig'imi (ZO'TS) ham kamayib, o'pkaning qoldiq hajmi (O'QH) ancha kattalashadi. JNH_1 ko'rsatkichi ZO'TS ga qaraganda ko'proq o'zgarishga uchraydiki, bu narsa qonuniy suratda Tiffno koeffitsiyenti kamayishiga olib keladi. Mayda nafas yo'llari zararlanganini topishning juda sezgir usuli azotni bir marta nafasga hidlaganida uning yuvilib ketishidir.

Posttransplantatsion OB da o'pka umumiy sig'imi (O'UC)ning kichrayishi bilan ifodalanadigan bir oz restriktiv komponent ham bo'lishi mumkinki, bu narsa aftidan, operatsiyadan keyin ko'krak qafasida ro'y bergan o'zgarishlar oqibatidir (J. Theodore, 1990). O'pkaning diffuzion layoqati odatda o'rtacha kamayadi. Arterial qondagi gazlar tarkibi o'pkaning boshqa obstruktiv kasalliklaridagidan ko'ra sal boshqacharoq bo'lib o'zgaradi – aksari gipoksemiya va gipokapniya topiladi, giperkapniya juda kam uchraydi. Alveoloarterial gradiyentning simob ustuni hisobida 20 mm ga qadar kengayishi va bundan katta bo'lishi xarakterlidir.

OB ning nechog'lik faolligiini baholash uchun ma'lum ahamiyatga ega bo'la oladigan yana bir diagnostik test nafasdan chiqariladigan havodagi azot oksidi miqdorini aniqlashdir. Nafasdan chiqariladigan NO bronxial astma, mukovissidoz, bronxoektatik kasallik mahalida nafas yo'llaridagi yallig'lanishni noinvaziv tarzda baholash uchun mos marker deb e'tirof etilgan (S. Singhn va hamkorlari, 1997). OB paytida NO ni aniqlashga bag'ishlangan tekshirishlar hali juda kam va ularning natijalari bir-biriga ancha zid. Chunonchi, S. Lok va hamkasblarining tekshirishlarida OB bilan og'rigan va bunday dardi bo'lmagan kasallar o'rtasida NO miqdori jihatdan olganda transplantatsiyadan keyingi davrda farq sezilgan emas. Ikkinchi tomondan, G. Verleden va hamkasblarining ishlarida NO miqdori jihatdan olganda OB bilan og'rigan va bunday dardi bo'lmagan kasallar o'rtasida ishonarli tafovut bo'lishi ko'rsatib berilgan.

Bronxoskopiya, o'pka biopsiyasi va BAL. Bronxologik ko'rinish odatda xarakterli xususiyatlarga ega bo'lmaydi, chunki patologik o'zgarishlar ko'rish mumkin bo'lgan bronxlardan distalroq tomonda bo'ladi, lekin bronxoskopiya biopsiyaga material olish va BAL ni amalga oshirish uchun imkon beradi. OB da transbronxial biopsiya (TBB) ancha qimmatli diagnostik metod deb e'tirof etilgan, chunki u bitta bemorning o'zida qayta-qayta o'tkazilishi mumkin, lekin TBB sezgirligi diagnostikaning «oltin» standarti – ochiq o'pka biopsiyasiga qaraganda 15-60 foiz atrofida bo'ladi. Sezgirligining kamligi patologik o'zgarishlarning notekis tarqalgani va biopsiya materiali hajmining kichik bo'lishiga bog'liq. Bir nechtadan bioptatlar olinadigan bo'lsa, TBB ning samaradorligi ortadi, ba'zi mualliflar 6 tadan to 12 tagacha bioptat olishni tavsiya etishadi. O'pka to'qimasidan TBB yo'li bilan olingan namunalar kerakli axborotni bera olmaydigan bo'lsa, ochiq o'pka biopsiyasi yoki torakoskopik biopsiya o'tkaziladi.

Sitologik BAL analiz OB mahalida qanday bo'lmasin biror axborot bermaydi, deb aytish mumkin, hujayraga aloqasi yo'q BAL komponentlarini (yoki eruvchan omillarini) tekshirishga katta e'tibor beriladi, chunki bular OB dagi immun yallig'lanish jarayonlarining potensial markerlari hisoblanadi. Posttransplantatsion OB da IL-2 reseptorlari (S. Jordan va hamkasblari, 1992), IL-6 sitokinlari va o'sma nekrozi omili (B. Hausen va hamkasblari, 1994), IL-8 (G. Riise va hamkasblari) singari eruvchan BAL omillari tekshirib ko'rilgan. Sanab o'tilgan ushbu omillar garchi nafas yo'llari immun faollik va yallig'lanish jarayonlari aks ettira oladigan bo'lsa-da, OB paytidagi yallig'lanishni monitorlashda bu markerlarning bittasi ham yetarli darajadagi sezgirlik, spesifiklikka va prognostik qimmatga ega emas. Fibrin hosil bo'lishida

ishtirok etuvchi gialuronidaza ko'proq universal ahamiyatga egadir, u ekstratsellyulyar matricsning asosiy tarkibiy qismlaridan biri bo'lib, fibroblastlar tomonidan ishlab chiqariladi. OB dagi yallig'lanishning faolligiga baho berish uchun J. Scott va hamkasblari gialuronidazani aniqlash usulidan foydalanishni tavsiya etadilar. Hozirgi vaqtda OB – bronxiolyar epiteliy zararlanishini ilk davrlaridayoq aniqlab olishga imkon beradigan hech qanday markerlar amalda yo'q, hujayra ichida bo'ladigan kreatinkinaza enzimi ana shunday marker bo'lib qolsa, ajab emas (J. Scott va hamkasblari, 1997).

OB ba'zi turlarining xususiyatlari

Yurak-o'pka kompleksi, ikkala o'pka, goho bitta o'pka ko'chirib o'tqazilgan bemorlarning kasallanishi va o'lib qolishiga ko'pgina hollarda posttransplantatsion OB sabab bo'ladi (S. Levine va hamkasblari, 1995). 80-yillarda yurak-o'pka kompleksi ko'chirib o'tkazilganidan keyin 50-80 foiz hollarda posttransplantatsion bronxiolit boshlanar va shu asoratdan o'lib ketadigan bemorlar soni 80 foizdan ortar edi (J. Scott va hamkasblari, 1997). Siklosporin A, azatioprin, kortikosteroidlarni o'z ichiga oladigan ancha kuchli immunosupressiya sxemalaridan foydalanish OB boshlanish hollarini 20 - 50 foizga qadar kamaytirishga imkon berdi. Mazkur sindrom surunkali ajralib tushish reaksiyasi – transplantatning xo'jayinga qarshi chiqish reaksiyasining bir ko'rinishidir deb hisoblanadi (B. Griffith va hamkasblari, 1988). Infeksion omil, masalan virusli infeksiyalarning roli ham istisno qilinmaydi (respirator sintitsial virus – RSV, sitomagalovirus – SMV), paragripp virusining roli, shu viruslarga bemor transplantatsiyadan keyin ayniqsa beriluvchan bo'lib qoladi. (J. Dauber va hamkasblari, 1990). Chunonchi, OB ning boshlanishi SMV-pnevmoniti boshlanishiga anchagina bog'liqligi payqalgan (R. Rubin, 1989). OB boshlanib qolishi xavfini tug'diradigan yana bir omil ko'chirib o'tqazilgan o'pka nafas yo'llarining surunkali ishemiyasidir (K. Bando va hamkasblari, 1995). OB transplantatsiyadan keyin har qanday muddatda boshlanishi mumkin, lekin bu kasallikning operatsiyadan 8-12 oy o'tganidan keyin boshlanishi hammadan ko'ra ko'proq tipik bo'lib hisoblanadi.

Ko'mik ko'chirib o'tqazilganidan keyin boshlanadigan OB birmuncha kamroq, ya'ni u bemorlarning 10 foizida uchraydi. Bronxiolit ko'mik transplantatsiyasidan 6 oydan keyin boshlanadi, lekin 2-20 oy mobaynidagi har qanday muddatda ham boshlanishi mumkin. Aplastik anemiya yoki surunkali miyeloleykoz munosabati bilan allogen ko'mik ko'chirib o'tqazilgan bemorlar OB bilan ko'proq kasallanadi. Bu xildagi

OBning klinik va morfologik manzarasi tabiatan boshqacha bo'lgan OBDan farq qilmaydi, lekin ba'zi mualliflar ko'mik ko'chirib o'tqazilgandan keyin boshlangan OBning asorati sifatida o'pka infeksiyalari avj olib, pnevmotoraks va pnevmomediastinum paydo bo'lishi mumkin, deb hisoblaydilar. OBda transplantatsiyadan keyin 3 yildan so'ng bo'ladigan o'lim hollari 65 foizni tashkil etadi.

Bu ko'rsatilgan ma'lumotlardan tashqari OB revmatoid artritda ham uchraydi, lekin yuvenil revmatoid artrit va Shegren sindromida ham uchrashi mumkin. Yuqorida tilga olib o'tilganidek, revmatoid artritda uchraydigan OB dastlab D. Geddes va hamkorlari tomonidan tasvirlab berilgan. Lekin bunday OB asosiy kasallikning asoratimi yoki mazkur bemorlarni D-penisillamin bilan davolash natijasimi, degan fikr-mulohazalar hali ham bor. OB ko'pdan beri revmatoid artrit bilan og'rib yurgan bemorlarda, asosan 50-60 yashar ayollarda ko'proq uchraydi va steroidlar bilan davolanganida qaytavermaydigan bo'lishi, nafas yetishmovchiligi tobora zo'rayib borib, o'limga olib kelishi bilan ta'riflanadi. O'pka rentgenologik yo'l bilan tekshirib ko'rilganida uning ancha nochor holga kelib qolgani kuzatiladi, o'pkaga tegishli funksional testlar esa obstruktiv tipdagi o'zgarishlar borligini ko'rsatib beradi. Bu holga OB ning oqibati juda yomon, bemorlarning umri 1-1,5 yildan oshmaydi.

OB ba'zi o'pka infeksiyalarining asorati bo'lishi mumkin. Unga ko'pincha virus infeksiyalari – RSV, adenovirus, rinovirus, koronavirus, suv chechak virusi, SMV va boshqalar sabab bo'ladi. Virusli infeksiyalardan keyin OB boshlanishi ikki yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida ko'proq ko'riladi. «Mycoplasma pneumonia» paytida OB boshlanib qolgani tasvirlab o'tilgan (M. Prabhu va hamkasblari, 1991). VICH infeksiyali bemorda boshqa infeksiyon asoratlar bo'lmagani holda OB boshlanib qolganini F. Diaz va hamkasblari tasvirlab o'tishgan. Adabiyotda Makleod yoki Sviyer – Jeyms sindromi: bir tomondagi o'pkaning rentgenoskopiyada o'ta tiniqlashib, o'pka arteriyasining gipoplaziyaga uchrashi va bronxoektazlar paydo bo'lishi virusli broxiolit oqibati bo'lishi mumkin. Infeksiyon OB ning kam uchraydigan boshqa bir sababchisi «Aspergillus fumigatus» zamburug'idir, bu xildagi kasallik immuniteti sezilarli darajada izdan chiqib qolgan ikki nafar bemorda ko'rilgan, ularning birida OB bronxotsentrik granulema bilan birga o'tib borgan (S. Sieber va hamkasblari, 1994).

Dori-darmonlar ta'siridan boshlanadigan OB nisbatan kam uchraydi. Bu kasallikning D-penisillamin, sulfasalazin, oltin preparatlari, tiopronin, amfoteritsin singari preparatlarni ishlatish bilan bog'liqligi qayd etilgan. Ba'zi oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilishdan bo'ladigan OB dori-

darmonlar ta'siridan boshlanadigan OB ga yaqin turadi. Sauropus androgenus degan tropik sabzavotning suvini ozish maqsadida ichib yurgan yosh va o'rta yashar juvonlarning 23 nafarida OB boshlanib qolgani 1995-yili Tayvanda tasvirlangan (R. Lai va hamkasblari, 1996).

Bir qancha zaharli moddalar ham OB ga sabab bo'lishi mumkin, chunonchi azot oksid, oltingugurt oksid, fosgen, xlorpikrin, sink xlorid, trixloretan, oltingugurt va fluor gidrogenlari, nikel bilan temir karbonillari, oltingugurt pentaxlorid nafasga olinganida **postingalyatsion OB** boshlangani qayd qilingan, shuningdek termik omilning roli ham istisno etilmaydi. Sanoat korxonalari, ayniqsa yonuvchan materiallar ishlab chiqariladigan yoki ishlatiladigan, metall eritiladigan, kavsharlanadigan korxonalarining ishchilari zaharli moddalari bor havodan nafas olib turishlari mumkin. Bronxiolalar turli yo'llar bilan zararlanadi, lekin ko'pincha zararlovchi moddalar yo kuchli kislotalar yoki kuchli ishqorlar yo bo'lmasa kuchli oksidlovchilardan iborat bo'ladi. Morfologik o'zgarishlar aksari bir necha omillar ta'siri tufayli boshlanadi. Kasallikning o'tishi va keltirib chiqaradigan oqibatlar nuqtai nazaridan olinadigan bo'lsa, OBning shu turini tabiatan boshqacha bo'lgan OBlarga qaraganda ancha «muloyim bo'ladi», deb aytish mumkin, balki. Klinik simptomlari odatda vaqtinchalik bo'ladi, odam butunlay sog'ayib ketishi mumkin lekin sezilarli darajadagi nafas yetishmovchiligiga olib keladigan og'ir morfologik shikastlar ham ro'y berishi kuzatiladi (N. Jaspur va hamkasblari, 1982).

Davosi

OB davo qilingani bilan qaytavermaydigan, demak, oqibati yomon bo'ladigan kasallik deb hisoblanadi. Kasallik ko'pincha bronxiolalarda dag'al fibroz o'zgarishlar ro'y berganidan keyingina aniqlab olinadigan bo'lgani uchun yallig'lanishga qarshi qilinadigan davoning hech bir turi jarayonni qaytara olmaydi. Shunga ko'ra o'pkaning morfofunktsional holatini asliga keltirib, tiklash maqsadida emas, balki yallig'lanish jarayoni bilan fibroproliferativ jarayonlarni to'xtatib turish va kasallikning yanada avj olishiga yo'l qo'ymaslik maqsadida davo qilib boriladi. Kasallik bronxiolalarda dag'al fibroz o'zgarishlar ro'y bermasidan ilgari barvaqt aniqlab olinadigan ba'zi hollarda patologik jarayonni davoning «zo'ri bilan» qaytarish mumkin bo'ladi. Bunda tanlab ishlatiladigan davo vositalari gidrokortikosteroidlardir: odatda prednizolon (tana vaznining har kilogrammiga 1-1,5 mg hisobidan ichish uchun), metilprednizolon (3-5 kun davomida kuniga 1 g gacha miqdorda venadan yuborish uchun) buyuriladi. Postingalyatsion OB da 6-8 hafta davomida kuniga 60-100 mg dan prednizolon ichib turish tavsiya etiladi. Bolalarda virusli

infeksiyalardan keyin OB boshlanib qolgudek bo'lsa, steroidlarni og'ir hollardagina ishlatish kerak. Dori-darmonlar ta'siridan boshlanadigan OB da steroidlar ko'pincha naf bermaydi.

Shuni nazarda tutish kerakki, posttransplantatsion davrda zamonaviy sxema bo'yicha immunosupressiya o'tkazilib turishiga qaramay, bemorlarning taxminan uchdan bir qismida, baribir OB boshlanaveradi. Bunday hollarda siklofosfamidni muvaffaqiyat bilan ishlatish mumkin, degan ora-sira xabarlar bor. B. Godeau va hamkasblari OB ayrim turlarida mana bunday sxemani qo'llab, bemorning ahvolini ancha yaxshilashga muvaffaq bo'lishgan: dastlabki 5 kun davomida 4 mg/kg dozada venadan siklofosfamid berib turilgan, keyin esa bu preparat 2 mg/kg dozada uzoq muddat davomida ichirib borilgan. Bitta o'pkasida transplantatsiya o'tkazilganidan keyin OB boshlangan bemorda ham siklofosfamid bilan davolash naf bergan: bu preparat kuniga 50 -70 mg/kg dozada ichirib turilganida ko'chirib o'tqazilgan o'pkaning funksional ko'rsatkichlari 3-o'ygacha kelib ancha yaxshilanib qolgan (R. Fabri va hamkasblari, 1997).

Tacrolimus (FK 506), Mycophenolate Mofetil (MMF), Sirolimus (Rapamycin) singari yangi immunosupressiv preparatlardan foydalanish OB ga davo qilishda istiqbolli yo'nalish bo'lib hisoblanadi. OB sindromi bor bemorlarga FK 506 preparati ishlatilganida dastlabki ijobiy natijalar olingan (K. Wiebe va hamkasblari, 1997).

Ba'zi hollarda ingalyatsion glikokortikosteroidlar (IG) katta ahamiyatga ega bo'ladi, ular ayniqsa NO₂ nafasga olingani natijasida boshlangan OBda buyuriladigan bo'lsa, ahvol birmuncha yaxshilanadi. IG ni ingalyatsion OBning dastlabki simptomlari paydo bo'lishi bilanoq, ya'ni kasallikning dastlabki soatlaridan boshlab buyurish kerak. IG bolalarda uchraydigan postvirus OB mahalida ham naf beradi. Budesonidni 150 mkg dan kuniga ikki marta berib turish kasallik simptomlarining ancha kamayishiga olib kelgan. (J. Wong va hamkasblari, 1997). Venadan yuqori dozalarda yuboriladigan steroidlar naf bermaydigan mahallarda ham IG foydali bo'lib chiqishi mumkin: yurak-o'pka kompleksi yoki o'pka ko'chirib o'tqazilgandan keyin boshlangan OB mahalida bemorlarga 2000 mkg dan kuniga 2 mahal budesonid va 1000 mkg dan kuniga 2 mahal flyuktikazon berib turilganida (R. Speich va hamkasblari, 1997) ijobiy natijalar olingan. Ingalyatsion siklosporin A ning yaxshi naf berishi ham ko'rilgan: posttransplantatsion OB da preparatni 300 mg dozada (qondagi konsentratsiyasi kamida 50 ng/ml bo'ladigan qilib) ingalyatsiya qilib turish to'qqiz nafar bemorning yettitasida o'pka biopatlarning morfologik manzarasi va funksional ko'rsatkichlarning yaxshilanishiga olib kelgan (A. Iacano va hamkasblari, 1996).

OB ning davosi uchun ba'zi mualliflar kolxitsin ishlatishni taklif etishadi, chunki bu preparat fibroz paydo bo'lishiga qarshilik qiladigan va immunitetni rostlovchi muhim xossalarga ega bo'lib, nisbatan bexatar hisoblanadi.

Etiotrop terapiyani qo'llanish sohasi faqat virusli OB bilan cheklanadi, balki. Bunda nebulayzer yordamida ribaverin, yoki steroid gormonlar bilan davolash yaxshi natijalar berdi.

OB da simptomatik terapiya ham qo'llaniladi: gipoksemiya boshlanganida kislorodoterapiya, infeksiyon asoratlar ro'y berganida – antibiotiklar va zamburug'larga qarshi preparatlar buyuriladi, ko'pincha ingalyatsion simpatomimetiklar ishlatiladi, lekin bular uncha katta naf bermaydi.

ALVEOLITLAR

Alveolitlar o'pkaning tarqalgan va og'ir zararlanishi bilan belgilanadi va ular ko'pincha tarqoq pnevmoskleroz hamda o'pka-yurak yetishmovchiliklariga olib keladi. Bu kasallik o'pka xastaliklari orasida kattagina bir guruhni tashkil etadi. Lekin alveolitlar diagnostik ibora bo'lib, nozologik birlikka kirmaydi. Uni sindrom deb atash ham qiyin. Aniqrog'i u yo'naltiruvchi mazmunga ega bo'lib, shifokorning xastalikka to'g'ri tashxis qo'yishga ko'maklashadi.

M.Ilkovich va A.Kokosovlar taklif etgan tasnifga binoan o'pkada disseminatsiyalashgan holda kechadigan jarayonlar 5 guruhga ajratiladi. Alveolitlar, granulematozlar, o'sma tipidagi tarqoq jarohatlar, o'pkada ahyon-ahyonda uchrab turadigan fibroz o'zgarishlar va turli sabablarga ko'ra rivoj topgan interstitsial o'pka fibrozlari shular jumlasidandir.

O'z navbatida alveolitlar guruhiga ekzogen allergik alveolit (EAA), toksik fibrozli alveolit (TFA) va idiopatik fibroz bilan o'tuvchi alveolit (IFA) kiradi.

Ekzogen allergik alveolit

Ekzogen allergik alveolit (EAA), tarkibida turli xil organik allergenlar bo'lgan havodan nafas olish sababli yuzaga keladi. Buning natijasida alveolyar va interstitsial o'pka to'qimasida allergenlarga nisbatan patologik immun jarayon rivoj topadi. Adabiyotda bu kasallikning boshqa nomlari ham uchrab turadi. Masalan, u ingalyatsion pnevmopatiya, diffuz interstitsial zotiljam, interstitsial granulematoz deb ham yuritiladi.

Sabablari

Hozirgi vaqtda EAA ni keltirib chiqara oladigan bir qator allergenlar ma'lum. Bularga – saprofit zamburug'lar, termofil aktinomitetlar, aspergillar va penitsillalar, parranda axlati va patlari, hayvon va qushlar oqsillari, shuningdek, hasharotlar antigenlari kiradi. Ularga mos ravishda ekzogen allergik alveolitlar turli nomlar bilan ataladi: fermer o'pkasi tarkibida termofil aktinomitetlar bo'lgan (nam xashak bilan ishlaganda kelib chiqadigan), «bogasso» (shakarqamish bilan ishlovchilar o'pka xastalanishi), «ola-bula to'tiqush havaskorlari o'pkasi», «qo'ziqorin teruvchilar o'pkasi» (qo'ziqorin o'stiruvchi shaxslarda kuzatiladigan), «pishloq pishiruvchilar o'pkasi» (penizilliozni qo'zg'ovtuvchi antigenlarga rivojlanadigan alveolit), «baliq uni bilan ishlovchi shaxslar o'pkasi» va boshqalar. Yuqorida eslatilganlardan ko'rinib turibdiki, EAA asosan kasb kasalliliklari guruhiga mansub bo'lib, ular katta kishilarda ko'p bolalarda esa kamroq uchraydi.

Organik moddalar tarkibida bo'lgan allergenlar bilan nafas olinganda kishida o'ziga xos presipitinlar hosil bo'ladi. Ular asosan, kasallikning o'tkir davrida bemorlar qon zardobida aniqlanadi, surunkali davrida odatda, presipitinlar unda topilmaydi. Tegishli antigenlar bilan kontaktda bo'lgan sog'lom kishilarda ham ko'pincha qon zardobida tegishli antigenlar aniqlanishi mumkin.

EAA da struktur o'zgarish va funksional nuqsonlar (alteratsiyaning immun mexanizmi) patogenetik muhim ahamiyatga ega. Qonda erkin aylanib yuruvchi immun komplekslar, AYuIK (antigen va antitelalar qo'shilishidan paydo bo'ladigan) to'qimalar shikastlanishida faol qatnashadi. Lekin allergenlar bilan kontaktda bo'lgan shaxslar hamma vaqt EAA ga chalinmaydi va u 1-5 foiz hollardagina kelib chiqishi mumkin. Bu esa kasallik rivojlanishida, ekzogen omillar bilan bir qatorda endogen ta'sirlarining ham ahamiyati bo'ladi degan fikrga olib keladi.

EAA ning o'tkir bosqichida o'pkada ikki xil morfologik o'zgarishlar aniqlanadi: limfotsitlar va plazmatik hujayralardan tashkil topgan alveolalar devoridagi yallig'lanish infiltrati va bronxiolalar devorlari hamda alveolyar to'siqlari granulemalari shular jumlasidandir. Epitelioid hujayra granulemalari sarkoidozga juda ham o'xshab ketadi, lekin ular kamroq bo'lib, atrofdagi to'qimalardan keskin ajralib turmaydi. Kasallikning surunkali bosqichida alveolalar va bronxlar devorlarida fibrozli o'zgarishlar namoyon bo'ladi. Ular vaqt o'tishi bilan respirator tizim arxitektonikasining buzilishiga va «asalari uyasiga o'xshash o'pka»ning shakllanishiga olib keladi.

Klinikasi. Alveolitlar barcha yoshda paydo bo'lishi mumkin. Kasallik kechishining o'tkir, nim o'tkir va surunkali turlari ajratilgan. O'tkir alomatlar, allergen ta'siridan so'ng bir necha soat o'tgach paydo bo'ladi.

Kasallikning boshlanishi grippni eslatadi: tana harorati ko'tariladi, et uvishadi, bosh va oyoq-qo'llar og'riydi. O'pka zararlanganda quruq yo'tal, hansirash, o'pkada esa mayda va o'rtacha pufakchali nam xirillashlar kuzatiladi. Bronxial astmadan farqli o'laroq, bemorlarda hushtaksimon nafas olish va o'pkada tarqoq quruq xirillashlar kuzatilmaydi.

Kasallikning o'tkir bosqichida gemogrammada mo'tadil leykotsitoz va neytrofiller qayd qilinadi. Eozinofiliya xos emas.

Allergen bilan kontakt takrorlanmasa, bemor bir necha kun yoki haftadan keyin batamom sog'ayib ketadi. Aks holda allergen birlamchi kasallikdagidan uzoqroq davom etuvchi va og'ir qaytalanishlar beruvchi holat sodir etadi. Allergen uzoq muddat ozroq ta'sir qilganda xastalik o'rta daraja og'irlikdagi surunkali dard ko'rinishida o'tishi mumkin.

Surunkali bosqichda bemorda hansirash va shilliq balg'am ajralashiga olib keluvchi yo'tal yetakchi belgilardan bo'lib qoladi. O'pkada o'rtacha me'yordagi krepitatsiya xirillashlar eshitilsa-da, lekin bu belgi doimiy bo'lmaydi. Bemorlarning bir qismida bora-bora ko'krak qafasi deformatsiyasi, barmoqlar oxirgi bo'g'imlarining yo'g'onlashuvi nog'ora (baraban) cho'pi ko'rinishida o'zgarishi, jismoniy ish bajarilganda sianozning yuzaga kelishi kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'pchilik bemorlarda umumiy holsizlik, salga charchab qolish, harakat faolligining susayishi, ishtahaning pasayishi va vaznning kamayib borishi kuzatiladi. Kasallikning zo'rayish davridan tashqari paytda gemogramma, shuningdek, qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari o'z me'yorida bo'ladi.

Kasallikning o'tkir yoki surunkali kechishida zo'rayish bo'lganda immunoglobulinlar tarkibi o'zgaradi, hujayraviy immunitet ko'rsatkichlari esa sezilarli o'zgarmaydi. Lekin EAA bilan og'rigan barcha bemorlar qon zardobida aylanma immun kompleks miqdori oshgan bo'ladi.

Bronxoskopiya usuli bilan tekshirilgan bemorlar guruhining yarmida diffuz kataral endobronxit aniqlanadi, balg'amda esa unda-munda zamburug'lar to'dalari va saprofit flora aniqlanadi.

Bemorlarning 80-90 foizida yurak tez urishi va EKG bo'yicha miokardda distrofik o'zgarishlar borligi qayd etiladi. Surunkali EAA li ga ega bemorlarda 20-30 foiz atrofida yurak o'ng qorinchasining zo'riqqanligi yoki unda gipertrofiya belgilari topiladi. Bu o'zgarishlar shakllanayotgan «o'pka yurak» ning boshlang'ich alomatlari hisoblanadi.

Rentgenologik tekshiruvda allergik alveolitning o'tkir bosqichida mayda (milliar) o'choqli soyalar topiladi va ular asosan o'pka sathi

to'qimasining o'rta qismida joylashgan bo'ladi. Ko'pincha o'pka to'qimasi tiniqligining xiralashuvi kuzatiladi. Bu rentgenologik ko'rsatkichlar alveolyar to'qimada va umuman o'pkada interstitsial, eksudativ, proliferativ va granulematoz o'zgarishlarni aks ettiradigan belgilardir.

Lekin bunday rentgenologik o'zgarishlar hamma vaqt ham ko'rsatilgan tusda bo'lavermaydi va ayrim hollarda o'pkaning ildiz oldi va bazal bo'limlarida ikki taraflama mayda o'choqli soyalar aniqlanadi.

Rentgenologik o'zgarishlar EAAning surunkali bosqichida turli ko'rinishda bo'lib, ular kasallikning qancha vaqt davom etishi bilan uzviy bog'liqdir. Bemorlarning 60-80 foizda diffuz pnevmofibroza belgilari bo'lishi mumkin. Bundan tashqari o'pka xajmining kamayishi, diafragma gumbazlarining ko'tarilib turishi, rentgenoskopiyada esa ko'krak qafasi va diafragma harakatlanishining susayishi qayd etiladi. Ayrim hollarda ko'krak ich qismi va bosh bronxlarning kengayishi, o'pka arteriyasi yoyining yaqqolliigi, o'pkada infiltrativ «bloksimon» soyalarining bo'lishi kuzatiladi. Odatda, bu o'zgarishlar davolash ta'sirida yo'qolib ketsa-da, lekin keyinchalik qaytalanishi mumkin.

Nafas olishning izdan chiqishi EAA da bo'ladigan patofiziologik o'zgarishlarning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi. Bemorlarda jismoniy zo'riqishda kuchayadigan yoki paydo bo'ladigan hansirash va sianoz ko'rinishidagi o'tkir va surunkali nafas yetishmovchiligi alomatlari kuzatiladi. EAA surunkali kechganda restriktiv tipidagi ventilyatsiya buzilishlari ustunlik qiladi. Kasallikning o'tkir va nim o'tkir turida ko'pincha o'pka giperventilyatsiyasi va mayda bronxlar o'tkazuvchanligining obstruktiv buzilishlari aniqlanadi. Alveola va kapillyarlar oralig'idagi membrana o'tkazuvchanligining o'zgarishi bilan bog'liq ventilyatsion-perfuzion nisbatlar maromining buzilishi tashxisiy nuqtai nazardan muhim omil hisoblanadi.

Kasallik zo'raygan paytda qonda giperkapniya va gipoksemiya alomatlari bo'lishi mumkin, remissiya davrida esa o'zgarishlar yuz bermaydi. EAA o'tkir bosqichining oqibati ko'pincha yaxshi bo'ladi, ammo u surunkali bosqichga o'tganda kasallik kechishi jiddiylashib, uni keltirib chiqargan allergen bilan kontakt to'xtagandan keyin ham, zo'riqib borishi mumkin. Katta yoshli bemorlarda «o'pka yurak» rivoj topganligi va yurak o'ng qorinchasi yetishmovchiligi ro'y berganda o'lim hollari yuzaga kelishi kuzatilgan.

EAAning surunkali turlarini aniqlash uchun kasallikka sabab bo'ladigan allergenlar bilan kontaktni bartaraf etishdan tashqari xastalikka erta tashxis qo'yish va uni faol davolash katta ahamiyat kasb etadi. Bizning adabiyotlardan olgan ma'lumotlarimizga binoan, EAA dan

15-20 foiz bemorlarda batomom tuzalish bo'lgan. Kasallikning o'rtacha darajali va surunkali turlarida bemorlarning 40-50 foizida, nafas yetishmovchiligining kamayganligi tufayli ahvoning yaxshilanishi qayd qilingan.

Ushbu kasallik tashxisi faqat klinik yo'l va asbob-uskunalar bilan to'liq tekshiruv o'tkazish natijasida amalga oshiriladi. EAAga shubha tug'ilganda kasallik anamnezi puxta yig'ilishi zarur, kasallikka sabab bo'ladigan allergen bilan kontaktning bor yoki yo'qligini ham aniqlash lozim.

Kasallikning o'tkir boshlanishi, hansirash, yo'talish va o'pkada xirillashlarning bo'lishi, EAA ni bronxial astmadan va zotiljamdan farqlashni taqozo etadi. Quyida bronxial astmaning EAA dan tafovutlari keltirilgan (13-jadvalga qarang).

13-jadval

EAA ni bronxial astmadan farqlash

Belgilar	Bronxial astma	EAA
Irsiy moyillik	Tez uchraydi	Kamdan-kam hollarda
Allergen bilan kontakt-da bo'lgandan so'ng alo-matlarning paydo bo'lish vaqti	Atopik astmada bir necha daqiqadan so'ng	5-8 soat o'tgach
Hushtaksimon nafas	Tez-tez	Kamdan-kam hollarda
O'pkadagi xirillashlar	Asosan quruq	Nam-krepitatsiya tipida
Umumiy o'zgarishlar	Kam hollarda	Tez-tez
Eozinofiliya	Tez-tez	Kam hollarda
Rentgenologik tekshirishda	O'pka to'qimasining o'rta tiniqligi yoki o'zgarishlarning bo'lmasligi	Mayda o'choqli soyalar, o'pka to'qimasi tiniqligining pasayishi
Ventilyatsiyaning buzilishi	Obstruktiv tipda	Restriktiv tipda
Terining allergik sinamalari	Ko'pincha musbat	Manfiy
Allergenlarni qon zar-dobida bo'lishi	Ko'pincha ziyodroq	Me'yorida
Presipitatsiyalovchi antitelolar	Bo'lmaydi	Ko'pincha aniqlanadi

EAAning turli klinik ko'rinishlari tashxisi fizikal va rentgenologik o'zgarishlarga asoslanadi. O'pkadagi o'zgarishlar zotiljamda odatda, bir tomonlama, cheklangan alveolitda esa diffuz va ikki tomonlama bo'ladi.

Ayrim hollarda EAA o'tkir bosqichini milliar sildan farq qilishga to'g'ri keladi, chunki bu xastaliklardagi rentgenologik o'zgarishlar bir-biriga o'xshab ketadi. Sil kasalligi uchun, u bilan og'rigan bemorlar bilan kontaktda bo'lish, tuberkulin sinamalarining musbat natijasi, balg'am bilan sil tayoqchasini ajratilishi, tegishli rentgenologik belgilarning mavjudligi xosdir. Silda milliar toshmalar butun o'pka maydoniga bir me'yorda toshgan bo'ladi, ular EAAga qaraganda ko'proq va birmuncha aniq ko'rinadi.

EAA ni bronxiolitdan ajrata bilish ancha qiyin bo'ladi. Bronxiolitda hansirash ko'proq ekspirator, alveolitda esa u aralash tipda bo'ladi. Diaqnoz qo'yishda o'pkadagi fizikal va rentgenologik ko'rinishlarga ham e'tibor berish zarur.

Allergenlar bilan kontakt bor-yo'qligini aniqlash imkoni bo'lmaganda EAAning surunkali bosqichi tashxisi juda qiyin kechadi. Bu hollarda o'pkaning nafas olish funksiyalarini har taraflama o'rganish katta yordam beradi.

Bemor qonida o'ziga xos maxsus antitelalarni aniqlash tashxis qo'yishning asosiy usullaridan biri hisoblanadi. T-limfotsitlarni maxsus stimulyatsiyalash usuli va teri sinamalari ishonchsiz bo'lib chiqdi, chunki bunda nospesifik reaksiyalar tez-tez ro'y berib turadi.

Davolashda birinchi navbatda bemorning allergen bilan kontaktini bartaraf etish lozim. Kasallikni davolashdagi asosiy usul kortikosteroidlarni buyurishdir. Prednizolonning dastlabki kunlik dozasi gavda vazniga nisbatan olinganda 1 mg/kg ni tashkil etadi. Xastalikning o'tkir turida prednizolon 10-14 kun, surunkali kechganda 3-4 hafta davomida beriladi. Hansirash, yo'tal, o'pkadagi xirillashlar kamayganda, rentgenologik va funksional ko'rsatkichlar dinamikasi ijobiy bo'lganda prednizolon dozasi haftasiga 5 mg dan kamaytiriladi va keyinchalik lozim bo'lsa 3 oy mobaynida davolash davom ettiriladi. Bu ko'proq kasallikning surunkali turiga taalluqlidir. Bu holda prednizolon bilan bog'liq bo'lgan asoratlarning yuzaga kelishini nazarda tutish kerak.

EAA uzoq vaqt davom etganda, o'pkada fibroz o'zgarishlar yuzaga kelishi qayd qilinib, bunda kortikosteroidlar bilan davolash samaradorligi ancha pasayadi. Shunday kezlarda bemorlarni kuprenil (D-pensillinamin) bilan davolash maqsadga muvofiqdir. Ushbu preparat SIK ni parchalab yuboradi, u eruvchan va erimaydigan kollagenlar hosil bo'lishiga chek qo'yadi hamda o'pkada biriktiruvchi to'qima rivojlanish jarayonining pasayishiga olib keladi.

Kuprenil kuniga 1 marta 125-250 mg dan, o'rta hisobda 6 oy davomida qabul qilinadi. Davolash jarayonida gemogramma, qon zardobidagi temir miqdori va siydik holatini muntazam ravishda tekshirib turish lozim.

Bronx-o'pka sistemasida yallig'lanish jarayoni zo'rayganda yoki unga o'tkir respirator xastalik qo'shilganda bemorga antibakterial davo tayinlanadi. Ehtiyojga qarab bronxolitiklar, balg'am ko'chiruvchi va boshqa simptomatik vositalar qo'llaniladi. Yurak yetishmovchiligi alomatlariga ega bemorlarga kardiotrop davo ham o'tkaziladi. Nafas yetishmovchiligi ro'y berganda, albatta, oksigenoterapiya buyurish lozim. Davolashda fizioterapevtik usullar hamda badan tarbiyani qo'llashni e'tibordan chiqarilmaslik lozim.

Toksik fibrozli alveolit

Toksik fibrozli alveolit (TFA) kimyoviy moddalar birinchi navbatda, dori-darmonlarning zaharli ta'siri oqibatida yuzaga keladi. Masalan, sitostatik ta'sirli dorilardan metotreksat, 6-merkaptopurin, azatioprin, siklofosfan bu kasallikning yuzaga kelishida alohida ahamiyatga ega. Bu borada furodonin, furozolidon, ganglioblokatorlar, sulfanilamidlar, anaprilin, apressin, xlorpropamil va boshqalarning ham zaharli ta'sir ko'rsatishlari mumkinligini aytib o'tish mumkin.

Yuqorida ko'rsatilgan dorilar o'pka to'qimasiga bevosita zaharli ta'sir ko'rsatadi yoki ularning ayrimlari bemorda immun tizim faoliyatini o'zgartirib, qo'shimcha TFA rivojiga sabab bo'ladi.

Bolalar va o'smirlarda TFA ayrim hollarda toksikomaniya tufayli ham yuzaga kelishi mumkin.

TFA da patologik o'zgarishlar o'pkaning respirator bo'limida ro'y berib, dastavval ular kapillyarlarning zararlanishi, alveolalararo to'siqlar va alveolalarning shishuvi, 1 tipdagi alveolotsitlar nekrozi, keyinchalik interstitsial va alveolalar ichi fibrozi rivoji bilan yakunlanadi. Biroq kasallikda interstitsial shish bosqichi orqaga qaytishi ham mumkin.

Klinik jihatdan hansirash, quruq yo'tal, o'pkada biroz miqdorda krepatitsiyali xirillashlar ustunlik qiladi. Bemorda restriktiv tipdagi o'pka ventilyatsiyasining buzilishlari, gipoksemiya holati belgilari va hokazolar aniqlanadi. Kasallikning o'tkir bosqichida rentgenologik o'zgarishlar kuzatilmasligi mumkin, ammo uning rivojlanib borishi o'pkada fibroz o'zgarishlar shakllanishiga olib boradi va u rentgenologik tekshirishda yaqqol namoyon bo'ladi.

TFA ni davolashda birinchi navbatda uning kelib chiqishiga sabab bo'lgan preparatlarni bekor qilish alohida ahamiyat kasb etadi. Shuning o'ziyoq bemorning tamomila tuzalishiga olib kelishi mumkin. Shuni ham

aytib o'tish kerakki, kortikosteroidlar ushbu kasallikda o'pkada bo'ladigan salbiy jarayonlarni tezlashtirishi mumkin hamda o'pkada fibroz o'zgarishlarining ortib borishi davolash samaradorligini ancha pasaytiradi.

Idiopatik fibrozli alveolit

Idiopatik fibrozli alveolit (IFA) hozircha sababi aniqlanmagan birlamchi surunkali kasallikdir. IFA atamasi adabiyotda «Xammen Rich sindromi» nomi bilan ma'lum. Unda asosiy patologik jarayon alveolitlar oralig'ida interstitsial to'qimada joylashadi va zo'rayib borib, diffuz fibrozga olib keladi. Hozirgi vaqtda bu kasallikning faqat o'tkir va nim o'tkir turlarda o'tishi aniqlangan.

IFA hamda revmatoid artrit oralig'ida biroz o'xshashlik alomatlar bor bo'lib, revmatoid artritda o'pkaning diffuz interstitsial fibroz o'zgarishi ham kuzatiladi; IFA bilan xastalangan bemorlarning bir qismida, revmatoid artritda bo'lgani kabi immunologik o'zgarishlarda ro'y beradigan revmatoid faktor hamda yadro antigenlariga qaratilgan antitelalarning paydo bo'lishi kuzatiladi. Hozirgi vaqtda ko'pchilik mualliflar bunda IFAda mustaqil nozologik tur deb qarashadi va u o'z navbatida uning sababi ma'lum bo'lgan fibrozli alveolitdan farq qiladi.

IFA barcha yoshdagi kishilarda uchraydi. Ba'zi bir kuzatuvlar bo'yicha bemorlarning o'rtacha yoshi 50 va undan ortiq yoshdagilar tashkil etadi. Shu bilan bir vaqtda, Xammen Rich sindromining yoshi o'tgan odamlarda bo'lishi ham bayon etilgan.

IFAning kelib chiqish sabablari noma'lum. U bilan oilaviy kasallanish hollari aniqlangan, bu esa genetik moyillikdan guvohlik beradi. Uning kelib chiqishida ma'lum darajada autoimmun o'zgarishlarning ahamiyati to'g'risida ko'rsatmalar bor, chunki kasallikda qo'shuvchi to'qima tomonidan sistem siljishlar borligi aniqlangan. Bulardan tashqari, IFAda patogenetik ahamiyatga sazovor bo'lgan bir qator immunologik fenomenlar aniqlangan. Misol tariqasida immunoglobulinlar gamma fraksiyasining ortishi, organospesifik antitelalar va revmatoid faktorning topilganligini qayd etish mumkin. Alveolyar kapillyarlarda immun komplekslarning konsentratsiyalanishi haqida ham ma'lumotlar mavjud.

IFAda o'pka hajmi kichrayadi, patomorfologik tekshirishlarda unda diametri 0,3-1,3 sm keladigan ko'p sonli bo'shliqlar va ildiz oldi limfa tugunlarining giperplaziyasi kuzatiladi. O'pkada yallig'lanish, shish, alveolalararo to'siqlarning to'lishuvi, alveolalarda ekssudat hamda hujayralar deskvamatsiyasi aniqlanadi. Bular keyinchalik interstitsial fibrozga olib keladi, alveolalar tuzilishi o'zgarib bronxiolalarda metaplaziya belgilari sodir bo'ladi. Bronxiolalar torayadi yoki kengayadi.

Obliteratsiyaga uchramagan bronxiolalar bo'shlig'i kengayadi, «asalari uyasi simon o'pka» shakllanib boradi. Yirik bronxlar jarayonga takroran jalb bo'ladi. Ularda silliq muskul tutmalari va bezlarning gipertrofiyasi kuzatiladi.

Klinik ko'rinishi

Kasallik ko'pincha bolalarda namoyon bo'ladi. Ularning aksariyatida xastalikning ilk alomatlari kichik yoshda, bir qismida esa maktabgacha bo'lgan yoshda paydo bo'ladi

Ko'pchilik bemorlarda kasallikning nim o'tkir turi qayd qilingan, bunda jismoniy zo'riqishdan so'ng kuzatiladigan nafas olishning qiyinlashuvi kasallikning ilk belgisi hisoblanadi. Ayrim hollarda xastalik keskin quruq yo'tal bilan boshlanib, so'ng oz miqdorda shilliq balg'am ajralishi mumkin. Asta-sekin kasallik zo'rayib borganda, yo'tal kuchayadi, salga charchash, bemor tinch turganda ham unda hansirash paydo bo'ladi.

Bemorda gavda vaznining kamayishi, o'sishda ortda qolish, ko'krak qafasining kichrayib, yassilanishi va nafas harakatlari doirasining susayishi kuzatiladi. Shu bilan bir vaqtda bo'yin aylanasi yo'g'onlashadi, bunga sabab uning mushaklarini nafas olishda odatdagidan ziyod qatnashuvidir. Kasallik surunkali kechganda barmoqlar oxirgi falangalarining yo'g'onlashishi, lablarning ko'karishi, jismoniy zo'riqish paytida akrotsianoza qayd qilinadi. O'pka eshitib ko'rilganda ko'pincha nafas susayishi mayda, namli krepatatsiyali xirillashlar aniqlanadi va ularning qaytalanib turishi kuzatiladi. Shu bilan bir vaqtda yuqoridagi fizikal o'zgarishlar, rentgenologik ko'rinishga mos kelmaydi.

IFAning avj olgan davrida o'pka arteriyasidagi bosimning oshishi «o'pka yurak»ning shakllanishiga olib keladi. Yurak o'ng qorinchasi yetishmovchiligi belgilari bemorlarning ko'pchiligida aniqlanadi. Bu holat exografik va EKG tekshiruvlarida o'z tasdig'ini topadi.

Bemorlarning uchdan bir qismida yurak yetishmovchiligi jarayonida jigarning kattalashuvi va oyoqlarda shishlar paydo bo'ladi.

IFAda tipik gematologik o'zgarishlar bo'lmaydi. Jarayon zo'rayganda mo'tadil leykotsitoz kuzatiladi. Manifest holdagi gipoksiyada ko'pincha eritrotsitoz (simptomatik politsitemiya) bo'lishi xarakterlidir.

Bemorlarning 15-20 foizida qon zardobida S-reaktiv oqsil aniqlanadi. Hujayra va gumoral immunitet tomonidan ham o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Balg'amda bakteriologik tekshirish natijasida patogen flora aniqlanmasa-da, lekin kasallikning xuruji paytida ayrim bemorlarda inflyuens tayoqchasi uchrab turadi. IFAning eng ilk davrida rentgenologik o'zgarishlar deyarli bo'lmaydi. Keyinchalik to'qima tiniqligining

xiralashuvi (xira shisha simptomi), o'pka rentgenogrammasida alveolit va interstitsial shishlar, to'rsimon o'zgarishlar ko'rinishi paydo bo'ladi. Undan so'ng o'pka ildizlari kengayadi, tuzilishi o'zgaradi va tomirlari diametri oshadi. Kasallik zo'rayishda, uncha bilinmaydigan infiltrativ o'zgarishlar ko'payib, o'pka maydoni torayadi, diafragma gumbazi ko'tarilib turadi. Bunda o'pka asalari uyasiga o'xshash ko'rinishga ega bo'ladi.

Pnevmonsintigrafiya uslubi bilan tekshirish o'pkaning turli qismlarida qon oqimining odatdagidan 60-80 foizga pasayganligini ko'rsatsa klinik jihatdan bemorda gipoksemiyaga xos belgilar kuzatiladi.

IFA tashxisida doimiy hansirash, quruq yoki juda kam shilliq ajraluvchi yo'tal, «nog'ora tayoqchasi» ko'rinishidagi qo'l barmoqlari, bemorlarning ko'karishi, o'pkada krepatatsiyali xirillashlar, ventilyatsiyaning restriktiv buzilishlari, o'pka diffuziyasi qobiliyatining susayishi, gipoksemiya hamda tegishli rentgenologik o'zgarishlar borligiga asoslanadi.

Asosiy belgilari bir-biriga o'xshaganligi sababli mavjud alveolitlar turlari orasidagi farqlarni ajratish ancha mushkul ish. EAA ni keltirib chiqara oladigan allergen bilan kontakt borligi bilinganda, u muhim tashxisiy belgi bo'lib xizmat qiladi. Bundan tashqari IFAdan farqli ravishda EAA ko'pincha o'tkir holda boshlanadi.

Kezi kelganda, IFA, EAA va ZFA larni alveolyar proteinoz, retikologistiotsitoz, birlamchi o'pka gipertenziyasi, kollagenoz va sarkoidozlardan ham ajrata bilish muhim ekanligini aytib o'tish joizdir.

Davosi

IFAli bemorlarni davolashda asosan kortikosteroidlardan foydalaniladi va ular xastalikning erta bosqichlarida samarali bo'ladi. Prednizolonning boshlang'ich dozasi gavda vazni hisobidan 1-1,5 mg/kg ni tashkil etadi. Bu dori peroral usulda 3-6 hafta mobaynida buyuriladi. Og'ir nafas va yurak yetishmovchiligi bilan davom etuvchi bronx-o'pka xastaligi zo'rayganda, kortikosteroidlar qo'shimcha ravishda vena orqali ham yuboriladi. Bemorning ahvoli yahshilangan sari dorining bir kunlik dozasi ohista kamaytiriladi (haftasiga 2,5-5 mg dan). Yaxshilangan ahvolni doimiy qo'llab turish uchun bemorlar prednizoloni uzoq vaqt qabul qilib turishlari lozim (o'rta hisobda 9-12 oy).

IFAgacha chalingan bemorlarga, kortikosteroidlar bilan birga kuprenil kuniga 250 mg dan 8-12 oy davomida beriladi. Zarur bo'lganda bunday kursli davolashni takrorlash mumkin.

Bemorlarga yurak o'ng qorincha yetishmovchiligini davolash maqsadida vazodilyatatorlar, siydik haydovchi vositalar, kaliy preparatlari

tayinlanadi. Respirator virus infeksiyasi sababchi bo'lgan bronx-o'pka xastaligi zo'rayganda antibakterial davo o'tkaziladi. Tegishli ko'rsatmalar bo'lganda bemorlarga bronxolitik va balg'am ko'chiruvchi vositalar buyuriladi. Manifestatsiyalangan nafas yetishmovchiligida oksigenoterapiya o'tkazilishi zarur. Jismoniy davo usullaridan ko'krak qafasi massaji va davolash badantarbiyalari o'tkazilishi shart. IFAGA chalingan bemorlarda jumladan, bolalarda ham plazmaferoz va limfotsitaferez yordamida muvaffaqiyatli davolash o'tkazilganligi haqida ma'lumot bor. Shuningdek, asosiy dardga qo'shilgan hamroh xastaliklarga ham davo qilinadi, va, ayniqsa, surunkali infeksiyani sanatsiyalash katta ahamiyat kasb etadi.

IFA jiddiy oqibatlarga sabab bo'lishi mumkin. Katta yoshli bemorlar o'rta hisobda 4-6 yil yashaydi. So'nggi kezlarda o'tkazilgan tadqiqotlar natijalariga ko'ra, bolalarda va o'smirlarda o'tkazilgan davo oqibatida 20-30 foiz hollarda ahvol yaxshilangan, 30 foizida ahvol barqarorlashgan, 20 foiz bemorlarda esa davolanishga qaramay kasallikning zo'rayganligi qayd qilingan. Bu kasallikdagi o'lim 15-20 foizga teng.

M. Ilkovich va muallifdoshlari (1995) ma'lumotlariga ko'ra, barvaqt amalga oshirilgan kasallik tashxisi va davolanishida ekstrakorporal davo usullaridan foydalanish IFA oqibatini birmuncha ijobiylashtirish imkonini beradi.

Yuqorida keltirilgan fikrlar yakunida shuni yana bir bor ta'kidlab o'tish joizki, bolalarda alveolitlarga davo qilish samaradorligi, kasallik tashxisining erta bo'lishi bilan uzviy bog'liq. Kasallik o'ta avj olgandagina boshlangan davolash turli noxush oqibatlarga olib keladi.

Alveolitlar bilan xastalangan bemorlar albatta, dispanser hisobida turishlari va vrachlarning doimiy nazoratida davolash-profilaktika choralarini o'z vaqtida olib borishlari shart.

O'PKA SARKOIDOZI

Sarkoidoz tizimli granulematoz (sistem) kasallik hisoblanadi, shuning uchun u bilan og'rigan bemorlar turli tibbiyot muassasalariga (terapevtik, teri va ko'z kasalliklari, nevrologik va hokazo) murojaat qiladilar.

Sarkoidoz kasalligi asosan ko'ks va ko'krak ichi limfa tugunlari va o'pkada uchraydi. Binobarin, bu kasallik bilan ko'proq ftiziatrlar va pulmonologlar shug'ullanadilar. Xastalikning aniq o'ziga xos klinik belgilarga ega bo'lmasligi tufayli uning qiyosiy diagnostikasi murakkabdir. Shuning uchun bu kasallikning klinikasi, kelib chiqish sabablari bilan ko'pchilik shifokorlar uncha tanish emaslar.

Sarkoidozdagi granulema – nafas a'zolarida kuzatiladigan tugunchalar shaklidagi atipik (notipik) hujayralar yig'indisidan iboratdir. Ular toshmalarga o'xshab, o'pkaning turli qismlarida tarqalgan (disseminatsiyalashgan) va uni jarohatlashga qodirdir. Hozirgi vaqtda o'pkadagi toshma shaklidagi o'choqchalarning 150 ga yaqin xili ma'lum bo'lib, ularning barchasida granulematoz o'zgarishlar aniqlangan.

Granulematoz bilan bog'liq kasalliklar ilgari ham ma'lum bo'lgan. Lekin tibbiyotda keng joriy etilgan ko'pgina kasalliklarga qarshi emlash ishlari, turli dori-darmonlarning ishlatilishi, turli allergiyalar va boshqa sabablarga ko'ra ularning turi ko'payib bormoqda. Bu kasalliklarning kelib chiqishida ekologik muhitning o'zgarishlari, biosferada sodir bo'layotgan turli salbiy siljishlar va hokazolar muhim ahamiyatga ega bo'lmoqda. Ularning klinikasi, kechishi va morfologiyasi murakkablashib sarkoidozning umumiy ko'rinishiga ham ta'sir etmoqda.

Sarkoidoz kasalligini birinchi bo'lib 1869-yili ingliz dermatologi Hutchinson 58 yoshli bemorning oyoq-qo'llari terisida to'q qizil rangdagi tugunchalarni ko'rib, bu holatni uzoq vaqt turli usullar bilan davolab, natija olmagan, uni «papilyar psoriaz» deb atagan va shu kabi kasalliklar bo'yicha kuzatishlari haqida 1877-yili o'zining ilmiy maqolasini e'lon qilgan.

1889-yilda fransuz dermatologi Besnier 34 yoshli bemorning yuqori labida, burnida va qo'llarida yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlarni qayd etgan va ularni Lupus pernio deb atagan. Shu bilan bir qatorda u bemorning limfa tugunlari kattalashganligini ham aniqlagan.

Keyinchalik 1897-1899-yillarda norvegiyalik dermatolog Boeck bir qancha ana shunday bemorlarni kuzatib, ulardan olingan to'qimalar biopstatini tekshirganda granulema tarkibida ko'p miqdorda epiteliy va ayrim gigant hujayralar borligini, jarohatlangan joylarda sarkomaga o'xshash o'zgarishlar mavjudligini aniqlagan.

Sarkoidozning har xil ko'rinishlarini aniqlashda dermatolog Schaumann ham 1915-yilda chop etgan asarida papilyar psoriaz, Lupus pernio yaxshi sifatli sarkoid ekanligini va unda uchraydigan tashqi va ichki limfa tugunlari, o'pka, suyaklar, shilliq qavatlar va boshqa a'zolarida uchraydigan o'zgarishlarning sababi borligini hamda umumiylikni ko'rsatgan.

Bu kasallik ustida juda ko'p olimlar ilmiy ishlar olib borganlar. 1934-yili dermatologlar anjumanida bu kasallikni o'rganishga eng ko'p hissa qo'shgan olimlar nomi bilan Bene-Bek-Shauman kasalligi va nihoyat 1948-yili Vashingtonda bo'lib o'tgan shunday ilmiy anjumanda esa sarkoidoz kasalligi deb qabul qilingan.

Epidemiologik tekshirishlar natijalari ayrim mamlakatlarning aholisi orasida sarkoidoz bilan kasallanish ortib borayotganligini ko'rsatdi va so'nggi besh yillikda katta yoshli odamlarning xastalanishi 2-2,5 baravar o'sdi.

Sobiq Ittifoqda ham sarkoidoz epidemiologiyasi kam o'rganilgan. Ilmiy tadqiqotlar asosan Moskvada (A.E.Rabuxin va boshqalar, 1975; A.G.Xomenko va boshqalar, 1982), Litvada (Yu.L.Gamperis, 1975; D.T. Gaydomone, 1980) o'tkazilgan.

Sarkoidozni aniqlash yo'llaridan asosiysi bu – aholini rentgen-flyuorografiya yo'li bilan tekshirishdir. Ko'krak ichki sarkoidozining diagnozida qo'llangan uslubning samaradorligi 50-80 foizni tashkil etadi.

Moskvada har 100 ming aholi orasida 1969-yili 0,91 sarkoidoz bilan kasallanish aniqlangan bo'lsa, 1980-yillarda u ikki baravar oshgan.

So'nggi yigirma yil mobaynida sarkoidoz tarqalishida mamlakat va mintaqalarning geografik o'rni ham muhim omil bo'lishini ko'rsatuvchi xabarlar e'lon qilindi. Sarkoidoz kasalligi ko'proq Yevropa va Amerikaning Shimoliy mamlakatlarida, Yevropa janubida, Janubiy Amerika mamlakatlarida esa kamroq topilmoqda. Masalan, Shvesariyada 1969-yildan 1977-yilgacha sarkoidoz bilan kasallanish har 100 ming aholiga 64,0 dan 100,0 ga qadar oshdi. GDRda 10-15 yil ichida uning tarqalishi 10-30 marta oshdi va GFRda esa 1959-yildan 1969-yilgacha kasallanish 5 marta oshib, 100 ming aholiga 50,0 ga yetdi.

Shu davrning o'zida Sharq va Janubiy-Sharq, Osiyo mamlakatlarida sarkoidoz bilan kasallanganlar soni juda kam. Hindistonda 1957-1974-yillarda o'pka kasalliklari bilan kasalxonalarga yotqizilgan 44100 bemordan faqatgina 27 tasida sarkoidoz aniqlangan. Olingan ma'lumotlar asosida ayrim mualliflar sarkoidoz kasalligi sovuq iqlimli hududlarda qandaydir noma'lum agentlar ta'sirida, shu kasallikka moyillik bo'lgan kishilarda rivojlanadi degan taxmini o'rtaga qo'ydilar.

Sarkoidoz ko'proq ayollarda, yoshlar va o'rta yoshli (21-40) kishilarda uchraydi. Bolalar va qariyalarda bu nisbat kamchilikni tashkil etadi. A.E.Rabuxin (1977), Z.I. Kostina (1975), Jaroszewic (1975), Leviusky (1977) 1972-1975-yillarda topilgan bemorlardan 69 foiz ayollar, 31 foiz erkaklar bo'lganligini aniqlaganlar. James (1976) esa bemorlarning 57 foizi ayollar bo'lganligini qayd etgan.

Sarkoidoz bilan kasallanish shahar aholisi o'rtasida qishloq aholisiga nisbatan ko'proq uchraydi va bunga sabab tarzida shaharlarda ekologik muhitning yomonlashganligi ko'rsatilgan. Eng ko'p kasallanish ishga yaroqli kishilar o'rtasida kuzatilib, 20-49 yoshdagi shaxslarda ko'proq aniqlanadi (S.E.Borisov, 1995).

O'zbekistonda sarkoidoz epidemiologiyasiga doir aniq ma'lumotlar hali umumlashtirilmagan. Keyingi 10 yillik davomida ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasiga tashxis uchun yuborilgan bemorlar orasida 87 ta sarkoidoz kasalligi aniqlangan.

Sabablari

Shuni ham aytib o'tish kerakki, hozirgi kunga qadar bu kasallikning kelib chiqishi ustida aniq bir ma'lumot bo'lmay turib juda ko'p turli fikr-mulohazalar bildirilgan. Ba'zilar uni xavfli o'sma deb hisoblashgan, lekin ba'zan bu kasallikning o'z-o'zidan tuzalib ketishi yuqoridagi fikrni inkor etgan. Shuningdek, sarkoidozni kollagenez kasalliklarining bir ko'rinishi deb o'ylash ham qaror topmagan. Chunki kollagenozda hujayralardan tashqaridagi biriktiruvchi to'qima elementlari o'zgarsa, sarkoidozda epitelioid hujayralardan tashkil topgan granulema yuzaga keladi. Ba'zi olimlar sarkoidozni nasliy kasallik deb o'ylashgan. Lekin bu fikr ham o'zini to'liq oqlay olmadi. Ko'pgina mualliflar sarkoidozni turli kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqishi mumkinligini taxmin qilishgan. Kasallik kelib chiqishida silning ahamiyati to'g'risida ma'lumotlar bor. G.R.Rubinshteyn «hech shubha yo'qqi o'pkada uchraydigan sarkoidoz surunkali silning turidir» degan edi. Shuningdek, Pinner (1938) sarkoidoz o'pka silining o'ziga xos ayrim turi deb qaragan, Jomes (1961) esa kuchsizlangan sil mikobakteriyasining ahamiyati to'g'risida fikr yuritgan. Lofgren, Lungfack (1952) sarkoidoz organizmga kiritilgan BSJ vaktsinasi ta'sirida ham kelib chiqishi mumkinligini ko'rsatib o'tgan. Ayrim kuzatishlar sarkoidozni grippdan keyin immun tanqislik (immunodefitsit) natijasida shuningdek, xususiyati o'zgargan mitti (ultra mayda) mikobakteriya ta'sirida kelib chiqishi mumkinligini ko'rsatdi

Yaponiyalik olimlar sarkoidoz bilan kasallangan bemorlarning balg'amida sil mikobakteriyalarining filtrlanuvchi mayda turlarini topishgan.

Sarkoidoz sabablariga doir ma'lumotlarni yakunlab, shuni alohida qayd etish lozimki, uni keltirib chiqaruvchi sabablar son jihatdan ko'p bo'lib, uni yagona bir omil bilan bog'lab bo'lmaydi. Shunday qilib, bugungi kunda sarkoidoz polietiologik kasallik hisoblanadi.

Klassifikatsiyasi

Nafas a'zolarining sarkoidozi.

Sarkoidoz organizmning umumiy kasalligi bo'lib, unda kishi jismining turli a'zolari jarohatlanadi. Bunda ko'ks oralig'i yoki ko'krak ichi limfa tugunlari, o'pka va bronxlarda morfologik o'zgarishlar yuzaga chiqadi va bu turli klinik ko'rinishda o'tadi. Hozirgi kunda MDHda o'pka sarkoidozining A.G.Xomenko (1982) taklif etgan tasnifi qabul qilingan.

Unga ko'ra o'pka sarkoidoziga quyidagilar kiradi:

- 1) ko'krak ichi limfa tugunlarining sarkoidozi;
- 2) o'pka va ko'krak ichi tugunlarining sarkoidozi;

3) o'pka sarkoidozi;
4) nafas a'zolari va ayrim boshqa a'zolar sarkoidozi;
5) ko'p sonli a'zolariga tarqalgan (generalizatsiyalashgan) sarkoidoz.
Kasallik, klinik kechishiga qarab: faollashgan, faolligi susaygan, tez va surunkali davom etuvchi turlarga bo'linadi.

Sarkoidozning asoratlari:

- 1) bronxlarning torayishi;
- 2) gipopnevmatoz;
- 3) atelektaz;
- 4) nafas yetishmovchiligi;
- 5) pnevmotsirroz;
- 6) emfizema (diffuz, bullyoz);
- 7) adgeziv plevrit;
- 8) o'pka ildizi fibrozi.

Nafas a'zolarining sarkoidozida kasallikning qanday darajada rivojlanishiga qarab 3 bosqich ajratiladi:

Birinci bosqich asosan bronx-pulmonal, ayrim vaqtlarda traxeobronxial yoki bifurkatsion va paratraxeal limfa tugunlarning kattalashishi yuzaga keladi.

Ikkinchi bosqich yuqoridagilarga qo'shimcha tarzda rentgenologik tekshirishlarda tasdiqlanadigan o'pkadagi o'zgarishlarning paydo bo'lishi kuzatiladi. Bunda ko'pincha o'pka ildiziga yaqin joylarda to'rsimon o'zgarishlar, keyinchalik mayda 3-5 mm kattalikdagi granulemlar hosil bo'ladi. Kasallik rivoji davom etsa bunday granulemlar o'pkaning barcha qismlarini egallaydi va ba'zan 6-9 mm kattalikda bo'ladi.

Uchinchi bosqichda katta, bir-biri bilan qo'shilgan granulemalardan tashkil topgan sarkoidoz o'choqlari hosil bo'ladi va o'pkada qo'shuvchi to'qimaning rivojlanishi natijasida fibroz yuzaga chiqadi.

Klinik belgilari. Sarkoidozning birinchi bosqichida faqat ko'krak ichi limfa tugunlari (Lymphoglandulae Sternalis) jarohatlanib, o'pkada rentgenologik o'zgarishlar ko'rinmaydi va kasallik flyuorografik tekshirishda tasodifan aniqlanishi mumkin.

Sarkoidozning bu bosqichida bemorlarning 50-60 foizida holsizlanish va kamquvvatlik, 30-40 foizida esa tana haroratining ko'tarilishi va quruq yo'tal bo'ladi. Kamdan-kam vaqtlarda ozish va o'pkada xirillashlar kuzatilishi mumkin. Gemogrammada limfopeniya va monotsitoz (25 foiz atrofida) qayd etiladi.

Sarkoidozning ikkinchi bosqichida klinik belgilar ko'proq paydo bo'ladi. Bemorlarning taxminan 20 foizida kasallik o'tkir, 50 foizida nim o'tkir yoki surunkali va 30 foizga yaqinida yashirin holatda o'tadi. Ko'pincha xastalik ommaviy rentgenoflyuorografik tekshirish yoki

bemorlarning poliklinikalarga murojaati paytida aniqlanadi. Kasallik dastlab pnevmoniya, revmatizm, kasb kasalliklari yoki silning gematogen disseminatsiyali turi deb qaraladi. Ba'zida esa limfogranulomatoz, o'pka raki yoki boshqa o'sma kasallik deb ham qabul qilinishi uchrab turadi.

Sarkoidozning bu bosqichida kishida harorat ko'tarilishi, kamquvvatlik, holsizlik, ko'krakda og'riq, ishtahaning susayishi va ozib ketish ro'y beradi. Rentgenologik tekshirishlarda o'pkada turli tuman o'zgarishlar aniqlanadi, limfa tugunlari kattalashadi. Alveolalar orasida qo'shuvchi to'qima ko'payadi, o'pkada tugunchalar hosil bo'ladi. Natijada o'pka katta ko'zli to'rga o'xshab qoladi.

Sarkoidozning bu bosqichi uzoqroq kechishi mumkin. Bunday hollarda, o'pkaning ikki tomonida turli kattalikdagi granulematoz o'choqlar hosil bo'ladi. Ayrim bemorlarda kasallik klinik jihatdan boshqacharoq o'tib, o'pkada yirik, bir-biri bilan qo'shilib ketgan (solitar) o'choqlar hosil bo'ladi. Ba'zan bronxlar stenozi kelib chiqib, u o'pka atelektaziga sabab bo'lishi mumkin.

Sarkoidozning uchinchi bosqichida o'pkada gialinoz va fibroz kuzatilib ular xastalikning uzoq vaqtdan beri kechayotganligidan dalolat beradi. Sarkoidozning bu bosqichida ham kasallikning klinik belgilari va rentgenologik tekshirish natijalari turlicha bo'ladi va kasallik generalizatsiya holatiga o'tadi.

Bemorlar umumiy holsizlanish, ko'krak va yurakda og'riq, ishtahaning pasayishi, ozib ketish va balg'am ajratish bilan davom etadigan yo'taldan shikoyat qiladilar. Bemorlarning aksariyatida sianoz, nafas qisishi, qon aralash balg'am tupurish kabi belgilar bo'lishi mumkin. O'pkaning turli qismlarida xirillashlar eshitiladi. Bemorlarda o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari yuzaga keladi. Tashqi nafasning barcha ko'rsatkichlari keskin kamayadi, surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi paydo bo'ladi va u zo'rayib ko'pincha o'limga olib borishi mumkin. Gemogrammada monotsitoz va eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi bo'ladi. Qon zardobida oqsil fraksiyalaridan gammaglobulinlarning keskin ko'payishi kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishlarda o'pkada pnevmoskleroz alomatlari ko'rinadi.

Kasallikning qayta xurujida sarkoidoz yangi o'choqlari yuzaga kelishi mumkin. Bu o'zgarishlar, o'pkada diffuz yoki bullyoz ko'rinishida bo'lgan emfizema bilan birgalikda o'tadi. Sarkoidozning generalizatsiyalangan turida yuqori nafas yo'llarida (burun, kekirdak, traxeya va bronxlar) granulemalar va sklerotik o'zgarishlar yuzaga chiqishi mumkin.

Sarkoidoz tashxisotida immunologik tekshirishlar va biopsiya alohida ahamiyat kasb etadi. Immunologik holatni o'rganish uchun qo'llaniladigan yagona antigen bu Kveym antigenidir. Bu antigen

sarkoidoz to'qimasi mavjud bo'lgan a'zo – taloqdan olinadi. Ko'pchilik mualliflarning ma'lumotlaricha, bu antigen bemorlar terisida maxsus reaksiya keltirib chiqaradi. Ayrim ma'lumotlarga ko'ra, Kveym antigeni ta'sirida leykotsitlar migratsiya bosiqligi sarkoidozda 27-78 foiz (o'rtacha 46,7%), sog'lom kishilarda faqat 2-19 foiz (o'rtacha 8,1%) ni tashkil etadi. Ushbu sindrom proliferativ va autoimmun kasalliklarda masalan, limfagranulematoz, Kron xastaligi, yarali kolit, revmatoid artrit, sil xastaligida ham ko'pincha qayd etilishi mumkin. Shuning uchun Kveym sinamasi sarkoidoz uchun spetsifik emas, balki selektivdir, degan xulosa chiqarishga asos bo'ladi.

Sarkoidozda, ayniqsa faol disseminatsiyalanish jarayonida, T-sistema depressiyasi kuzatiladi. T-leykotsitlar soni, birinchi navbatda rozetka hosil qilish usuli bilan aniqlanganda YE-ROK soni 40 foizga kamayadi, shuningdek, blast hujayralar soni FGALi kulturada 50 foiz pastroq bo'ladi. Shu bilan birga sarkoidoz rivoj topgan a'zolarda va qonda atipik T-limfotsitlarning miqdori ko'payadi. Bu esa sarkoidozda T-limfotsitlar subpopulyatsiyalarining bir xil o'zgarishini ko'rsatadi. V-sistema limfotsitlari ham o'zgaradi, buning isboti tariqasida qon zardobi immunoglobulinlaridir, asosan JgA va IgG ko'rsatkichlarining oshishini ko'rsatish mumkin.

Keltirilgan dalillar shuni ifodalaydiki, sarkoidozda patologik jarayon to'liq immunologik o'zgarishlar natijasi bo'lmasada, uning ko'p jihatlari patologik immun jarayonlar bilan bog'liqdir.

Sarkoidoz diagnostikasida gistologik tekshirishlarning ahamiyati nihoyatda muhim. Bu usul teridan, turli tashqi guruh limfa tugunlaridan, quloq oldi so'lak bezlaridan, mediastinoskopiya yordamida ko'krak ichi bezlaridan bronxlarning shilliq qavatlaridan biopsiya yo'li bilan olingan bioptatlarni o'rganish bilan amalga oshiriladi. Sarkoidozning asosini tashkil etuvchi granulema epitelioid hujayralaridan tashkil topgan bo'lib, ular orasida Pirogov-Langanss gigant (katta) hujayralari, ayniqsa, ahamiyatga molikdir. Bu hujayralar to'dasi atrofida limfoid hujayralar halqasimon holatda joylashgan bo'ladi. Agarda granulemalarda mayda qon tomirlari bo'lsa, bu uni sil granulemalaridan keskin farqlantiradi. Sil xastaligida toshmalarining o'rta qismida nekroz natijasida parchalangan hujayralar va ularning bo'laklari bo'lib, qon tomirlari aniqlanmaydi.

So'nggi yillarda o'tkazilgan gistologik, gistoximik va elektron-mikroskopik tekshirishlar sarkoidoz tuguncha granulemasi hujayralari fermentlar, oqsil va mitoxondiyarga boy ekanligini isbotlagan, shuning uchun ham ular ko'payish xususiyatiga ega.

Shuni ta'kidlab o'tish joizki, sarkoidozda o'ziga xos maxsus belgilarning yo'qligi, uchraydigan klinik belgilarining esa ko'pgina boshqa

kasalliklarda ham uchrashi, uning differensial diagnostikasini murakkablashtiradi.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligiga qarashli FvaPITI klinikasining diagnostika bo'limiga 1990-1996-yillar davomida nafas a'zolari kasalliklarini aniqlash uchun yuborilgan bemorlardan 53 kishida sarkoidoz xastaligi aniqlandi. Biroq, ularning faqatgina 12 tasi klinikaga sarkoidozga, 34 tasi o'pka va ko'krak ichi bezlari siliga, 7 tasi esa bir vaqtda o'pka siliga va o'pka o'smasiga gumon bilan yuborilgan. Yuqoridagi bemorlardan 29 kishida ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozi, 19 kishida o'pka va ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozi, 5 kishida o'pka sarkoidozi borligi tasdiqlandi.

Mediastnal – o'pka sarkoidozi tashxisi bemorning klinikaga yuborilishigacha bo'lgan davrda, kasallik klinik va rentgenologik ko'rinishlarning xilma-xilligi hamda tegishli immuno- va patomorfologik diagnostika usullari qo'llanmaganligi uchun qiyin kechgan.

Silga gumon etilgan bemorlarning aksariyatiga dispanserlarda 2-5 oy davomida kasallikka qarshi davo berilgan va natija bo'lmaganligi uchun klinik tekshirishga yuborilgan.

S.Ye.Borisovning (1995) ko'rsatishicha, birlamchi tekshiruv o'tkazilgandan so'ng to'g'ri tashxis: ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozida 52 foiz, ko'krak ichi limfa tugunlari va o'pka sarkoidozida esa faqatgina 21 foiz bemorda qo'yilgan. O'pka sarkoidozida – 36,4 foiz, sil tashxisi notug'ri qo'yilgan va silga qarshi davolangan bemorlarda – 15 foizni, o'pkaning nospesifik kasalligi bo'yicha davolangan bemorlarda 23 foizni tashkil etadi.

Bemorlarda klinik tekshirishlar ma'lum tartibda bosqichma-bosqich amalga oshiriladi.

Birinchi bosqichda klinik tekshirishlar, o'pka rentgenografiyasi, balg'amning bakterioskopik tahlili, unda sil mikobakteriyasi borligi va qo'shimcha mikrofloralarni ekish usuli bilan tekshirish, o'sish kuzatilganda esa dori-darmonlarga sezuvchanlikni aniqlash, qon va siydik tahlili hamda tuberkulin sinamasini bajarish amalga oshiriladi.

Ikkinchi bosqichda tomografiya va nur bilan tekshirishning zamonaviy usullari, bronxoskopiya, instrumental, immunologik, sitologik, gistologik va bioximik tahlillar qo'llaniladi.

Uchinchi bosqichda turli a'zolar va tizimlar chuqurroq har tomonlama o'rganiladi.

Birinchi bosqich tekshirishlari hamma bemorlarda o'tkaziladi, ikkinchi va uchinchi bosqich tekshirishlari faqatgina zarurat bo'lgandagina qo'llaniladi.

Sarkoidozning qiyosiy tashxisi.

Ko'krak ichi («Lymphoglandulae Sternalis») va ko'ks oraliq'i limfa tugunlari («Lymphoglandulae mediastinalis») sarkoidozining klinik-rentgenologik qiyosiy diagnostikasi asosan ko'krak ichi limfa tugunlari sili, o'sma kasalliklar metastazi, limfogranulomatozlardan farqlash lozim bo'ladi. Ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozida silda farqli o'laroq, bifurkatsiya limfa tugunlari birinchi navbatda kattalashadi. Sarkoidozda o'pkaning ildiz oldi va ko'ks oraliq'i limfa tugunlarining ikki tomonlama, simmetrik kattalashishi, ya'ni ularning sistem shikastlanishi kuzatiladi.

Sarkoidozda kattalashgan limfa tugun yoki uning guruhlarini odatda dumaloq yoki notekis dumaloq shaklda bo'lib, ularning soyalari bir-biridan va o'pka to'qimasidan ajralib turadi. Ular uzoq muddatgacha bir tekis gomogen ko'rinishini saqlab turadi, zich joylashib bir-biriga tenglashgan soyalar ham ko'riladi. Jarohatlangan limfa tugunlarining haqiqiy konglomerat hosil qilmasligi ko'ks oraliq'i va o'pka ildizining sarkoidoziga xos politsiklik ko'rinishini keltirib chiqaradi. Buning sababi sarkoidozda limfa tugunlarining traxeya va yirik bronxlar tomoniga emas, balki asosan tashqi o'pka to'qimalari va yumshoq qo'shuvchi to'qimalar tomoniga kattalashuvidadir. Natijada sarkoidozda silga nisbatan bronxlarning ezilishi kamroq uchraydi.

Silda ko'krak ichi limfa tugunlari guruhining kattalashuvi har xil bo'lib notekis shakl oladi, o'pka ildizi va ko'ks oraliq'i ko'rinishi esa notekis, ya'ni cho'qqisimon bo'ladi. Bunday ko'rinishning sababi, silda jarohatlangan limfa tugunchalarining haqiqiy konglomerat hosil qilishidadir.

Sarkoidozdan farqli o'laroq limfa tugunlari silida, jarohatlangan limfa tugunlari bronxlar devori bilan jipslangan bo'lib, tomografiya bu joylarda limfa tugunlar yassilashgan va bronx devorlari zichlashganligini ko'rsatadi. Spesifik jarayon bronx devoriga o'tganda limfobronxial oqma paydo bo'ladi va bronxlarning fibroz torayishi vujudga keladi.

Limfogranulematozda sarkoidozga nisbatan limfa tugunlarining kattalashuvi ko'proq ifodalangan bo'ladi. Ko'pincha ko'ks limfa tugunlari simmetrik holda kattalashadi. Limfa tugunlari qo'shilmalari (konglomeratlari) odatda turli kattalikda bo'lib, bir-biriga qo'shilgandek ko'rinadi, chegarasi to'liqsimon tus oladi.

Sarkoidozning notipik ko'rinishlarida bronxologik, sitologik tekshirishlar, transbronxial punksiya biopsiya qiyosiy diagnostikada muhim ahamiyat kasb etadi.

Bundan tashqari tugunchali toshmalar va periferik tashqi limfa tugunlarining kattalashuvi mavjudligi yoki yo'qligi ham qiyosiy tashxisda tegishli o'rin tutadi.

Klinik tekshirishlarda ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozi aniqlangan 29 bemorlardan 25 kishida xastalik tashxisi rentgenologik, 22 kishida bronxologik va sitologik tekshiruv asosida qo'yildi. Mantu sinamasi 19 bemorda manfiy, 9 bemorda esa musbat natija berdi. Bemorlar balg'amida sil mikobakteriyasi topilmadi.

O'pka va ko'krak ichki bezlari sarkoidozida rentgenologik ko'rinish turli-tumanligi bilan ifodalanadi. Kasallik avj olgan davrda bu tekshirish o'pkada, ayniqsa, uning o'rta va pastki bo'laklarida simmetrik keng tarqalgan disseminatsiyalar borligini ko'rsatadi. Bundan tashqari, ichki limfa tugunlarining simmetrik kattalashuvi ham kuzatildi. Ba'zi hollarda o'pkada disseminatsiya bir tomonlama ham bo'lishi mumkin.

Kasallik boshlanishida granulemalar hosil bo'lishidan oldin o'pka tasviri to'rsimon, to'rsimon-tasmasimon qiyofada ko'rinadi. So'ngra sarkoidoz granulemalari hosil bo'lgandan keyin asosan o'choqli va dog'simon soyalar paydo bo'ladi. O'pkaning ildiz qismlarida periferiyaga nisbatan ko'proq o'zgarishlar ko'rinadi. Ular ko'pincha tiniq ko'rinishga ega bo'ladi.

Rentgenogrammada tomirlar soyalarining xiralashuvi, peribronxial, perivaskulyar soyalar va to'qima zichlashuvi natijasida o'pka suratining kuchayishi kuzatiladi. Interstitsial o'zgarishlar bor joyda o'choqli soyalar paydo bo'ladi. O'choqli va interstitsial o'zgarishlarning qo'shilma soyalari limfa tizimining katta kollektorlari yo'lida yaqqolroq ko'rinadi va o'pka ildizi tomon yo'nalgan, o'qsimon-tasmasimon soyalar hosil qiladi.

O'pkaning old va yonbosh, ayniqsa ildiz oldi va o'rta qismlarida o'choqli soyalarning tarqalishida katta zichlik qayd etiladi. Bunday zichlik o'pka disseminatsiyasining boshqa xastaliklarida juda kam uchraydi.

Tomogrammalarda ham yuqoridagi belgilar, ikki tomonlama soyalar, limfa tugunlarning aniq ko'rinishi, o'pka ildizining va ko'ks oralig'i soyasining har xilligi ko'rinadi. Aortal, ayniqsa arterial bog'lam limfa tugunlarining kattalashuvi yurak soyasining shaklini o'zgartiradi va u «mitral» ko'rinishga ega bo'ladi. Disseminatsiya o'choqlari va ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozi limfa tugunlari shishlari o'tgach yurak soyasi yana me'yoriy holatga qaytadi. Tomogrammalarda shuningdek, o'pka limfa tugunlarining kattalashuvi ham ko'rinadi. Ular diametri 4-10 mm li dumaloq, bir tekis ko'rinishli, munchoqsimon yoki enlik peribronxial muftalar sifatida 3-4-darajali bronxlarning yorug' proyeksiyalarida ko'rinadi.

Sarkoidozning surunkali kechishida o'pkada, o'rta va katta o'choqli o'zgarishlar bilan bir vaqtda sezilarli indurativ siljishlar ham ko'rinadi, tomogrammada esa yaqinlashgan bronxlarning yorug' proyeksiyalari aniqlanadi. Bunday hollarda rentgen-tomografik o'zgarishlar tavsifi yallig'li-indurativ jarayon mavjudligini ta'kidlaydi.

O'pka sarkoidozining disseminatsiyali turi boshqa ko'rinishga ega bo'lganligi uchun uni o'pka disseminatsiyasi bilan o'tadigan kasalliklardan farqlash lozim. Biroq xastaliklar soni 150 tadan ko'proq bo'lib, ular 20 guruhga bo'linganini hisobga olsak, sarkoidozning ular bilan qiyosiy tashxisi ancha murakkabligiga ishonch hosil qilamiz. Shu bois, ularning ko'proq uchraydigan turlari – disseminatsiyali o'pka sili, o'pka karsinomatozi ekanligini nazoratda tutish va sarkoidoz qiyosiy tashxisini birinchi navbatda shu xastaliklar bilan olib borish zarur. Sarkoidoz va silning qiyosiy tashxisida rentgenologik tekshiruvlar asosiy o'rinni egallaydi. Uning talqinida bemorlarda o'tkaziladigan muolajalar, shu jumladan ularning rentgenologik tekshiruvigacha bo'lganlari va natijalari hisobga olinishi kerak.

Sarkoidozda o'choqli soyalar asosan bir tusda ko'rinadi, ular o'pkaning o'rta va ichki qismlarida peribronxial, perivaskulyar va septal-interstitsial qo'shilmalar yo'llarida joylashgan bo'ladi. Bundan farqli o'laroq, silda disseminatsiya o'choqlari, kattaligi va zichligi jihatdan polimorf ko'rinishga ega bo'lib, ko'proq o'pkaning yuqori qismlarida uchraydi. Disseminatsiyali silda limfa tugunlari kattalashuvi juda kam uchraydi va asosan bir tomonlama hamda cheklangan bo'ladi.

Rentgenologik tekshiruvlar bilan bir qatorda o'pka disseminatsiyalarining qiyosiy tashxisotida instrumental tekshirish usullari ham muhim omil hisoblanadi.

O'pka karsinomatozida o'choqli soyalar kichkina va o'rtacha kattalikda bo'ladi. Ayrim hollarda metastazlar katta fokusli bo'lishi ham mumkin. Bu soyalar ko'proq o'pkaning o'rta va pastki qismlarida uchrab, bir-biri bilan qo'shib ketishi mumkin. Dinamik kuzatuvda o'choqlarning ko'payishi hamda kattalashuvi kuzatiladi va bu jarayonlar tez kechadi. Shuningdek, ko'ks oralig'i va ildiz oldi limfa tugunlarining ham kattalashuvi seziladi. Karsinomatozda ko'pincha ekssudatli plevrit kuzatiladi. Bunda ekssudat dastlab faqat sinuslarda, keyinroq ikki tomonda ham ko'p miqdorda aniqlanadi.

Fibrozli alveolitda o'zgarishlar o'pkaning hamma bo'laklariga tarqaladi. O'pka to'qimalarida to'rsimon, tugunsimon soyalar, emfizematoz sklerotik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. O'pkaning bunday dag'al o'zgarishlari (deformatsiyasi) esa jarayonning oraliq-parenximatoz tabiatga ega ekanligidan dalolat beradi. O'pka ildizlarining kengayishi esa limfa tugunlari kattalashuvi hisobiga emas, balki o'pka arteriyalari shohobchalari gipertrofiyasi tufayli vujudga keladi.

Sarkoidoz va pnevmokoniozlar qiyosiy tashxisida asosan bemorlarning kasb-korlarini chuqur tahlil qilish lozim bo'ladi. Rentgenologik tekshiruvlarda esa o'pkada birlamchi fibroz o'zgarishlarning topilishi pnevmokonioz xastaligi uchun xosdir.

O'pkaning boshqa kasalliklari va sarkoidoz qiyosiy tashxisida quyidagilarni e'tiborga olish darkor: sarkoidozda rentgenologik tekshiruvlarda o'pka va ko'krak ichi limfa tugunlarida katta o'zgarishlar qayd etilishiga qaramasdan, bemorlar umumiy ahvolidning nisbatan qoniqarli bo'lishi, sil kasalligida intoksikatsiya belgilari, tana haroratining ko'tarilishi, kasallik klinik ko'rinishining ancha rivojlangan bo'lishi; karsinomatozda klinik jarayonning ancha og'ir o'tishi, fibrozli alveolit va X-gistotsitozda esa o'pka-yurak yetishmovchiligining birinchi navbatdagi muhim belgi bo'lishi, sarkoidozda suyaklar tizimida o'zgarishlarning topilishi va hokazo.

Sarkoidozning klinik kechishi turlicha bo'lishi mumkin. Ayrim vaqtlarda kasallik o'z-o'zidan tuzalib qolsa, boshqa hollarda esa uning qaytalanishi, rivojlanishi, o'pkada fibroz jarayonining zo'rayib, nafas yetishmovchiligiga olib kelishi, va nihoyat og'ir ahvolga o'tib, o'lim holatlariga sabab bo'lishi mumkin.

Bu ayniqsa, o'pka, ko'ks oralig'i va ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidoziga taalluqlidir.

Keyingi vaqtlarda kasallikning muolaja ta'sirida ortga qaytadigan yoki so'riladigan va qaytalanadigan, boshdan yengilroq o'tadigan turlari ham amaliyotda tez-tez uchraydi. Bunday hollarda kasallik asta-sekin yoki tez rivojlansada surunkali tus olib, uzoq muddat davom etishi, bemorlar umumiy ahvolidning ma'lum darajada qoniqarli, funksional o'zgarishlarning chuqurlashmasligi qayd etiladi. Kortikosteroidlar bilan davolash ko'pincha yaxshi natija beradi. Lekin kasallik vaqti-vaqti bilan yana qaytalanib turishi mumkin.

Nafas olish a'zolari sarkoidozining qaytalanuvchi turlari asosan uning ikkinchi va uchinchi bosqichlarida uchraydi. Davolashdan yaxshi natija olingandan so'ng 2 yil ichida kasallik yana rivoj topsa bu patologik jarayonning faollashganidan xabar beradi. Agar ikki yildan so'ng yuqoridagi holat yuz bersa, demak kasallik xuruj (retsidiv) bergan deb baholanadi.

Sarkoidozni davolash

Sarkoidozni davolash tarixi 2 davrni o'z ichiga oladi: gormonlar qo'llanilishi (1950-yil)gacha va kortikosteroid gormonlar, ularning sintetik turlarini ishlatish boshlangandan keyingi.

Hozirgi vaqtda sarkoidozni davolashda steroid gormonlar asosiy o'rinni egallaydi. Lekin ularni ishlatish bo'yicha yagona fikr yo'q. Aksariyat mualliflar kasallikda ularni keng qo'llash tarafdori bo'lsalar, ba'zilar sarkoidozni gormon bilan davolashni inkor etishadi (S.Ye. Borisov, 1995).

Ko'krak ichi tugunlari, ko'ks oralig'i, o'pka va boshqa a'zolar sarkoidozida jarohatlangan a'zolarining faoliyati buzilmagan va kasallik

belgilari hali uncha rivojlanmagan bo'lsa, kortikostroidlar bilan davolash tavsiya etilmaydi.

Shuningdek, qisqa vaqt ichida (2-6 oyda) kasallik o'z-o'zidan tuzalsa yoki bemorlarda kortikosteroidlar qo'llashning iloji bo'lmasa (oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yarasi, qandli diabet va boshqalar tufayli) bunday gormonal davolash o'tkazilmaydi.

Ko'krak ichi va ko'ks oralig'i limfa tugunlari sarkoidozi bemorda haroratining oshishi bilan o'tkir rivojlansa albatta, unda gormonal muolaja o'tkazilishi lozim. Xastalikning tarqalgan turlarida va nafas olish faoliyatining sezilarli darajada buzilishi mavjudligida ham steroidlarni qo'llash lozimdir.

Kortikosteroid gormonlarning ko'p yillardan beri qo'llanilishiga qaramay, ulardan foydalanishni takomillashtirish hozircha davom etmoqda. AKTG va kortizon 50-yillardan boshlab qo'llanilgan bo'lsa, hozirda ularning sintetik analoglari – prednizolon, polkortolon, deksametazon, urbazon va boshqalar ishlatiladi (A.G.Xomenko, 1982; S.Ye.Borisov, 1995; A.M.Ubaydullayev, R.A.A'zamov, Sh.R.G'afforov, 2000). Ular asosan ichish uchun tavsiya etiladi, ehtiyojga ko'ra inyeksiya va ingalyatsiya yo'li bilan qo'llaniladi.

Prednizolonning boshlang'ich dozasi 20-60 mg ni tashkil etadi (Z.I.Kostina va boshqalar, 1975, 1978; S.Ye.Borisov, 1995).

Dori asosan ertalab va kunduzi qabul qilinadi. Kasallik belgilarining ortga qaytishi 6-12 haftada kuzatiladi va shundan keyin berilayotgan gormon dozasi kamaytiriladi, davolash bir necha oydan bir necha yilgacha uzaytirilishi mumkin. Lekin uzoq davom etgan muolajala natijasida har xil asoratlar kelib chiqishi mumkin. Buning oldini olish uchun gormonlarning dozasi sekin-asta kamaytiriladi va kichik, quvvatlab turuvchi doza uzoq vaqt ichishga tavsiya etiladi.

Kortikosteroid gormonlar limfopoezni susaytirib, immunitetni va organizmni sil va yuqumli kasalliklarga qarshiligini pasaytiradi. Shuning uchun ular bilan birga bemorlarga qisqa muddatlarga tuberkulostatik dorilar qo'shib beriladi.

Shifokorlar kortikosteroidlar bilan davolash vaqtida bemorlarda tegishli nazorat olib borilsa, og'ir asoratlarga barham beriladi. Gormonoterapiya o'tkazilayotgan bemorlar ovqatlanish ratsioniga oqsillar, vitaminlar, kaliy tuzlari yetarlicha kiritilishi, osh tuzi, achchiq va suyuqliklar cheklanishi lozim.

Sarkoidozni patogenetik davolashda ishlatiladigan dorilardan biri delagil (rezoxin, xloroxin) hisoblanadi va u sitotoksik xususiyatiga ega, shuningdek, nuklein kislotalari sintezini, ba'zi fermentlar faolligini va immunologik jarayonlarni sekinlashtiradi. Delagil, agar kortikosteroid

gormonlar bilan muolaja o'tkazishga monelik bo'lsa, yakka o'zi (kunda 2-3 tabletkadan) qo'llanilishi mumkin. Lekin bu holda uning ta'sir kuchi nisbatan ancha past bo'ladi. Delagil kortikosteroid gormonlar bilan (bunda gormonlarning dozasi kamaytiriladi) birgalikda qo'llanilganda uning kundalik dozasi 1-2 tabletkani (tabl. 0,25) tashkil etib, 2-3 oy va undan oshiqroq muddat davomida beriladi.

Organizmning adaptatsiya holatini oshirish maqsadida sarkoidozda vitamin Ye ham qo'llash mumkin. Bu vitamin oksidlanish-qaytarilish jarayonlariga ijobiy ta'sir ko'rsatib, hujayralarni jarohatlovchi perekis va ammiak moddalari hosil bo'lishini kamaytiradi. Shuningdek, u sarkoidozda ko'pincha kuzatiladigan yog'lar almashinuvi buzilishining oldini olishga ko'maklashadi. Vitamin Ye ni bemorlarga peroral, ko'p oylar davomida berib yaxshi natija olingandan so'ng, uning kunlik dozasi 300 mg ga tushiriladi. Uni kortikosteroid gormonlar yoki delagil bilan birgalikda qo'shib ishlatish mumkin. Z.I. Kostina (1975) vitamin Ye bilan bemorlarni davolash natijalaridan kelib chiqib, bu vitaminni sarkoidozning hamma bosqichlarida qo'llash yaxshi samara beradi deb xulosa qilgan.

A.E. Rabuxin va hammualliflari (1972) sarkoidozda kortikosteroid gormonlarga, oqsil almashinuvini kuchaytiruvchi anabolik steroidlar, nerabol yoki retabolilni qo'shib berilganda yaxshi natijalar olinganini ma'lum qildilar.

Ftiziatriya va pulmonologiya ITI diagnostika bo'limida sarkoidoz bilan kasallangan 53 bemordan kortikosteroid muolaja 47 kishida o'tkazildi, 6 bemorga vitamin Ye va presosil buyurildi. Bemorlarning deyarli barchasiga qo'shimcha, kuniga 0,6 g tubazid yoki 1,5 g ftivazid berildi. Davolash muddati 2-4 oyni tashkil etdi. Muolaja samaradorligini oshirish maqsadida bulardan tashqari, bemorlarga kuniga 2 tabletka delagil yoki vitamin Ye 300 mg, aevit 2 ml miqdorda mushak orasiga yuborildi. Gormonlar nonushtadan va tushlikdan so'ng berildi.

Kortikosteroid gormonlar bilan davolangan ko'krak ichi bezlari va ko'ks oralig'i sarkoidozida (I bosqich) 26 bemorning 23 tasida umumiy holatning yaxshilanishi, kasallik belgilarining yo'qolishi muolajaning 4-6-haftalarida, 3 nafar bemorda – 8-10-haftalarda qayd etildi. Rentgenologik o'zgarishlar 2-3 hafta kechroq kuzatildi. Bir bemorda umumiy ahvolding yaxshilanishiga qaramay, rentgenologik ko'rinish o'zgarmadi, bemor shifoxonadan chiqqandan so'ng ham (muolaja davom ettirilganiga qaramay) uning o'pkasida sarkoidoz granulemalari qayd etildi. Davolash 2 yil davom etgach, bemorda bu sarkoidoz granulemalarining so'rilib ketganligi va limfa tugunlarining kichrayganligi aniqlandi.

Sarkoidozning II bosqichida ko'krak ichi limfa tugunlari va o'pka jarohatlanishida kortikosteroidlar bilan davolangan 16 bemorda umumiy

holatning yaxshilanishi, kasallik belgilarining yo'qolishi 6-8-haftada 11 kishida, 9-12-haftada 3 kishida va 13-16-haftada 2 kishida paydo bo'ldi. Ijobiy rentgenologik o'zgarishlar esa 4-6-hafta keyinroq namoyon bo'ldi.

Kasallikning III bosqichida kortikosteroidlar ta'siri 4 bemorda kasallik belgilarining yo'qolishi, umumiy ahvollarining yaxshilanishi holida 8-12-haftada qayd etildi. Rentgenologik tekshiruvlar 3 bemorda o'pka sarkoidoz o'zgarishlarining 12-16-haftada so'rilganini ko'rsatdi, bir nafar bemorda o'pka disseminatsiyasi o'zgarmay qoldi.

Kortikosteroid gormonlar bilan muolaja o'tkazilmagan 6 bemorning 5 tasi 2 tabletkadan delagil, 300 mg dozada vitamin Ye, bittasi 3 tabl. presosil, 2,0 aevit mushak orasiga olishdi. Davolash natijasida bu bemorlarda ham ijobiy natija olindi, lekin umumiy ahvolning yaxshilanishi va kasallik belgilarining yo'qolishi 2-4 hafta keyinroq bo'ldi. Kasalxonadan keyingi davrda bemorlarning hammasiga kortikosteroid, delagil yoki vitamin Ye bilan davolanishni davom ettirish tavsiya etildi. Bemorlarda o'tkazilgan 3-8 yillik kuzatuvlar sarkoidozning qaytalanishi yo'qligini tasdiqladi.

Sarkoidozni uzoq muddat davolashga muhtoj va uning qaytalanishiga moyil bo'lgan bemorlar dispanser nazoratida bo'lishlari shart.

Bemorlarni shifoxonadan so'ng nazorat qilish va lozim bo'lganda ularni davolash silga qarshi dispanserlarda o'tkaziladi. Bunday bemorlar ikki guruhga ajratilgan holda kuzatiladi. 1-guruh – faol sarkoidoz, 2-guruh – nofaol sarkoidoz, ya'ni shifoxonada davolangandan so'ng, kasallik asoratlari qolgan bemorlar.

1- guruh o'z navbatida ikki toifaga bo'linadi:

A – birinchi bor sarkoidoz kasalligi aniqlangan bemorlar;

B – asosiy davolash muddati o'tkazilgandan so'ng, kasallikning faollashuvi va qaytalanishi sodir bo'lgan bemorlar.

Birinchi toifa A bemorlarga faol muolaja va nazorat o'tkazilishi lozim. Bemorlar dispanserga 1 oyda kamida 1 marta, kortikosteroidlar bilan muolaja o'tkazilayotganda esa ular 10-15 kunda bir tekshirishdan o'tishlari kerak.

Bemorlarning dispanser nazorati, kasallik kechishi yaxshi o'tganida 2 yil davom etishi lozim. Muolaja to'xtatilgandan so'ng, birinchi yil bemorlar 3 oyda bir, ikkinchi yil esa 6 oyda bir dispanser ko'rigidan o'tishlari kerak. Agar kasallikning faollashuvi yoki qaytalanishi kuzatilsa, bemorlar ikkinchi (B) toifaga o'tkaziladilar va faollik tugaguncha birinchi (A) toifadagi muddatlarda dispanser nazoratida bo'ladilar.

2-guruh (nofaol sarkoidozli) bemorlar ham 2 yil davomida dispanser nazoratida bo'ladilar. Agarda kasallik asoratlari ancha rivojlangan bo'lsa, nazorat muddati 3-5 yilgacha uzaytiriladi. Bunday bemorlar dispanser ko'rigidan kamida 6 oyda bir marta o'tadilar. Bemorlarda klinik tuzalish qayd etilganida dispanser nazoratidan chiqariladi.

O'PKA-YURAK YETISHMOVCHILIGI

O'pka-yurak yetishmovchiligi (O'YUYE) «Cor pulmonale» deyilganda, bronx-o'pkaning o'tkir va surunkali kasalliklari, ko'krak qafasi shaklining o'zgarishi va o'pka tomirlarining zararlanishi natijasida kichik qon aylanishida bosimning ko'tarilib, yurak o'ng qismining gipertrofiyaga uchrashi yoki kengayib ketishi bilan bog'liq xastalik holati tushuniladi.

Har xil o'pka kasalliklari sababli yurakda o'zgarishlar paydo bo'lishi qadimdan ma'lum. O'pka emfizemasi natijasida yurakning zararlanishi va uning klinik ko'rinishini birinchi bo'lib bundan 180 yil ilgari fransuz patologoanatomi Rene Teofil Giatsint Laennek (1781-1826) aniqlagan.

Yurak yetishmovchiligiga olib keladigan o'pka kasalliklarini klinik-anatomik jihatdan 1838-yili G.Sokolovskiy birmuncha batafsil tasvirlab bergan. Rus patologoanatomi E.I.Ezakson esa (1870) o'pka emfizemasiga ega bemorlarning deyarli 80 foizida yurak o'ng qorinchasi gipertrofiyasi borligini aniqladi va S.P.Botkin bunday holda kasallik klinik ko'rinish qanday bo'lishini tasvirlab berdi.

Amerika olimlaridan Mak Djin va P.Uayt (1935) o'pka emboliyasida kuzatilgan o'tkir O'YUYE ligi to'g'risida ma'lumot berdilar va uni «Cor pulmonale» deb atadilar.

O'pka-yurak yetishmovchiligiga doir masalalar hozirgi kunda ham kardiologiya bilan pulmonologiyada eng muhim o'rinlardan birini egallab turibdi.

Terapevtlarning sobiq Ittifoq XV syezdi materiallariga qaraganda, yurak dekompensatsiyasi bor bemorlarning 15 - 25 foizigacha bo'lgan qismini O'YUYE holati bo'lgan bemorlar tashkil qiladi. A.T. Simonyanning ma'lumotlariga ko'ra ham qon aylanishi tizimi buzilgan somatik kasalliklarning uchdan bir qismiga yaqini O'YUYE holatidagi bemorlardan iborat. Angliyaning ayrim sanoatlashgan hududlarida bu klinik sindrom surunkali o'pka kasalliklari orasida 40 foizgacha uchrashi qayd qilingan. Bu holat sanoati rivojlangan mamlakatlarning yirik shaharlari aholisiga ayniqsa daxldordir. Ekologik muhitning keskinlashishi, sanoat va qishloq xo'jalik bilan bog'liq bo'lgan salbiy tashqi ekologik muhit ta'siri natijasida bronx-o'pka tizimining surunkali kasalliklari soni oshib bormoqda va shu munosabat bilan ularda kuzatiladigan O'YUYE muammosi yanada dolzarb bo'lib qolmoqda. O'tkir pnevmoniyalarga kech va nomaqbul davo qilinishi natijasida surunkali nospesifik o'pka kasalliklari (SNO'K) sonining ko'payib borishi tufayli ko'rsatib o'tilgan klinik sindrom amaliy tomondan alohida ahamiyat kasb etmoqda.

O'pka-yurak yetishmovchiligi hollarining oshib borayotganligi surunkali o'pka kasalliklari bilan og'riq kishilarda, zamonaviy davolash usullari yordamida ular umrining ancha uzayishi bilan ham bog'liqdir.

Shu o'rinda Sankt-Peterburg (sobiq Leningrad) shahrida, tegishli materiallarga muvofiq SNO'K dan o'lim hollari 1962-1973-yillar mobaynida 40-49 yoshli kishilar o'rtasida 64 foizga, 50-59 yoshlilarda – 34 foizga, 60 va bundan katta yoshdagi shaxslar orasida 1,6 foizga ko'payganligini ko'rsatish mumkin. Bunda bemorlar o'limining asosiy sababi 80-82 foiz hollarda dekompensatsiyalangan O'YUYE bo'lib chiqdi.

O'zbekistonda uchrashi bo'yicha nafas a'zolari kasalliklari, ayniqsa, qishloq joylarda hozirgi vaqtda yuqorida aytib o'tganimizdek, birinchi o'rinni egallab turibdi. O'YUYE asoratiga ega SNO'Kda o'lim hollari ham oshib bormoqda.

O'YUYEning kelib chiqishi va klinik kechishiga qarab uni o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali yurak-o'pka yetishmovchiligiga bo'lish mumkin. Ularning kelib chiqishi sabablari va klinik belgilari bir muncha farqlidir. Shu sababli ular to'g'risida alohida to'xtalib o'tish nazariy va amaliy jihatdan maqsadlidir.

O'tkir o'pka-yurak yetishmovchiligi

O'pka arteriyasida birdan bosim oshib ketganida ko'riladigan klinik holat O'YUYEning o'tkir yetishmovchiligi deb yuritiladi. Uning kechishi o'ta og'ir bo'lib, bir necha minut yoki soatlar davomida yuzaga keladi. Bu sindrom ko'pincha o'pka arteriyasi emboliyasi vaqtida kuzatiladi va bunda qon tomirlarning holati, ularda qo'shimcha spazm bor-yo'qligi ham katta ahamiyatga ega. O'pka arteriyasi emboliyasiga aksari oyoq venalarining tromblari (80-90 foiz hollarda), chanoq venalari va goho yurakning o'ng bo'lmlaridan kelgan tromblar sabab bo'ladi. Oyoq tomirlarining tromblari Ovro'poliklarda, Osiyo mamlakatlari va Yaponiya aholisiga nisbatan ko'proq uchrab turishini aytib o'tish lozim. Vaholanki, bizning respublikamizda tug'ilish ko'p bo'lishiga qaramay, oyoq tomirlari trombozlari kam uchraydi. Buning kishilar yashash sharoitlari va turmush tarzlariga ham qisman bog'liq bo'lishi ehtimoldan xoli emas. Bu yerda tromboemboliyaga moyillik tug'diradigan kasalliklar to'g'risida ham to'xtalib o'tish lozim. Klinik kuzatishlarga ko'ra, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi o'sma kasalliklarda, jarrohlik operatsiyalari o'tkazilganda, yurak nuqsonlari bo'lganda ko'proq uchraydi. Ana shunday hollarda ko'pincha latent flebit-tromb manbai bo'ladi va u aksari yoshi qaytib qolgan kishilarda tez uchrab turadi. O'pka arteriyasida trombozning kelib chiqishida yuqorida ko'rsatilgan sabablardan tashqari

tomir devorining o'zgarib qolishi (skleroz) tufayli, qon oqimining sekinlashuvi va qon ivish tizimi faolligining oshishi va hokazolar ahamiyatga ega bo'ladi.

Bu jarayon antibiotiklar bilan davolash, siydik haydovchi dorilarni me'yoridan ortiqcha ishlatish vaqtida ham ro'y berishi mumkin. Odamning jismoniy zo'riqishi, yurak ishini kuchaytiruvchi preparatlarni vena orqali noo'rin qo'llash, endokardit va yurak aritmiyasi bilan o'tadigan kasalliklar mavjudligi ham trombnig uzilib chiqib, tomirlardan qon bilan boshqa joylarga ko'chishiga yo'l ochadi.

O'pka arteriyasi tromboemboliyasining klinik ko'rinishi va unda boshlanadigan gemodinamik o'zgarishlar nafas o'zgarishi va gazlar almashinuvi buzilishi bilan birga o'tadi.

Bemorlarda yurak o'ng bo'limi birdan zo'riqib qolganda hansirash, taxikardiya, sianoz va ko'p terlash kabi belgilar paydo bo'ladi. Shokga xos klinik holat ham boshlanishi mumkin. Arterial bosim pasayadi. Yurak eshitib ko'rilganda patologik qo'shimcha 3 (auskultativ fenomen) ton yuzaga kelgani aniqlanadi va bu o'zgarish «ot dupuri» (galop ritmi) tarzida eshitaladi, yurakda sistolik shovqin borligi seziladi, ayrim hollarda supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya bilan boshlanadi. O'pka arteriyasi ustida II tonning kuchaygani – «yuqori bosim shovqini» deb atalmish tovush kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda tana harorati ko'tarilib, yo'tal, tomoqda qattiq og'riq, qon tuflash paydo bo'ladi hamda gemorragik plevrit boshlanadi. Ularda o'tkir koronar yetishmovchiligi yuzaga kelib, to'sh ortida kuchli og'riq seziladi. Gemodinamik o'zgarish jarayonida bosh miya, mezenterial tomirlar va buyrak qon aylanishi tizimlarida ham o'ziga xos belgilar paydo bo'ladi.

Ba'zan gemorragik o'pka infarkti va reaktiv plevrit shaklidagi o'pka-plevra sindromi qayd etiladi. O'pka infarkti bemorning isitmasi chiqishi, qon tupirib turishi va ko'krakda og'riq sezishi bilan namoyon bo'ladi. Auskultatsiyada plevranning ishqalanish shovqini eshitaladi va o'pka infarktining atrofida (perifokal) pnevmoniya boshlanadi.

O'pkada boshlangan yallig'lanish bir qator laborator o'zgarishlarni yuzaga keltirib chiqaradi – qonda leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi, giperkoagulyatsiyaga moyillik, fermentlardan 3- va 4-laktatdegidrogenaza fraksiyalari miqdorining ko'tarilishi kuzatiladi.

Elektrokardiogrammada yurak o'ng bo'limining birdan zo'riqib (kengayib) qolganiga xos alomatlar, jumladan, EKGning, standart usullarda olinganda S1-RIII tipi, II,III va aVF usullarda T-manfiy bo'lishi aniqlanadi. Gis tutami o'ng shoxchasining chala yoki to'liq blokadasi kuzatiladi, PII,III, aVF yuqoriga ko'tariladi va o'tkirlashadi (P-pulmonale).

Rentgenologik tekshiruvda o'pka arteriyasi ravog'ining shishib chiqqani, yurak o'ng bo'lmalarining kengayib turgani va diafragmaning emboliya tomonida ko'tarilib qolgani seziladi. Bundan tashqari, rentgenogrammada subplevral joylashgan soyalar kuzatiladi, tomirlar ko'rinishi o'zgaradi, gipoventilyatsiya zonalari paydo bo'lgani ko'zga tashlanadi. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi diagnostikasida radionuklid yordamidagi tekshiruv, angiopulmonografiya va kompyuter tomografiya usullari katta ahamiyatga ega.

Davolash. Bemora shok boshlangan chog'da narkotik dori, mezaton va noradrenalinlar buyuriladi, takror-takror strofantin oz-oz miqdordan yuboriladi. Vena orqali papaverin yuborish va atropin berish yo'li bilan spazmalarni bartaraf etish, arterial bosimni pasaytirishga erishiladi. Eufillin eritmasini venaga tomchilab yuborish tavsiya etiladi. (2,4 foizli 10-20 ml eufillin eritmasini 300-400 ml fiziologik eritmada). Fibrinolitik ta'sir ko'rsatish maqsadida streptodekaza (15-30 ming TB), geparin (20-30 ming TB) buyuriladi, bularni minutiga 16-20 tomchi tezlikda venadan yuborish va shu xildagi infuziyani 2-3 kun davomida takrorlab turish kerak. Shundan keyin geparinni 8-10 kun davomida kuniga 4 mahal 5-10 ming TB miqdorida teri ostiga yuborib turishga o'tiladi yoki 150000-200000 TB miqdorida streptokinaza preparatini reopolyuglikin eritmasida berib turish ko'proq maqsadga muvofiqdir. Preparatlarni kateter orqali bevosita o'pka arteriyasiga yuborish ayniqsa yaxshi naf beradi. Streptokinaza yuborishdan oldin bemorga antigistamin preparatlar va glikokortikoidlar ineksiya qilish zarur. So'ngra bemorga bilvosita ta'sir ko'rsatadigan antikoagulyantlarni ichib turish buyuriladi. Davoning jarrohlik usuli ham bor, ammo embolektomiya yaxshi natija bermasligi mumkin.

O'pka-yurak yetishmovchiligining o'rtacha o'tkir turi

Bemor o'pka-yurak yetishmovchiligining o'tkir turida ba'zan o'pka infarkti yoki unga aloqador plevritli pnevmoniya manzarasi boshlanadi. Bu holat bir necha hafta yoki oylar ichida yuzaga kelib, uning asosida o'pka arteriyasidagi bosimning asta-sekin oshib borishi yotadi. Bemorni hansirash bezovta qilaveradi, unda sianoz va taxikardiya qayd etilib, bir necha hafta davomida O'YUYEning o'rtacha o'tkir xiliga xos ham o'pka, ham yurak yetishmovchiligi alomatlari kuchayadi. Bunday xastalik holat o'pkaning mayda arteriyalarida mikroembollar bo'lganida, xavfli o'smalar o'pkaga metastaz bergan yoki total pnevmoniya rivojlangan hollarda kuzatilgan. Bunday bemorlarda ba'zan astma holati ham ro'y beradi. Klinik nuqtai nazardan O'YUYEning bu turi o'pka yoki yurakning bir

qator kasalliklari niqobida o'tadi. Davolash asosiy kasallikdan xalos etish va yurak ishini rostdashga qaratilgan vositalar hamda antikoagulyantlar buyurishdan iborat.

O'pka-yurak yetishmovchiligining surunkali turi

O'YUYEning bu turi bir tomondan nafas va ikkinchidan qon-tomir tizimlarining surunkali yetishmovchiligi alomatlari borligi bilan ifodalanadi. Odatda, u bir necha yillar ichida sekin-asta yuzaga keladi va rivojlanib boradi, ammo bemorlar xastalikning og'irlashayotganini ko'pincha sezmaydilar. Bu klinik sindromning yuzaga kelishida shartli ravishda 3 guruh kasalliklarni farqlash mumkin:

1. Asosiy va eng ko'p uchraydigan sabablari – surunkali bronxit (ayniqsa, obstruktiv bronxit), o'pka emfizemasi, tarqoq yoki o'choqli pnevmoskleroz, bronxial astma (og'ir shakli), o'pka absesslari, bronxoektaz kasalligi, o'pka sili, sarkoidoz va o'pka polikistozi kabi nafas a'zolarining surunkali kasalliklaridir. O'YUYEning bu etiologik omillari 80-90 foizni tashkil etadi.

2. Torakodiafragmal nuqsonlar, umurtqa pog'onasi va ko'krak qafasi sistemasidagi lordoz, kifoz, kifoskoliozlarda, operatsiya yoki travmalardan keyin yuz beradigan nomutanosibliklar, plevra chandiqlari, semizlik (Pikkvik sindromi).

3. Bronx-o'pka tizimidagi tomirlar tarmog'ida ro'y beradigan o'zgarishlar – o'pka arteriyasi sistemasining birlamchi sklerozi (Arrilyago-Ayyers kasalligi), revmatizmga aloqador arteriitlar, vaskulitlar, o'pka arteriyasi tarmoqlarining takroriy emboliyasi, o'pka rezeksiyasi.

O'YUYEning patogenezi murakkab va u uzil-kesil aniqlanmagan.

Hozirgina ko'rsatib o'tilgan patologik holatlarning hammasi pirovard natijada o'pka arteriyasidagi bosimning ko'tarilib ketishiga olib keladi. O'pka arteriyasida gipertenziyaning kelib chiqishida kichik qon aylanish tizimidagi tomirlar, asosan mayda arteriyalar, arteriolalar va kapillyarlar qarshiligining ortishi katta ahamiyatga ega.

Sog'lom odamlarda o'pka arteriyasidagi sistolik bosim simob ustuni hisobida 18 mm dan 21 mm gacha o'zgarib turadi; diastolik bosim 8-12 mm ga teng bo'ladi. O'pka arteriyasidagi sistolik bosimning 30 mm dan yuqoriroq ko'tarilishi kichik qon aylanish tizimi gipertenziyasi uchun xosdir. Bunday o'zgarish, yurak o'ng qorinchasi gipertrofiyasi va o'pka-yurak yetishmovchiligiga olib keladi.

O'pka va bronxlar to'qimalari oziqlanishining izdan chiqishi va bunday holda boshlanadigan pnevmoskleroz gazlar almashinuvi buzilishiga sabab bo'ladi. Buning oqibatida esa kislorod O_2 parsial bosimi pasayib CO_2 ning

parsial bosimi ortadi. Alveolalardagi kislorod parsial bosimining pasayishi arteriolalarning torayib, spazmaga uchrashiga olib keladi va bu holat kichik qon aylanish tizimida bosimning yanada ortib ketishida muhim o'rin tutadi. Ushbu gipertenziya o'z navbatida, yurak o'ng qorinchasi gipertrofiyasiga olib keladi. Yurakning bu bo'limida dastlab tonogen, so'ngroq esa miogen dilyatatsiya belgilari aniqlanadi hamda yurak o'ng bo'limining dekompensatsiyasi asosan shu jarayon bilan bog'liq bo'ladi. Yurak dekompensatsiyasida yurak muskulida oqsil (ayniqsa, qisqartiruvchi oqsil deb ataladigan aktin va miozin), uglevod va minerallar almashinuvining buzilishi hamda vitaminlar balansining izdan chiqishi katta ahamiyatga egadir. O'pkada surunkali davom etib kelayotgan asosiy yallig'lanish jarayonining bot-bot qo'zib turishi va og'ir gipoksik holat ham yurak dekompensatsiyasining tezroq boshlanishiga va davom etishiga sabab bo'ladi.

Alveolalar kapillyarlarida arteriallashtiruvining susayishi gipoksemiya bilan namoyon bo'ladi, barcha to'qimalar, jumladan, yurak muskul to'qimasi ham kislorod bilan yetarli ta'minlanmaydi. Jarayon hamma hollarda ham qon aylanishining o'ng qorincha yetishmasligi bilan tugallanadi.

Hozirgi kunda nafas va O'YUYElarining bir necha tasnifi bor. Quyidagi tasnif amaliy vrachlar uchun ko'proq muvofiq keladi. Unga ko'ra, O'YUYEng ikki bosqichi bir-biridan farqlanadi:

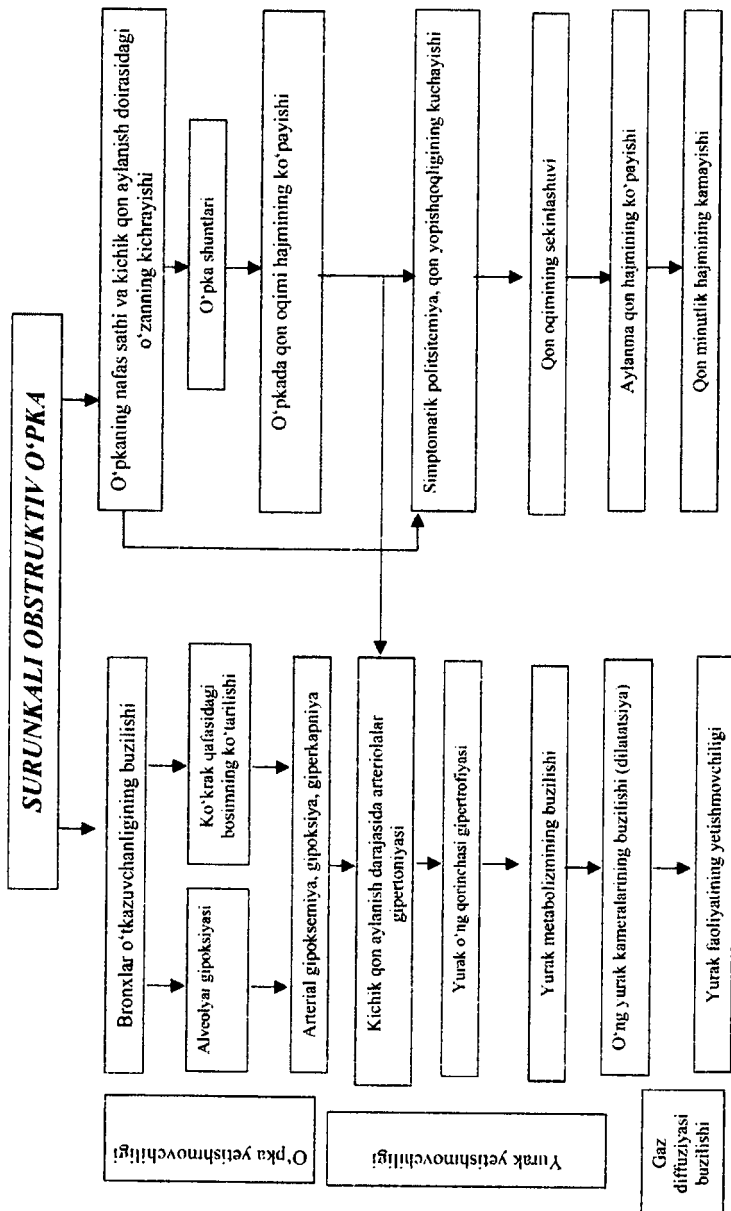
Birinchi bosqichda faqat o'pka yetishmovchiligi kuzatilib, yurak to'la-to'kis kompensatsiya holatida turadi va qon aylanishi jarayoni buzilmagan bo'ladi.

Ikkinchi bosqichda o'pka-yurak yetishmovchiligi kuchayadi va bunda, o'pka yetishmovchiligi ustiga, yurak yetishmovchiligi ham qo'shiladi (14-jadvalga qarang).

Kasallikning birinchi bosqichi asosan bronx-o'pka xastaliklariga aloqador bo'lgan simptomlar bilan ta'riflanadi. Bemorlar sovuqqa juda sezgir bo'lib qolishadi va uning ta'sirida nafas tizimi kasalliklari tez-tez qo'zib turadi. Shunda bemor kishi yo'tal tutib ozroq balg'am ajralishidan, tana haroratining, ayniqsa, kechqurunlari biroz ko'tarilib turishidan, jismoniy zo'riqish bo'lganda hansirash, yurak o'ynashidan noliydi. Unda markazlashgan sianoz kuzatilib, u kasallikning shu bosqichida qayd etiladigan hansirashdan ko'ra ko'proq ifodalangan bo'ladi.

Obyektiv tekshirishda bemorlar umumiy ahvolidagi qoniqarli ekanligi, tarqoq sianoz borligi qayd qilinadi. Bemor tik turgan holda ko'zdan kechirilganda, unda xanjarsimon o'simta ostida yurak o'ng qorinchasi pulsatsiyasini, shuningdek bo'rtib chiqib turgan bo'yin venalarini ko'rish mumkin. Ko'krak qafasi bochkasimon, qovurg'alar oraliq'i kengaygan

Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligining asosiy bosqichlari



bo'ladi, o'pka ustida aksari ichi bo'sh qutichaga xos perkussion tovush, auskultatsiyada – doimo quruq va nam xirillashlar eshitiladi. Agar hali sezilarli darajadagi emfizema bo'lmasa, perkussiyada yurakning o'ng qorinchasi biroz gipertrofiyalanganligi ma'lum bo'ladi, auskultatsiyada yurak tonlari bo'g'iqroq eshitiladi, undan tashqari o'pka arteriyasi ustida ikkinchi ton zo'raygan bo'lib, u kichik qon aylanish doirasida bosim yuqori ekanligidan darak beradi.

EKGda elektr o'qining o'ngga surilganligi va yurak o'ng qorincha gipertrofiyasi alomatlari borligi ko'zga tashlanadi. Rentgenologik tekshiruvda o'pka arteriyasi konusining kengayib qolgani va bronx-tomir naqshining zo'raygani aniqlanadi.

O'pka-yurak yetishmovchiligining bu bosqichida bemorlarda venoz qon bosimi bir qadar ko'tariladi, qon oqimining tezligi esa odatdagicha qolaveradi. Tashqi nafas funksiyasi tekshirib ko'rilganda asosiy kasallikning qay tarzda kechishiga qarab obstruktiv yoki restriktiv o'zarishlar qayd qilinadi.

Kasallikning shu bosqichida bemorga to'g'ri davo qilinmasa u holda bemorlarda, og'ir nafas yetishmovchiligi bilan bir qatorda yurak yetishmovchiligi alomatlari ham yuzaga keladi.

Bu bosqichda bemor biroz zo'riqishda, hatto gaplashayotganida ham hansirayveradi, tarqoq sianoz kuchayib, akrotsianoz paydo bo'ladi, oyoqlar kerikib ketadi, bo'yin venalari bo'rtib chiqadi, paypaslab ko'rilganda jigarda og'riq seziladi. Bu birinchi darajadagi yurak yetishmovchiligi borligini ko'rsatadi. Qon aylanishning ikkinchi darajadagi yetishmovchiligida yuqorida aytilgan belgilarning hammasi kuchliroq ifodalangan bo'ladi. Kislorod yetishmovchiligi holati kuchayib, sianoz baralla seziladigan bo'lib qoladi, oyoqlarga shish kelib, jigar yanada kattalashadi, peshob kamayib qoladi, hansirash odamni tinch o'tirgan vaqtida ham bezovta qiladi.

Bemor endi yotoqli holga kelib, ortopnoega tushadi, bu esa yurak yetishmovchiligi ustun bo'lib qolganini ko'rsatadi. Bemorlarning ahvoli keskin yomonlashib, yuzining rangi o'zgaradi, ya'ni u bo'zarib, qorayib, hansirash ham kuchayib ketadi. Siydik kam keladi, shishlar ko'payib qorin kattalashadi, assit paydo bo'ladi; jigar kattalashgan va qattiqlashgan holda ko'rinadi. Yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi, uning tonlari bo'g'iq bo'lib, ot dupuriga o'xshab seziladi, o'pka arteriyasi ustida ikkinchi tonning kuchayganligi qayd etiladi. EKG past voltajli, o'ng tomonga surilgan bo'lib, II-III; aVF va V_1-V_2 holatlarida S-T oralig'i pastga surilgan, T yo'qolib ketgan yoki manfiy bo'ladi.

Rentgenologik tekshirishda bronx-o'pka sistemasida sezilarli o'zgarishlar, tarqoq pnevmosklerozga xos belgilar topiladi.

Gemogrammada eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori ko'payib, leykotsitlar soni oshgan, leykotsitar formula chapga siljigan, eritrotsitlarning cho'kish tezligi odatdagicha yoki sekinlashgan bo'ladi.

Gemodinamik ko'rsatkichlarga kelganda venoz qon bosimi suv ustuni hisobida 300-350 mm ga qadar ko'tariladi (odatda, 120 mm atrofida bo'ladi), qon oqimi tezligi pasayadi. Bemorning ahvoli og'irlashganida u o'tira olmay, gorizental holatda yotib qoladi, bu – nafas markazining susayganidan darak beradi va differensial diagnostika uchun ahamiyatlidir. Oyoqlardagi shish issiq va bu holat qon aylanishi sistemasining uchinchi darajali yetishmovchiligiga xosdir. Anamnestik ma'lumotlar, bemorning shikoyatlari, obyektiv ko'rsatkichlar, klinik, funksional va laborator tekshirishlar natijalariga asoslanib, O'YUYEning qaysi bosqichda ekanligini aniqlash mumkin. Lekin bu xastalikning yurak-tomirlar sistemasi boshqa kasalliklari bilan birga qo'shilgan bo'lishi diagnostikani qiyinlashtirib qo'yadi. Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi diagnozi, aksari, ma'lum bir vaqt o'tgandan keyin kechikib qo'yilishini ham aytib o'tish kerak. Shuning uchun ham yurak etishmovchiligi bilan o'pka-yurak yetishmovchiligini bir-biridan farqlab, diagnozni aniqlab olishda ko'pincha xatolikka yo'l qo'yiladi. Ayniqsa, bemorning yoshi o'tib qolgan bo'lsa, qon aylanishining surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SOO'K) tufayli buzilishi holati ko'pincha yanglishib kardioskleroz, gipertoniya kasalligi va yurakning mitral porogi natijasida boshlangan yurak dekompensatsiyasi deb baholanadi, chunki bu kasalliklar ham kichik qon aylanish tizimida ro'y beradigan sezilarli dimlanish hodisasi bilan kechadi.

Anamnezni sinchiklab o'rganish, klinik, funksional va laborator tekshirishlar, qisman EKG, rentgenoskopiya va rentgenografiya natijalarini fikran to'g'ri talqin qilish differensial diagnostikaga yordam beradi.

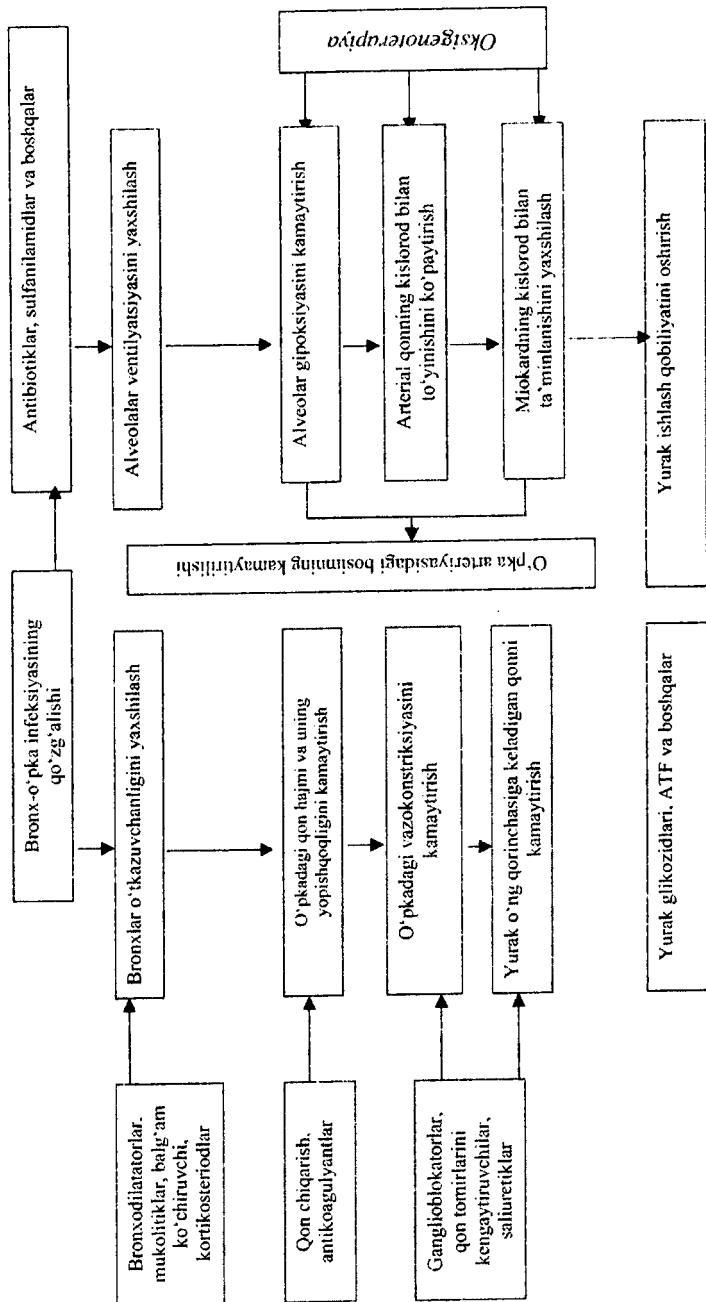
O'YUYEligi bor bemorlarni davolash shu dardning paydo bo'lishiga olib kelgan va uni yanada zo'raytiradigan sabablarni bartaraf etish, shuningdek o'pka ventilyatsiyasi va gazlar almashinuvini yaxshilashga qaratilgan bo'lishi kerak.

Ushbu xastalikda qilinadigan davo uning etiologik va patogenetik sabablarini bartaraf etishga qaratilmog'i lozim (15-jadvalga qarang).

O'pka gipertenziyasini davolashdan maqsad – avvalo, bronx-o'pka infeksiyasi va yallig'lanish jarayoni kuchini qirqish hamda bronxlar o'tkazuvchanligi va alveolyar ventilyatsiyalari yaxshilash orqali bronxlar va o'pkadagi asosiy kasallikka ta'sir qilishdir.

Birinchi galda agar zaruriyat bo'lsa, bakteriyalarga qarshi keng ko'lamda ta'sir etadigan antibiotiklar buyuriladi. Boshqacha aytganda,

Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligida etio-patogenetik davolashning asosiy yo'nalishi



endobronxial bakterial infeksiyalarida kasallikning etiologiyasiga qarab tegishli kimyoviy terapiya o'tkaziladi.

O'pka yetishmovchiligi patogenezida bronxlar o'tkazuvchanligining izdan chiqishi asosiy o'rinni egallaydi. Shu munosabat bilan O'YUYEda ko'riladigan davo choralari majmuasi bronxolitik vositalarni buyurishni o'z ichiga oladi. Lekin ular har bir bemorning ahvoriga qarab berilishi kerak. Chunonchi, efedrin kichik dozalarda ham yaxshigina bronxolitik ta'sir ko'rsatishi bilan bir qatorda yurak qorinchalari sistolasi fazalariga salbiy ta'sir o'tkazadi. Shunga ko'ra uni faqat kompensatsiyalangan o'pka-yurak yetishmovchiligida buyurish mumkin, dekompensatsiya sharoitlarida esa uni muntazam ravishda ishlatib borishni noo'rin deb hisoblamoq kerak.

Bronxolitik natija olish uchun belladonna ekstrakti, atropin, platifillin singari preparatlar ham tavsiya etiladi. Biroq ular o'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarga salbiy ta'sir qiladi. Atropinning xuddi adrenal singari, o'pka arteriyasidagi bosimni oshirishi tajribalarda isbot etilgan. O'pka-yurak yetishmovchiligida eufillin juda yaxshi naf beradi, u bronxolitik ta'sir ko'rsatish bilan bir qatorda, kichik qon aylanish doirasidagi qon bosimini pasaytirish xususiyatiga ham ega. 10-15 ml miqdoridagi 2,4 foizli eufillin eritmasini 150- 200 ml fiziologik eritmada birga 2-3 soat ichida tomchilab venadan asta-sekin yuborish tavsiya etiladi. Shunda uning yurakdagi qon oqimiga ko'rsatadigan salbiy ta'siri deyarli yo'qolib ketadi.

Kichik qon aylanish tizimidagi bosimni pasaytiradigan preparatlar o'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarga davo qilish uchun albatta ishlatilishi kerak. Vazodilyatatorlarni ishlatishdan maqsad quyidagilardan iborat:

1) o'pka-tomirlar qarshiligi va o'pka arteriyalaridagi bosimni pasaytirish, demak, yurak o'ng qorinchasiga tushadigan gemodinamik zo'riqishni yengillashtirish;

2) yurakdan otilib chiqadigan qon miqdorini va shu yo'l bilan to'qimalarga boradigan kislorod miqdorini ko'paytirish;

3) yurak o'ng qorinchasida yashirin yoki manifest yetishmovchilik bo'lsa, uni yaxshilashdan iborat. Afsuski, birinchi kunda faqat o'pka arteriyalariga ta'sir ko'rsatadigan bironta ham vazodilyatator yo'q, ularning hammasi ayni vaqtda periferik tomirlar qarshiligiga ham ta'sir ko'rsataveradi.

O'pka gemodinamikasiga nitroglitserin va boshqa nitratlar ta'siri to'g'risidagi ma'lumotlar bir-biriga zid. Tadqiqotchilarning ko'pchiligi SOO'K bilan og'rikan bemorlarning aksariyati nitroglitserin va dinitrat izosorbiti o'pka arteriyalari sistemasida bosimni pasaytiradi, deb

hisoblashadi. Ularning bunday ta'siri nafaqat odam tinch turganda, balki jismoniy zo'riqish paytlarida ham kuzatiladi. Biroq ba'zi hollarda o'pka tomirlari qarshiligining yoki faqat o'pka arterial bosimining pasayishlari kuzatilgan (S.K. Matkovskiy, 1985).

O'pka gipertenziyasiga ega bemorlarning gemodinamik ko'rsatkichlari 0,5 mg nitroglitserin qabul qilingandan keyin tekshirib ko'rilganida, uning kichik qon aylanish tizimiga ko'pincha gipotonik ta'sir ko'rsatib, yurak o'ng qorinchasi ishini, aksari yengillashtirishi aniqlangan. Shu sababli SOO'K da gipertenziya va surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligining oldini olish uchun nitroglitserindan foydalansa bo'ladi.

Uzoq ta'sir qilib turadigan nitratlar o'pka gipertenziyasi va surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarga 5-6 hafta davomida terapevtik dozalarda berilganda o'pkaning umumiy qarshiligi, o'pka arterial bosimini pasaytirishi va yurak o'ng qorinchasi ishini yengillashtirishi ko'rsatib berilgan. Qisqa muddatli davolashda o'pka umumiy qarshiligining kamayishi asosan, qon oqimining ko'payishi tufayli o'pka tomirlarida kuzatiladigan passiv kengayishiga bog'liq bo'lsa, uzoq muddatli davolashda u o'pkada umumiy qarshilikning kamayishi hamda tomirlar tonusining pasayishiga bog'liqdir.

SOO'K bilan og'rikan bemorlarda o'pka gipertenziyasini davolash yoki oldini olish uchun klinikada kalsiy antagonistlaridan foydalanish masalasi keyingi paytlarda keng muhokama qilinmoqda. Kalsiy antogonistlarining o'pka tomirlarini kengaytirishi, ya'ni vazodilyatator sifatida ta'sir ko'rsatishi, gipoksemiya tufayli yuzaga kelgan vazokonstriksiyaga barham berishi yoki kamaytirishi tajribalarda aniqlangan.

Nifedipin ham (A.A.Shnipas, R.N.Ionkayte, 1987) arteriya tomirlarining silliq muskullariga selektiv ta'sir ko'rsatuvchi filodipin ham SOO'Klarida o'pka tomirlari qarshiligini kamaytiradi.

Bu dorilarning o'pka gemodinamikasiga ko'rsatadigan ta'sir mexanizmi to'g'risida ikki xil fikr bor. Ba'zi tadqiqotchilarning fikricha, o'pka tomirlari qarshiligining kamayishi tizim vazodilyatatsiyasi, yurakdan otilib chiqadigan qon hajmining ortishi va shu tufayli o'pka tomirlarining passiv ravishda kengayishiga bog'liq. Boshqa tadqiqotchilar o'pka tomirlarining o'zi faollik bilan kengayishini isbotlab berdilar.

Har xil etiologiyali o'pka gipertenziyasiga ega bemorlarda o'pka tomirlari qarshiligi va undagi bosimni kamaytirish uchun β_2 -adrenoreseptor agonistlaridan foydalanish mumkin. Bir qancha tadqiqotlarda ko'rsatib berilganidek, o'pka gipertenziyasi va surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarda venaga yuborilgan terbutalin va ichishiga berilgan pirbuterol yurakdan otilib chiqadigan qon hajmini oshirib, o'pka tomirlari qarshiligini kamaytiradi. O'pka arterial

bosimi terbutalin ta'sirida ham pasayishini ko'pchilik olimlar qayd qilishgan. Bu preparat musbat inotrop ta'sir ko'rsatib, yurak muskullaridagi β_2 – adrenoceptorlarini jonlantiradi va tomirlarning kengayishiga olib keladi. Natijada o'pkaning tomirlar o'zani passiv ravishda kengayib, yurakdan o'tilib chiqadigan qon hajmi ortadi va o'pka tomirlarining qarshiligi kamayadi.

Salbutamol ham o'pkadagi tomirlar qarshiligini kamaytirib, yurakdan o'tilib chiqadigan qon hajmini ko'paytiradi. Boshqa ma'lumotlarga qaraganda, surunkali bronxit va o'pka gipertenziyasi tufayli yurak o'ng qorinchasi yetishmovchiligiga uchragan bemorlarda bu preparat o'pka dinamikasiga yaxshi ta'sir ko'rsatishidan tashqari, yurak glikozidlaridan ko'ra kuchliroq darajada musbat inotrop ta'sir ham ko'rsatadi. Mualliflar yurak o'ng qorinchasi yetishmovchiligi bilan davom etayotgan surunkali obstruktiv bronxitli bemorlarni davolashda digoksindan ko'ra, β_2 – adrenoceptor agonistlari afzalroq deb hisoblaydilar.

Bu preparatlar SOO'K bilan og'rikaning bemorlarda ishlatilganida o'pka tomirlari qarshiligining kamayishi sabablaridan biri – ularning bronxlarni kengaytirishi bilan bog'liq alveolar bosimining pasayishi bo'lsa ajab emas (Matthay, Berger, 1981).

O'pka gipertenziyasi va surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligiga davo qilishda tanlab ishlatiladigan vosita bo'la oladigan yangi preparat-angiotenzinni o'zgartiruvchi fermentga ta'sir ko'rsatadigan kaptoprildir. Surunkali obstruktiv bronxit va O'YUYE bor bemorlarda uning o'pka gemodinamikasiga ko'rsatilgan ta'siri to'g'risidagi fikrlar bir-biriga ziddir. Bu preparatning o'pka arterial bosimi va o'pka tomirlari qarshiligini pasaytirishi ayni vaqtda kislorodning qonda biroz kamayishi, lekin yurakdan o'tilib chiqadigan qon hajmining ko'payishi hisobiga to'qimalarga yetib boradigan kislorod miqdorining ko'payib borishi aniqlangan. Bu yerda shuni alohida qayd etish mumkinki, hozircha o'pka tomirlari qarshiligiga maxsus ta'sir ko'rsatadigan va ularni kengaytiradigan birorta samarador vazodilyatator preparat yo'q.

Shunday qilib, mavjud vazodilyatatorlar xususiyatiga ega dorilarni surunkali obstruktiv bronxitli bemorlarda o'pka gipertenziyasiga davo qilish uchun bir vosita sifatida foydalanish mumkin va bunda har bir bemorda klinik va vaqti-vaqti bilan gemodinamik nazoratni olib borish shart.

O'pka gipertenziyasi va surunkali O'YUYE bor bemorlarning barchasiga oksigenoterapiya buyurish kerak. Y.Zielinski (2001) ma'lumotlariga qaraganda, bu chora gipoksiyada kelib chiqadigan qon tomirlari devori tonusining oshishi bilan bog'liq, qon tomirlarning torayishi vazokonstriksiyani bartaraf etib gemodinamik ko'rsatkichlarni yaxshilaydi.

Bemorlarga kislorod berish gipoksemiyani bartaraf etish imkoniyatini yaratadi, lekin u karbonat angidridi to'planib qolishiga olib bormasligi zarur. 30 minut davom ettirilgan kislorod ingalyatsiyasidan so'ng tanaffus qilib, eng kam darajadagi kislorod konsentratsiyasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Buning uchun germetik bo'lmagan kislorod niqob (maska)laridan foydalanish tavsiya etiladi va ortiqcha bo'lgan karbonat angidridning chiqib ketishini osonlashtiradigan nafas mashqlarini bajarib turish (ya'ni har 5-10 minutda 2-3 marta chuqur-chuqur nafas olish) kerak. Shunda kislorod konsentratsiyasining 40-50 foiz bo'lishi ta'minlanadi. Kateter orqali kislorod berishni ham tavsiya etish mumkin (minutiga 4-6 litr).

Chet ellarda surunkali O'YUYE ega bemorlarni davolash uchun so'nggi yillarda portativ va statsionar kislorod konsentratorlari keng foydalanilmoqda (8-9-rasm). Bularning yordamida kislorod bilan davolashni uy sharoitlarida ham o'tkazish mumkin. Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligiga olib borgan SOO'K li bemorlarga muntazam ravishda namlangan iliq kislorod berib turish juda foydalidir. Chunki u bronxospazmni kamaytirib, balg'am ko'chishini osonlashtiradi va bronxlar o'tkazuvchanligini tiklaydi.

Oksigenoterapiyani bronxospazmolitiklar, kordiamin singari nafas analeptiklari bilan birga qo'shib olib borish kerak. Bu dorilarni har 2-3 soatda 2-3 mg dan berib turish lozim. B. Ye. Votchal fikriga qaraganda, nafas yetishmovchiligi nechog'lik og'ir bo'lsa, bemorga shuncha katta dozalarda kordiamin berib turish kerak (5-10 mg gacha). O'pka yetishmovchiligining og'ir turlari hamda giperkapnik komada kordiamin venaga avvaliga oqim holida (1-2 ml), keyin 250 ml 5 foizli glyukoza aritmasida 10-15 ml miqdorda tomchilab yuboriladi.

Yuqorida aytib o'tilgan davo choralari o'pka gipertenziyasi va surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarda dekompensatsiya fazasida qilinadigan muolaja uchun asos bo'lib hisoblanadi. Ular dekompensatsiya bosqichidagi o'pka-yurak yetishmovchiligini davolashda ham muhim omil bo'lib xizmat qiladi. Bunda quyidagilarga e'tibor berish lozim:

Birinchidan, o'pka-yurak yetishmovchiligi dekompensatsiyasiga duchor bo'lgan bemorlar yotoqli shifoxonalarda davolanishlari kerak. Ko'krak qafasining nafas harakatchanligini faollashtirish va balg'amning yaxshiroq ko'chib, oson ajralib turishini ta'minlash uchun bunday bemorlarga vaqti-vaqtida o'rindan turib, yurib turish ta'minlanadi. Biroq badan shishlari, hansirash va taxikardiya sezilarli darajalarda bo'lsa, bemor o'rnidan turmay yotishi kerak.

Ikkinchidan, bunday bemorlarni davolashda parhez muhim o'rin tutadi. Ularga tavsiya etiladigan o'ninchi ovqat parhezi qon aylanishi uchun eng

qulay sharoit yaratadi va yurak-tomirlar sistemasi, buyrak hamda hazm a'zolarini avaylab, ularning faolligini yaxshilaydi. Bundan tashqari u organizmga nokerak azotli moddalar, oksidlanmay qolgan almashinuv mahsulotlardan xalos bo'lishga, diurezning kuchayishi, shishlarning kamayishi, to'qimalardagi oksidlanish-qaytarilish jarayonlarining yaxshilanishi hamda yurak muskullari tonusining oshishiga yordam beradi. Ayni vaqtda, oqsil, yog', uglevod va vitaminlar (B, C, A va boshqa vitaminlar) miqdorini ko'paytirish, suyuqlik, osh tuzi iste'molini esa cheklash ko'zda tutiladi, Oqsillar miqdori bir sutkada ovqatda 65-80 g gacha, yog'lar - 60 g gacha va uglevodlar - 300 g gacha bo'lishi zarur.

Shishlar oshib, anasarka holati kelib chiqqanda bir necha kunga Karell parhezini tavsiya etish foydalidir. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishi bilan unga yengillashtiruvchi parhezli kunlar belgilanadi. Dekompensatsiyalangan o'pka-yurak yetishmovchiligida parhezga rioya qilish muhim. Nafas yetishmovchiligi vaqtida hali yurak yetishmovchiligi boshlanmasidan turib, elektrolitlar almashinuvi izdan chiqadi, jumladan, hujayralar ichida kalsiy kamayib boradi. O'YUYE li bemorlarda giperaldesteronizm kuzatilganda, kundalik osh tuzini keng ko'lamli shishlar qaytib ketguncha 500-1000 mg ga qadar cheklab qo'yish zarurati tug'iladi. O'pka-yurak yetishmovchiligi bor bemorlarga bir kechakunduzda beriladigan suyuqlik miqdori 800-1000 mg atrofida belgilanadi.

Uchinchidan, bemorlarga kardiotonik davo berish uchun yurak glikozidlari buyuriladi. O'pka-yurak yetishmovchiligi sodir bo'lgan bemorlarda yurakning minutlik hajmi ko'paygan bo'lib, ularga yurak glikozidlari bilan davo qilish o'rinsizdek ko'rinsa-da, lekin yurak muskuli tobora zaiflashgan hollarda ularga strofant, korglikon va shu guruhga mansub boshqa preparatlarni oz miqdorda buyurish gemodinamika ko'rsatkichlarining yaxshilanishiga yordam beradi. Biroq yurak glikozidlarini berish juda qattiq nazorat ostida va kichik dozalarda olib borilishi shart, chunki yurak muskullari yetishmovchiligi sababli hamda har xil toksik moddalar va gipoksiya ta'sirida yurakning glikozidlarga sezuvchanligi yuqori bo'lib qoladi.

Miokardning yurak glikozidlariga tolerantligi kamayishida hujayra ichidagi kalsiyning kamayib borishi muhim o'rin tutgani uchun qutblashtiruvchi deb ataladigan aralashmalarni buyurish maqsadga muvofiqdir. Bular elektrolitlar muvozanatini yaxshilab, miokarddagi geterotrop o'choqlar qo'zg'aluvchanligini pasaytiradi va shu bilan yurak glikozidlari terapevtik samaradorligini oshiradi.

To'rtinchidan, dekompenatsiyalashgan surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligini kompleks davolashda diuretiklardan foydalanish alohida ahamiyat kasb etadi, chunki bunday hollarda o'ng qorincha

yetishmovchiligining to'la kompensatsiyalanishiga faqat yurak glikozidlari yordami bilan erishib bo'lmaydi. Bundan tashqari bemorlarda miokardning yurak glikozidlariga yuqori sezuvchanligi va digitalis intoksikatsiyasi alomatlarining paydo bo'lib borishi sababli, ularda shishlarning bartaraf etilishida diuretik vositalar birdan-bir vosita bo'lib qoladi.

Dekompensatsiyalangan o'pka-yurak yetishmovchiligida diakarb (fonurit, dalyuks) ayniqsa yaxshi naf beradi, uning ta'sirida qonda ko'payib ketgan karbonat kislota va bikarbonatlar miqdorlari kamayadi. Dekompensatsiya bosqichiga o'tgan surunkali O'YUYE bor bemorlarda siydik haydovchi vositalar dozalarini oshirib yuborish, elektrolitlar almashinuvi buzilishida yuzaga chiquvchi diuretik krizga eltishi mumkinligini esda tutish kerak. Bunday kriz tomirlar yetishmovchiligiga olib boradi va shu bois siydik haydovchi vositalar ishlatilayotgan paytda tomirlarga ta'sir ko'rsatadigan preparatlarni ham qo'llash lozim.

Beshinchidan, antikoagulyantlar bilan ham davo qilish zarur. I.P. Zamotaev fikriga qaraganda, O'YUYE ga ega bemorlarni davolashda har tomonlama biologik faollik ko'rsatadigan geparinni ishlatgan ma'qul. Geparin dozalari bemor tanasining og'irligi va kasallik klinikasi qay tarzda kechayotganligiga qarab belgilanadi. Ancha og'ir hollarda geparinni bilan davolashni 200-250 ml 5 foizli glyukoza eritmasida 10000-15000 TBda minutiga 16-20 tomchi tezlikda venaga yuborishdan boshlash kerak. Bemor ahvoli yaxshilanib qolganidan keyin 5000-10000 TB miqdoridagi geparinni, o'pkada qo'zib qolgan yallig'lanish jarayonining alomatlari o'tib ketganicha, har kuni teri ostiga yuborish mumkin. Bu preparat kichik qon aylanish tizimida mikrotsirkulyatsiya holatini yaxshilaydi, yallig'lanishni kamaytiradi va tromboembolik asoratlarning oldini oladi.

Oltinchidan, kortikosteroidlar buyuriladi. Antibiotik va bronxolitiklar bilan davolash bronxlar obstruksiyasi, gipoksiya va gipoksemiyalarni bartaraf etish imkoni bo'lmaganda, bunday bemorlarga prednizolon ishlatish o'rinalidir. Prednizolon bilan davolash 3-4 kunlik kurs holida o'tkazilib, u kuniga 20-30 mg miqdorda beriladi. Navbatdagi kurslar har gal 3-4 kun oralatib olib boriladi.

Uzluksiz, quvvatlab turadigan dozalarda kortikosteroid gormon berib turish masalasi mehnat qobiliyatini yo'qotib qo'yish yoki ba'zan bemorning hayotdan ko'z yumishi havfi tahdid solishiga qarab hal qilinadi. O'pka hayotiy sig'imining 1,0-0,8 l va bundan kam, Tiffno sinamasi natijasining 30 foiz va bundan kam bo'lishi kritik ko'rsatkichlar hisoblanadi. Prednizolonning quvvatlab boruvchi dozasi eng kichik, ya'ni 5-10 mg bo'lishi darkor. Yurak yetishmovchiligining, qon dimlanib qolishi

bilan o'tayotgan, reflektor turi bemorni diuretiklar hamda glikokortikoidlar bilan davolab borishni mutlaq zarur qilib qo'yadi.

O'YUYEning profilaktikasi uning avj olishiga olib keladigan sabablarini bartaraf etishga bog'liq. Bunda, ayniqsa, organizmni bolalik davridan boshlab chiniqtirib borish katta ahamiyatga ega. Va yana yuqori nafas yo'llari hamda nafas organlarida sodir bo'lgan barcha kasalliklarni to'liq davolash katta ahamiyatga ega. Bunda o'tkir pnevmoniyalar bilan og'rikan bemorlarni davolash muassasalaridan vaqtdan ilgari uyga jo'natib yuborish aslo mumkin emas. Kasallikka yetarli darajada davolash qilmaslik uning surunkali turga o'tishiga, keyinchalik esa O'YUYE yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Nafas yo'llari kasalliklari qaytalanib turishiga moyil bo'lgan kishilarga chekish, ichkilik ichishdan qat'iyon voz kechish va ularning turmushi, kasb-koriga aloqador zararli omillarni bartaraf etish zarurligini uqtirib qo'yish joiz.

Nafas yo'llarining qaytalanib turadigan kasalliklari, bronxitlar, pnevmoniyalar bilan og'rikan bemorlar tegishli davolash muassasalarida dispanser hisobida turishlari va kasallik qo'zimay turgan (remissiya) paytida ham ular salomatligini muntazam ravishda tekshirib turish lozim. O'YUYEning oldini olishda surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni ishga to'g'ri joylashtirish, ularning turmush va mehnat jarayonlari muhitini yaxshilash g'oyat katta ahamiyatga ega.

Bu gap birinchi navbatda tamaki fabrikasi ishchilari, shaxtyorlar, metallurgiya, paxta, lub (kanop) tozalash va kimyo zavodlarining ishchi-xizmatchilariga taalluqlidir.

Shuning uchun ham akademik B.Ye.Votchalning «surunkali bronxit bilan og'rikan bemorlarni, yuragida nuqsoni - yurak porogi bor kishilardek, ehtiyot qilish kerak», degan o'rinlidir.

Sanatoriy-kurortlarda davolanish surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligiga ega bemorlar rehabilitatsiyasida muhimdir. Kurort omillari organizm nospesifik rezistentligini oshiruvchi vosita ta'sir ko'rsatadi.

SOO'K li bemorlar yallig'lanish jarayoni ortga qaytib turgan davrida sanatoriy-kurortlarda davolanishlari o'rinlidir. Ular o'pka-yurak yetishmovchiligi og'ir bo'lmaganda, Qrim, yoki Kislovodsk, dasht mintaqalaridagi sanatoriylarda ham davolanishlari mumkin. Ammo mahalliy kurortlarni afzal bilmoq kerak.

SOO'K surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi bilan asoratlangan bemorlar dispanserlarda pulmonolog yoki terapevt nazoratida turishlari kerak. Bahor va kuz oylarida ularda kasallikning zo'riqishiga qarshi davolash olib borish tavsiya etiladi. Ana shunday yo'l tutilganda bronx-o'pka infeksiyasining qo'zib qolish hollari keskin kamayadi va demak, o'pka-yurak yetishmovchiligi kelib chiqishi ham chegaralanadi.

O'PKA SILI

Sil kasalligi butun dunyoda ko'payib borayotgan, uning og'ir turlari salmog'i oshayotgan, patomorfozi yomonlashayotgan hozirgi kunda umumiy amaliyot shifokorlari va turli sohada ishlovchi klinitsistlarning sil kasalligining birinchi belgilari, klinik o'zgarishlari, qiyosiy diagnostikasi hamda qanday hollarda bemorlarni ftiziatriklar maslahatiga yuborish masalalarini mukammal bilishga ehtiyoji katta. Shuning uchun quyida nafas organlari silining ilk belgilari qiyosiy tashxisi va klinik kechishi to'g'risidagi malumotlarni ham qisqa formulyar tizim sifatida berishni lozim topdik.

Silning epidemiologiyasi

Hozirgi kunda sil global muammodir. 80-yillardagi sobiq Ittifoq olimlari bashoratiga ko'ra, silning ommaviy kasallik sifatida 2000-yillargacha tugatilishi ro'y bermadi. Aksincha, keyingi yillarda sil butun dunyo bo'ylab keng tarqala boshladi. Hozirga kelib har bir sekundda bir kishiga sil yuqmoqda, insoniyatning uchdan biri (2 mlrd. kishi) sil bilan infeksiyalangan. Yiliga 8-10 million kishi sil bilan kasallanmoqda, 3 million odam, ulardan 900 mingi ayollar va 300 mingi bolalar, o'limga duchor bo'lmoqda. Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining keltirgan ma'lumoti bo'yicha yaqin yillarda yer sharida 300 million kishiga sil yuqib, ularning 30 millionida o'lim sodir bo'ladi.

Hozirgi vaqtda sildan mukammal davolanmaslik natijasida sil mikobakteriyasining dorilarga chidamli polirezistent turlari paydo bo'lmoqda. Polirezistent bemorlarning har birini davolash oddiy bemorga qaraganda 100 marotaba qimmatga tushadi va tashkilotning ma'lumotlariga qaraganda, u 25 ming Amerika dollarini tashkil etadi.

Butun dunyodagi kabi O'zbekistonda ham epidemiologik holat yomonlashmoqda, ayniqsa Orolbo'yi, arid iqlimli mintaqalar, paxta ekuvchi tumanlar va katta ishlab chiqarish markazlarida u juda keskindir.

Yangi aniqlangan bemorlar orasida silning tez rivojlanadigan destruktiv turlari, shu jumladan kazeoz pnevmoniya, empiyema va boshqalar bilan kasallanish ko'paymoqda. Sildan o'lim ayniqsa, Qoraqalpog'istonda ko'payib, bu hol ushbu kasallikning ko'p hollarda tez rivojlanishi va yemirilish davrlarida aniqlanishi bilangina emas, balki kimyoviy terapiya jarayonining silga qarshi dorilar ta'minoti uzilishlari natijasida samaradorligining pasayishi bilan bog'liqdir.

Silning o'ziga xos xususiyatlaridan yana biri uning o'spirinlar va tug'ish yoshidagi ayollar orasida ko'payishidir. Taraqqiy etgan mamlakatlarda

esa bu kasallik bilan ko'proq katta yoshdagilar va erkaklar kasallanmoqdalar.

Respublikada silga uchragan bemorlarning har uchinchi atrofga sil mikobakteriyasini tarqatuvchi bo'lsa, ularning har beshinchisi nogirondir. Kasallik bilan oilaviy kasallanish hollari ham ancha ko'paymoqda.

Silning o'qituvchilar, bolalar va tibbiy muassasalar, umumiy ovqatlanish va maishiy xizmat ko'rsatish xodimlari orasida uchrashi tashvishli holdir.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra, sil davlat iqtisodiyotiga juda katta zarar keltirib, ushbu kasallik epidemiologiyasi yomonlashgan sari bu xarajatlar yanada ko'payib boradi. Shuning uchun kelgusida odamlarni sildan asrash millionlab so'mni tejash imkonini beradi. Ana shu bois Respublikada 2010-yilgacha yuzaga kelishi mumkin bo'lgan muammolar hisobga olinib, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligi va Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-tadqiqot instituti tomonidan silga qarshi aholi orasida olib boriladigan ishlar strategiya va taktikalari ishlab chiqildi.

Silga qarshi kurash Respublikada umumdavlat darajasidagi ishdir. Sog'liqni saqlash tizimida silga qarshi kurashda, ftiziatrlardan tashqari barcha tegishli tibbiyot muassasalari shifokorlari (terapevtlar, pediatrlar, pulmonologlar, urologlar, akusher-ginekologlar va boshqalar) va epidemiologlar shug'ullanishlari lozim.

Hozirgi zamon talablariga ko'ra, silga qarshi kurash formulyar tizim asosida olib borilishi maqsadlidir, chunki bu tizim Ovro'po mamlakatlarida va AQSH da keng yo'lga qo'yilganligi tufayli, ularda sil tashxisida xatoliklar juda kam. O'zbekistonda sil formulyar tizimi akademik A.M. Ubaydullayev rahbarligida FvaPITI xodimlari tomonidan tayyorlangan bo'lib, 2000-yilda birinchi bor chop etildi. U ftiziatriyaning o'ziga xos informatsion-uslubiy doktrinasi bo'lib, unda silning turli muammolari to'g'risidagi zamonaviy ilmiy qarashlar aks ettirilgan va bozor iqtisodiyoti sharoitida tibbiyotni ijtimoiy yo'naltirilgan holda rivojlantirishga qaratilgan. Tibbiyotni qayta tashkil etish sharoitida sil haqidagi formulyar tizim tibbiyot yutuqlarini amaliyotga tadbiiq etishda muhim ahamiyatga ega, chunki u jamiyatning mavjud iqtisodiy imkoniyatlarini hisobga olgan holda shu kasallikka qarshi kurashning aniq dasturidir.

Formulyar tizimning maqsadi – shifokorlar bilimi va mas'uliyatini oshirish, sil tashxisi, davolanishi va profilaktikasini yuqori darajaga ko'tarishdir.

Silning patomorfozi va klinik tavsifi

Hozirgi kunda silning hali antibakterial dorilar kam bo'lgan XX asrning 50-60-yillarda uchraan turlari takrorlanmoqda. Bemorlar orasida kasallikning taraqqiy etgan, tez rivojlanuvchi ko'rinishlari ko'paymoqda. So'nggi 20 yil ichida undan oldingi vaqtga qaraganda ikki tomonlama kazeoz pnevmoniya 2 hissa, miliar sil turi 3 hissa ko'paydi. Silning infiltrativ turlari ham ko'payib, ikki tomonlama lobit bu o'tkir holatning davom etishi oqibatida o'pkada chuqur o'zgarishlar hamda o'pka-yurak yetishmovchiligi, o'pkadan qon ketish, spontan pnevmotorakslar kelib chiqmoqda.

Keyingi yillarda silning chegaralangan yara turlari juda kamaydi. Sil o'choqlari yig'indisi – konglomeratlar hosil bo'lmoqda.

Kasallikning o'tkir turlari rivojlanishi davrida o'pka silining 4 xil niqobli ko'rinishlari kuzatilmoqda:

– Pnevmoniyaga o'xshash ko'rinish 37,0 foiz bemorlarda namoyon bo'lib, unda tana harorati 39-40° ga ko'tarilib, badan qaltirashi, kuchli yo'tal orqali balg'am ajralishi, nafas qisishi, ko'krakda og'riq va tez charchash belgilari bilan ifodalanadi;

– Grippga o'xshash ko'rinish u 38 foiz bemorlarda uchrab, burundan shilliq oqishi, tomoq hamda bo'g'imlarning og'rish, subfebril harorat va keyinchalik balg'amlik yo'tal hosil bo'ladi.

– Sepsisga o'xshash ko'rinish 20 foiz bemorlarda uchrab, yuqori harorat, bosh og'rig'i, qaltirash, intoksikatsiyaning tez rivojlanishi bilan kechadi.

– Tomoq og'rig'i ko'rinishidagi – 5 foiz bemorlarda uchraydi, kasallik tomoqda og'riq, ovozning bo'g'ilishi, yutishning qiyinlashuvi bilan davom etadi.

Birinchi marotaba tashxis etilgan bemorlarda sil bilan bog'liq bo'lgan eksudativ pleurit 15 foizga o'sdi. Keyingi yillarda sil eksudativ plevriti patomorfozi shakllandi. Bu kasallik 1-4-haftada sekin-asta rivoj topib, davomli subfebril harorat, o'tkir intoksikatsiya, pleural bo'shliqda suyuqlikning to'planishi, plevrada chandiqlarning hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. 17 foiz bemorda eksudativ pleurit o'pka sili bilan birga kechadi (Gafforov Sh.R., 2000).

Sil natijasida ko'pincha o'pka-yurak yetishmovchiligi yuzaga chiqib, silning kechishini murakkablashtiradi. U to'xtovsiz tez rivojlangan silda 70-80 foiz hollarda uchraydi. Yemirilish bilan kechadigan sil turida 10 foiz bemorlarda qon tuflash kuzatiladi, 3-5 foiz hollarda o'pkadan qon ketish va shoshilinch yordam bo'yicha jarrohlik usulini qo'llashga to'g'ri keladi.

Keyingi yillarda bemorlarda spontan pnevmotoraks (ochiq, yopiq va klapanli) ko'paymoqda. U kavernali, fibroz-kavernali, disseminatsiyali, kazeoz pnevmoniyali bemorlarda kasallikning yanada murakkablashishiga olib kelmoqda. Ochiq pnevmotoraks visseral plevrada defekt bo'lganda nafas olish va chiqarishda plevra bo'shlig'i hamda alveolalardagi atmosfera havosi o'rtasida bog'lanish borligi bilan tushuntiriladi.

Klapanli pnevmotoraks yanada murakkab bo'lib, visseral plevradagi teshik nafas olganda ochilib chiqarganda yopiladi, bu esa plevra bo'shlig'ida havoni ko'payib borib undagi bosimning ko'payishiga olib keladi. Pnevmtoraksning har bir turiga xos klinikasi bor; ochiq pnevmotoraksda og'riq, biroz xarsillash, quruq yo'tal 3-4 kun davom etib sekin yo'qoladi. Yopiq pnevmotoraksda simptomlar kam taraqqiy etgan bo'lib, uning bir kecha-kunduzda yo'qolishi va rentgenologik tekshirishlarda aniqlanmasligi mumkin. Qopqoqlik pnevmotoraksda kasallik belgilari kuchli bo'lib, og'riq va xarsillash zo'rayib, doimiy quruq yo'tal hosil bo'lishi kuzatiladi.

Ayrim hollarda tarqalgan sil turida halqumning sil bilan kasallanishi kuzatiladi. Bunda kasallik laringitdan boshlanib, keyinchalik halqum shilliq qavatida yaralar hosil bo'ladi va granulyomalar yuzaga chiqadi. Bu esa ovozning o'zgarishi va nafas olishning qiyinlashishiga olib keladi.

O'tkir taraqqiy etgan silda bronxlarda o'zgarish 50 foizgacha kuzatiladi (infiltrat, yara, oqma, chandiq). Silning bu turidagi asosiy simptom holdan toydiruvchi quruq yoki balg'amlik yo'tal bo'lib, ko'pincha qon tuflash yoki qon ketishini yuzaga chiqaradi.

Halqum va bronx sillari epidemiologik nuqtai nazardan xavfli bo'lib, bemorni tezlik bilan kasalxonaga yotqizishni taqozo etadi.

To'liq davolash birlamchi bemorlarda 85-90 foiz o'pka silini butunlay tuzatish imkonini beradi, bunda ayrim hollarda biroz chandiq qolishi mumkin.

Silning klinik klassifikatsiyasi 1964-yili Rossiyada qabul qilingan klassifikatsiyaga qo'shimchalar kiritilib, u O'zbekiston ftiziatrlarining kundalik faoliyatida qo'llanilish uchun tavsiya etildi.

Silning klinik tasnifi

A. Asosiy klinik turlari

1. *Bolalar va o'smirlardagi sil intoksikatsiyasi.*
2. *Nafas a'zolarining sili:*
 - birlamchi sil majmui;
 - ko'krak ichi limfa tugunlari sili;
 - o'pkaning disseminatsiyali sili;

- o‘pkaning miliar sili;
- o‘pkaning o‘choqli sili;
- o‘pkaning yallig‘li sili;
- kazeoz pnevmoniya;
- o‘pka tuberkulomasi;
- o‘pkaning kavernali sili;
- o‘pkaning fibroz-kavernali sili;
- o‘pkaning sirrotik sili;
- sil plevriti (shu jumladan empiyema);
- bronx, traxeya, yuqori nafas yo‘llari, halqum, burun, yutqin, og‘iz bo‘shlig‘i va boshqa a‘zolar sili;
- nafas a‘zolari hamda o‘pkaning changli kasb kasalliklari bilan birga uchraydigan sili – koniotuberkulez.

3. Boshqa tizimlar va a‘zolar sili:

- miya pardasi va markaziy asab tizimi sili;
- suyak va bo‘g‘imlar sili;
- siydik va tanosil a‘zolar sili;
- ichak, qorin pardasi va ichak tutqichi limfa tugunlari sili;
- tashqi limfa tugunlari sili;
- teri va teri osti to‘qimasi sili;
- boshqa a‘zolar sili.

B. Sil jarayoni tavsifi

– *Jarohat va uning hajmi, kasallikning o‘pkalar bo‘lim va segmentlariga tarqalganligi, boshqa a‘zolarida uning joylashishi bilan ko‘rsatiladi.*

Davri:

- a) yallig‘lanish, yemirilish, tarqalish bilan belgilanadi;
- b) so‘rilish, qattiqlanish, chandiqlashish va ohak tuzlariga aylanish bilan izohlanadi.

– *Bakteriya ajralishi:*

- a) mikobakteriya ajralishi (VK+);
- b) mikobakteriya ajralmasligi (VK-).

D. A s o r a t l a r

Qon tuflash, o‘pkadan qon ketish, spontan pnevmotoraks, o‘pkaturak yetishmovchiligi, atepektaz, amiloidoz, buyrak yetishmovchiligi, bronxlar va ko‘krak oqmalari.

YE. Sil tuzalgandan keyin qoladigan o‘zgarishlar

– Nafas a‘zolarida chandiqlar (fibroz), fibrozli o‘choqlar, bullyoz distrofiya, o‘pkada va limfa tugunlarida kalsinatlar, plevropnevmoskleroz, sirroz, jarrohlikdan keyin yuzaga keladigan holat.

– Boshqa a‘zolarida – turli a‘zoldagi chandiqlar va ularning natijasi, ohakli tuzlanish, jarrohlik amaldan keyingi holat.

– Butunlay tuzalish davriga yetguncha bemorda sil o‘choqlarining yangidan rivoji ushbu kasallikning qaytalanishi deb yuritiladi.

– Silning kasallikdan tuzalgandan keyin (sil faol bo‘lmagan bemorlarda) takrorlanishi erta residiv hisoblanadi. Sildan tuzalgandan keyin, uning o‘rnida qolgan o‘zgarigan o‘pka to‘qimalarining yangidan silga duchor bo‘lishi, ushbu kasallikning kechki qayta rivojlanishi deyiladi.

Bolalar va o‘smirlarda sil intoksikatsiyasi

Bolalar va o‘smirlar sil intoksikatsiyasi birlamchi silda yuzaga keladi. U birlamchi musbat tuberkulin sinamasi yoki giperergik reaksiyadan keyin hosil bo‘lib, bunday bolada umumiy holat yomonlashib, vaqti-vaqtida subfebril harorat, ishtahaning yomonlashishi, jahldorlik yoki uyquchanlik, bosh og‘rig‘i kuzatiladi. Bola ozib, unda yurak urishining tezlashishi va turli boshqa kasalliklarga moyillik ortadi, ko‘rik natijasida periferik limfa tugunlarining biroz kattalashgani (mikropoliadenit), periadenit va gepatomegaliya borligi aniqlanadi.

Gemogrammada biroz o‘zgarish (ECHTning tezlashishi, neytrofillarda chappa siljish, nisbiy limfopeniya), T – limfotsitlar sonining kamayishi va ular faolligining susayishi kuzatiladi. Tashxis bemorni chuqur tekshirish asosida uning ichki a‘zolarida sil o‘chog‘lari yo‘qligi aniqlangandan keyin, qo‘yiladi.

Birlamchi sil majmui

Birlamchi sil majmui (kompleksi) asosan bolalarda uchrab o‘pkada sil yallig‘lanishi, chegaradosh limfa tugunlarining silga uchrashi va limfangoit (o‘pka ildiziga yo‘nalgan) hosil bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

Kasallikning klinik ko‘rinishi silning fazasi, infeksiyaning xususiyati va organizmning reaktivligiga bog‘liq bo‘ladi. Og‘irlashmasdan davom etsa klinik ko‘rinishning belgilari uncha taraqqiy etmagan bo‘lib, asosan sil intoksikatsiyasi belgilari bilan davom etadi. Agar kasallik og‘irlasha sil o‘chog‘ida yemirilish (kaverna) hosil bo‘lib, bronxlar shikastlanishi, ateletkaz yuzaga chiqib, sil limfa yo‘llari yoki qon orqali o‘pkaning boshqa qismlariga tarqalib, intoksikatsiya kuchayadi, harorat yuqori bo‘ladi, yo‘tal balg‘am ajratish bilan kechadi. Davolash natijasida birlamchi kompleks so‘rilib, uning o‘rnida va limfa tugunlarida ohak hosilalar (petrifikat) hosil bo‘ladi. Ayrim bemorlarda birlamchi o‘choq o‘rnida, tut mevasiga o‘xshab birlamchi sil yuzaga keladi

Ko'krak ichki limfa tugunlari sili

Ko'krak ichi limfa tugunlari sili asosan bolalar va o'smirlarda birlamchi sil natijasida hosil bo'ladi. Kasallik kichik, yallig'langan va o'smasimon (tumoroz) ko'rinishda bo'lishi mumkin. Yallig'langan turida ko'krak ichki limfa bezlari kattalashib yallig'lanish o'chog'i o'pkaning ildiz qismida hosil bo'ladi. Klinik belgilari asosan intoksikatsiyadan iborat bo'ladi.

Kichik turda ko'krak ichi limfa tugunlari kattalashishi rentgenologik tekshirish bo'yicha turlicha bo'lishi mumkin.

O'smasimon limfaadenit turda ko'krak ichi limfa bezlarida kazeoz o'zgarishlar hosil bo'lib, ularning shakli kattalashgan, ba'zan bir necha guruh limfa bezlari o'zaro birlashgan bo'ladi. Bunda bronxlarning sil bilan kasallanishi natijasida segmentar yoki o'pka bo'lagi atelektazi hosil bo'ladi. Shuningdek, silning limfogen, bronxogen, gematogen disseminatsiyasi yuzaga chiqib, plevrit hosil bo'ladi. Kasallikning klinik kechishi juda yorqin bo'lib, intoksikatsiya, yo'tal va ozib ketish kuzatiladi.

O'z vaqtida aniqlanmasa va davolanmasa surunkali birlamchi sil hosil bo'lishi va kasallikning uzoq muddat to'liqsimon kechishi, limfa tugunlarida turlicha o'zgarishlar yuzaga chiqishi (fibroz, yallig'lanish, kalsinatsiya) mumkin. Vaqti-vaqti bilan sil gipersensibilizatsiyasi eritema, fliktenlar, poliartrit kabi «niqob» larda namoyon bo'ladi.

O'pkaning disseminatsiyali sili

O'pkaning disseminatsiyali silida ushbu organda juda ko'p sil o'choqlari hosil bo'lib, ular ekssudativ va nekrotik tarzda bo'ladi. Disseminatsiyali silning gematogen va limfo-bronxogen turlari mavjud bo'lib, ularning klinik kechishi o'tkir, nim o'tkir va surunkali davom etishi mumkin. O'tkir gematogen sil milliard ko'rinishda bo'lib, o'pkaning barcha qismida yoki tananing barcha a'zolarida yuzaga chiqishi mumkin.

O'pkaning miliar sili birdan boshlanib, haroratning ko'tarilishi, juda kuchli intoksikatsiya va nafas yetishmovchiligi belgilari bilan davom etadi. Rentgenologik tekshirishlarda ikkala o'pkada qalin joylashgan simmetrik bir xildagi mayda o'choqlar aniqlanadi.

O'tkir osti bo'lgan disseminatsiyali sil sekin-asta taraqqiy etib, klinik belgilarning taraqqiy etgani bilan farqlanadi. Silning bu turida ham intoksikatsiya kuchli bo'lib, rentgenologik tekshiruvda gematogen o'choqlari har xil ko'rinishda (o'pkaning yuqori va ildiz qismida ko'proq) aniqlanadi. Agar limfogen disseminatsiya yuzaga kelgan bo'lsa sil o'choqlari guruh-guruh bo'lib, o'pkaning ildiz va pastki qismida joylashgan bo'ladi va limfangoit juda taraqqiy etgan bo'ladi. O'pkaning ayrim qismlarida sil o'choqlari bilan birga yupqa devorli «shtamplangan»

(«shtampovanniy») kavernalar ham uchraydi. Ular ko‘pincha simmetrik ko‘rinishda bo‘ladi. O‘pkaning surunkali disseminatsiyali sili ba‘zan gematogen yo‘l bilan kelib chiqqan bo‘lib, unda sekin-asta har xil a‘zolar va tizimlar shikastlanadi. U to‘lqinsimon davom etib, o‘pka yoki boshqa a‘zolarida rivojlanadi. Rentgenologik tekshirishda o‘pkada har xil kattalikdagi sil o‘choqlari bo‘lib, ularning qattiqlashganlari o‘pkaning yuqori qismida joylashib, kavernalar hosil qilishi mumkin. Bunday kavernalar bir yoki ikkala o‘pkada bo‘lishi, o‘pkaning ko‘rinishi o‘zgarib, pnevmoskleroz, bronxoektazlar va emfizema yuzaga chiqadi. Agar davolash samaradorli bo‘lmasa kasallik fibroz-kavernali silga aylanadi.

O‘choqli o‘pka sili

O‘pka silining o‘choqli turi o‘pkada kam miqdordagi turli shakldagi o‘choqlar bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Ular asosan produktiv bo‘lib, 10-15 mm kattalikda chegaralangan va ikkala o‘pkada bo‘lishi mumkin. Ular 1-2 segmentda joylashgan bo‘lib, klinik belgilari juda kam taraqqiy etgan bo‘ladi. Yangi o‘choqlik silda o‘choqlar yumshoq bo‘lib, chegaralari aniq ko‘rinmaydi. Fibrozli o‘choqlar qattiq bo‘lib, ba‘zi vaqtlarda ohak tuzlari cho‘kkan bo‘ladi. O‘pkada tizma shaklli fibroz o‘zgarishlar bo‘lib, giperpnevmatoz ko‘rinishi yuzaga chiqishi mumkin.

O‘pkaning yallig‘li sili

O‘pka silining yallig‘langan turida, yallig‘lanish 15 mm diametrdan katta eksudativ holatda bo‘lib markazida kazeoz-nekroz hosil bo‘ladi. Bular dinamikada yo so‘riladi yoki o‘pka to‘qimasining yemirilishi hosil bo‘ladi. Kasallikning klinik ko‘rinishi yallig‘lanish qanchalik taraqqiy etganligiga bog‘liq bo‘ladi. Odatda, lobulyar yumaloq, bulutsimon, peritsissurit va lobit ko‘rinishida bo‘lishi mumkin. Lobulyar turi belgisiz davom etib, ko‘pincha flyuorografiyada aniqlanadi va pnevmoniya, surunkali gripp, bronxit, yuqori nafas yo‘llarining shamollashi shaklida davom etadi. Kasallik o‘tkir yoki nim o‘tkir boshlanib, umumiy ahvoli qoniqarli bo‘lishiga qaramay bemorlarda qon tuflash yuzaga chiqishi mumkin.

Kazeoz pnevmoniya

Kazeoz pnevmoniya yallig‘li silning bir turi bo‘lib hisoblanadi. Bunda bemorning ahvoli og‘ir bo‘lib, intoksikatsiya, isitma, balg‘amli yo‘tal, o‘pkada kataral o‘zgarishlar juda yuqori darajada bo‘ladi. Gemogrammada chuqur o‘zgarishlar bo‘lib, balg‘am orqali ko‘plab mikobakteriy ajratiladi. Agar kasallik taraqqiy etsa, o‘pkada katta yoki

bir necha kichik kavernalar yuzaga chiqadi. Kazeoz pnevmoniyada o'pkaning yallig'li silidan farqli o'laroq, o'pkada yallig'lanish jarayonidan ko'ra nekroz-emirilish nihoyatda rivojlangan bo'ladi. Agar bemorga 4-5 ta antibakterial dorilar ila jadal muolaja qilinmasa, kasallik o'pkaning boshqa qismlariga tez tarqalib, o'limga sabab bo'lishi mumkin. Muolajaga shuningdek, patogenetik va umumquvvat dorilari ham qo'shilishi zarur.

O'pka tuberkulomasi

O'pka tuberkulomasi kelib chiqishi har xil bo'lib 1,5 sm dan katta diametrlil kazeoz o'choqlaridan iborat. Uni infiltrativ pnevmonik, gematogen, qatlamli, konglomerat, shuningdek, «pseudotuberkuloma» (to'lib qolgan kaverna) turlari mavjud. Rentgenologik – tuberkuloma dumaloq, chegaralari aniq, o'roqsimon teshikchali yoki ohak tuzlari bilan qattiqlashgan, atrofida yallig'lanish belgisi va bronxogen o'choqlari bo'lgan holda ko'rinadi. Tuberkuloma yakka yoki ko'p sonli (kichik o'choqli 2 sm, o'rtacha o'choqli – 2-4 sm va katta o'choqli - 4 sm dan katta) bo'ladi. Davolash natijasida tuberkulomalar kichiklashishi, ularning o'rnida ayrim o'choqlar yoki o'choqlar guruhi hosil bo'lib, ular qattiqlashgan maydon hosil qiladilar. Kasallik yillar davomida rentgenologik o'zgarishsiz turishi mumkin

O'pkaning kavernali sili

O'pkaning kavernali sili – shakllangan bo'shliq - kavernadan iborat, uning atrofida perifokal zona bo'lib, chandiqli yuzaga kelmagan bo'ladi. Kaverna atrofida kam miqdorda sil o'choqlari bo'lishi, shunday o'zgarishlar qarama-qarshi o'pkada ham yuzaga chiqishi mumkin. O'pkaning kavernali rentgenologik tekshirishda elastik, kamdan-kam chegarasi biroz qattiqlashgan yupqa yoki qalin chegaraga ega bo'ladi. Klinik kechishi – to'lqinsimon bo'lib, goho zo'rayib, goho susayib turadi. Kasallik zo'rayganda intoksikatsiya, yo'tal ko'payib balg'am ajralishi va qon tufllash bo'lishi mumkin. Balg'amda ko'pincha sil mikobakteriyasi (BK+) bo'ladi. Davolash natijasida kaverna bekilib, uning o'rniga qattiqlashgan o'choq yoki cho'ziq shakldagi chandiqlar hosil bo'ladi, yoki u rivojlanib, silning boshqa turiga o'tishi ham mumkin.

O'pkaning fibroz-kavernali sili

O'pkaning fibroz-kavernali silida kavernalar atrofida fibroz (chandiqli) to'qimasi yuzaga keladi, uning atrofida ko'p miqdorda har xil shakldagi sil o'choqlari yuzaga chiqishi, bunday o'zgarishlar qarama-qarshi o'pkada ham hosil bo'lishi mumkin. Kavernaga ochilgan bronx (dreniruyushiy)

albatta sil bilan shikastlanadi. O'pkada pnevmoskleroz, bronxoektaz va emfizema yuzaga chiqadi. Kasallik bir yoqlama yoki ikki yoqlama bo'lishi, bitta katta yoki bir necha kavernalardan tashkil topgan bo'ladi. Kasallikning kechishi juda murakkab bo'lib, ular faqat sil o'choqlariga bog'liq bo'lmasdan, balki o'pkadagi morfologik o'zgarishlarga bog'liq bo'ladi.

Bu xil silning klinikasi turlicha bo'lib, kasallikning goh faollashib, goh sustlashi natijasida o'pkada turli o'zgarishlar bo'lib turadi. Agar sil faollasha, silning yangi o'choqlari, shu jumladan yangi kavernalar hosil bo'lib, ba'zida o'pkaning butunlay yemirilishi yuzaga chiqadi. Davolash samarasiz bo'lsa, kazeoz pnevmoniya yuzaga kelib kasallik kechishi murakkablashadi. Silning bu turida ko'pincha o'pka-yurak yetishmovchiligi yuzaga kelib, amiloidoz, qon tuflash, qon oqishi va qo'shimcha kasalliklar rivoj topishiga va kasallikning o'lim bilan tugallanishiga olib keladi.

O'pkaning sirrotik sili

O'pka sirrotik sili o'pkada va plevrada yuzaga kelgan fibroz to'qimasi o'zgarishi tufayli biriktiruvchi to'qima rivojlanishi natijasi bo'lib, u fibrozli kaverna, disseminatsiyali o'choqlar, yallig'langan sil oqibati bo'lib hisoblanadi. Sirrotik silda unga xos bo'lgan o'zgarishlar bo'lib, ular vaqti-vaqti bilan faollashib turadi. Silning sirrotik xili bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lib, ayrim segmentni, o'pka bo'lagining barcha qismini egallashi mumkin. Silning bu turida bronxoektaziya, emfizema taraqqiy etgan bo'lib, klinik belgilar ichida yurak qon-tomir yetishmovchiligi yuqori o'rinni egallaydi. Sirrotik sildan o'pka sirrozini farqlash kerak, chunki bunda sil o'choqlari bo'lmaydi.

Sil plevriti

Sil plevriti alohida yoki ko'pincha o'pka siliga va boshqa a'zolar siliga qo'shilib ketadi. Sil plevriti seroz, seroz-fibronoz, yiringli va ayrim hollarda gemorragik bo'lishi mumkin. Plevra silida yiringli ekssudatning yig'ilishi, keyinchalik empiyemaga aylanadi. Ko'pincha bunday hodisalar kavernaning yorilishi yoki uni plevra ostida yuzaga chiqishi natijasi bo'lib, plevritning kechishi surunkali bo'lib, to'lqinsimon davom etadi.

Sil plevriti kelib chiqishida sil mikobakteriyasining gematogen, limofogen va muloqot yo'li bilan plevra pardalariga o'tishi bilan birga plevra pardasining gipersensibilizatsiya holati asosiy omil hisoblanadi. Oxirgi o'n yillikda nafas a'zolari sili tarkibida sil plevritining salmog'i 2 maratoba oshdi va 11-13 foizni tashkil etadi (Sh.R.G'afforov, 2000 yil).

Sil plevriti quruq-adgeziv va ekssudativ bo'ladi. Quruq plevritning dastlabki belgilari bemor ko'krak qafasining plevrit rivojlanayotgan qismida sanchiq bilan boshlanadi. Bu holatda bemorlar poliklinika shifokorlariga murojaat qilganlarida ko'pincha ularga qovurg'a oralig'i nevralgiashi tashxisi ila muolaja o'tkazadilar. Muolaja yordam bermagach, qayta tekshiruvlar natijasida plevrit tashxisi qo'yiladi.

Ekssudatli plevritda kasallik asta-sekin yoki shamollash belgilari bilan boshlanadi, ekssudat 500 ml dan ko'p bo'lsa perkussiyada o'pka tovushining bo'g'iqligi, ekssudat ustida nafasning sekin eshitilishi kuzatiladi. Rentgenografiya, rentgenoskopiya va ultratovush tekshiruvlari ekssudat borligini tasdiqlab tashxis qo'yishga yordam beradi. Hozirgi kunda ekssudatli plevritning etiologiyasida 70 foiz – sil, 15-20 foiz – nospesifik pnevmoniya, 8-10 foiz – o'sma kasalliklar, qolgan qismini har xil – 20 ta nozologik kasallik egallaydi. Ekssudatli plevrit bilan og'rikan bemorlarni albatta ftiziater maslahatiga jo'natish lozim. Chunki bunday bemorlar umumiy shifoxonalarda davolanib, AB muolaja olmasalar, keyinroq (6-12 oy) boshqa a'zolarida sil kasalligi rivojlanishi mumkin (o'pkada, siydik-tanosil a'zolarida, suyak-bo'g'im tizimi va hokazo). Sil plevriti tashxisida ekssudatni tekshirish ham qiyosiy tashxisda muhim ahamiyat kasb etadi.

Keyingi yillarda sil kasalligining kechishi sezilarli darajada immun tanqisligi bilan davom etmoqda. Bunga sil kasalligining o'zigina sabab bo'lmay, balki bemor tanasiga pestitsidlarni kirishi va boshqa qo'shimcha kasalliklar sabab bo'lmoqda (Ubaydullayev A.M., Vohidova G.A., G'afforov Sh.R. va boshqalar, 1995). Ikkilamchi immun tanqisligi o'pka silining tarqalgan va yarali turlarida deyarli 90 foiz hollarda uchramoqda.

Institut olimlarining (Agzamov R.A., Arifxanova S.I., Muxtarov D.Z., Nazirov P.X. va boshqalar) olib borgan tekshirishlari o'pka silining barcha turlarida, suyak va bo'g'im silida bemorlar qonida yuqori darajada pestitsidlar bo'lishini ko'rsatdi. Bu esa kasallikning kechishini og'irlashtirib, bemor tanasi tizimlariga, ayniqsa, immun tizimiga va jigarga ta'sir etadi.

Sil bemorlarida silga qo'shilib keladigan boshqa kasalliklar soni ham ko'paymoqda. A.M.Ubaydullayev, K.S.Kazakov, N.N.Parpiyeva, Sh.M.Saidovalarning (1995) ma'lumotlariga qaraganda, qo'shimcha kasalliklar sil bemorlarining 32-40 foizida uchrab, ulardan nospesifik o'pka kasalliklari 27 foizni, qandli diabet 21 foizni, jigar xastaliklari 19,6 foizni, oshqozon-ichak kasalliklari 18,6 foizni, temir yetishmovchiligi bilan davom etadigan anemiya 18,9 foizni tashkil etadi.

T.M.Qoriyev (1993) surunkali fibrozli, kavernali, jarrohlik muolajasiga muhtoj bemorlarning 88 foizida oshqozon va 12 barmoqli ichak kasalligini

aniqlagan. Ba'zi sil bemorlarida bir necha nospesifik kasalliklar birga uchramoqda. Bu esa kasallikning kechishi va davolash samaradorligini murakkablashtirib, uzoq muddat kompleks davolashni taqozo etadi.

Keyingi yillarda sil mikobakteriyasining dorilarga chidamli turlarini ajratuvchi bemorlar soni ko'payib bormoqda. A.G.Xomenko (1992) ma'lumotlariga qaraganda, birlamchi topilgan sil bemorlarning 50 foizida mikobakteriyaning doriga chidamlik turi aniqlangan. Lekin patologik materialda sil tayuqchasini ham dorilarga sezgir, ham chidamlik turlari ham birga uchraydi. Ular ayrim yoki bir necha doriga (polirezistent) chidamli bo'lishi mumkin.

Butun dunyoda sil mikobakteriyasining polirezistent xili ko'pymoqda, bu esa silni antibakterial dorilar bilan davolashgina emas, balki silning og'ir turlarini ko'paytirib, ko'pincha o'limga olib kelishi mumkin.

E.S.Sodiqov ma'lumotlariga qaraganda (1998) keyingi 30 yil davomida birlamchi dorilarga chidamli sil mikobakteriyalarining topilishi 3,8 marotaba ko'paygan. Shu jumladan, izoniazid va streptomitsinga, kamroq rifampitsinga chidamlilik aniqlangan. Keyingi yillarda sil mikobakteriyasi polirezistent turlari (uchta preparatga chidamli) 10 marta ko'paygan.

Keyingi yillarda silning patomorfologiyasi og'irlashib, oxirgi 15 yil ichida sildan vafot etganlarda 73,1 foiz keng tarqalgan, ko'plab va kattalashgan kavernali, kazeoz pnevmoniya va o'pka bo'laklarining butunlay yemirilib ketgan turlari kuzatilmoqda. Ayniqsa, qonida pestitsidlar mavjud bemorlarda hujayralardagi reaksiyani juda susayib ketganligi natijasida to'qimalar yemirilib, sil mikobakteriyasiga yetarlicha qarshilik ko'rsata olmasligi oqibatida silning organizmda keng tarqalishiga sharoit tug'ilmoqda.

Demak, sil kechishida o'ziga xos patomorfoz yuzaga kelib yallig'lanish tez rivojlangan hamda ekssudativ va nekrotik jarayonlar kasallik o'choqlarining tez yallig'lanishiga olib kelmoqda.

Silning profilaktikasi va uni barvaqt aniqlash

Silning oldini olish spesifik va nospesifik profilaktikani birlashtiradi. Nospesifik profilaktika keng ma'noda bo'lib, u o'z ichiga ekologiya, yashash sharoiti, madaniyatlik, salomatlik gigiyenasini yaxshilashni qamrab oladi.

Nospesifik profilaktikaga shuningdek, aholi orasida olib boriladigan sanitariya-maorif ishlari kiradi. Unga silni barvaqt aniqlashda aholining tibbiy madaniyati, bemorlar bilan kontaktda bo'lganlarni kompleks tekshirib turish, sil o'choqlarida dezinfeksiyalar o'tkazish, bemorlarni shifoxonalarga joylashtirish, kontaktda bo'lganlarni ajratish, bolalarni izolyatsiya etish kabilar kiradi.

Silga qarshi olib boriladigan sanitariya-maorif ishlarini silga qarshi dispanserlar va SENlar bajarishlari kerak.

Spesifik profilaktikaga vaktsinatsiya va revaktsinatsiya kiradi. Bunda tanaga BSJning tirik mikroblari kiritiladi. Bunday emlash immunitet hosil qiladi. Emlash natijasida hosil bo'lgan immunitetni, vaktsina kiritilgan joyda 33 mm dan kam bo'lmagan chandiqlik bo'lishiga qarab aniqlanadi va vaktsinatsiyadan keyingi allergiyani tuberkulin orqali 2 TE Mantu reaksiyasi bilan aniqlanadi. Vaktsinatsiya tug'ruq uylarida olib boriladi va sog'lom tug'ilgan bolaga 4-5 kundan keyin amalga oshiriladi.

BSJ vaktsinasi chap qo'l orti yelka o'rtasi bilan pastki chegara oralig'iga teri orasiga 0,05 mg 1 ml miqdorida kiritiladi. Vaktsinatsiya terida yiringli yara, tug'ilishidan oldin bola sepsis natijasida shikastlangan, o'tkir kasalliklar, gemolitik kasalliklar, tug'ilish jarayonida miya shikastlangan bo'lsa, tug'ma fermentopatiya va immunodefitsit bo'lganda, bolaning og'irligi 2000 g. dan kam bo'lsa o'tkazilmaydi.

Revaktsinatsiyani yuqoridagi dozada sog'lom bolalar va o'spirinlarda 7 va 15 yoshdan oldin Mantu sinamasi manfiy bo'lganda o'tkazish amalga oshiriladi. Revaktsinatsiya tubinfitsirlangan yoki ilgari sil bo'lganlarga Mantu sinamasi manfiy yoki noaniq bo'lganda, o'tkir kasalliklar bo'lganda, surunkali kasalliklar qayta rivojlanganda, allergik kasalliklarning faollashgan davrida, qonning murakkab kasalliklari, o'sma kasalliklari, immunodefitsit yoki immunodefitsitdan davolanayotganlarda o'tkazilmaydi. Vaktsinatsiyadan keyin kuzatish olib borish kerak; yangi tug'ilganlarda 4-6 haftadan keyin, revaktsinatsiyadan keyin 1-2 haftadan keyin, revaktsinatsiya natijasi ro'yobga chiqadi.

Emlangan joyda spesifik reaksiya bo'lib, infiltrat hosil bo'ladi. U 2-4 oydan keyin so'riladi va o'rnida 3-10 mm chandiqlik qoldiradi.

Vaktsinatsiya va revaktsinatsiya tug'ruqxonalarda va umumiy tibbiyot pediatriklari tomonidan, sil dispanserlari va SEN xodimlari nazorati ostida o'tkaziladi.

Silning spesifik profilaktikasiga kimyoterapiya ham kiradi. Bunda bir yoki ikki dori (tubazid va etambutol) bilan har kuni yoki kunora uslubda olib boriladi.

Ximioprofilaktikaga quyidagilar jalb etiladi:

- bakteriya ajratuvchilar bilan aloqada bo'lgan kattalar, bolalar va o'smirlar;
- bolalar va o'smirlar tuberkulin sinamasiga viraj berganlar yoki birlamchi infeksiyalanganlar;
- bolalar va o'smirlarda tuberkulin sinamasiga 17 mm va undan ortiq reaksiya berganlar;

– sil yuqgan bolalar va barcha yoshdagilar o‘pkasida davolanishdan keyin ayniqsa turli sabablar bilan steroid gormonlari qo‘llanilganda, turli yuqumli kasalliklarda, qandli diabetda, ruhiy kasalliklarda.

Ximioprofilaktikaning muddati va rejimi turli guruhlarda turlicha bo‘lib, maxsus qo‘llanmada keltirilgan.

Silni barvaqt aniqlash ma‘lum maqsadga yo‘naltirilgan profilaktik tekshirishlar o‘tkazishni taqozo etadi. Keyingi yillarda bu sohada ham tibbiyot reformasi va iqtisodiy sharoitlar natijasida o‘zgarishlar yuzaga chiqdi. Ma‘lumki, oldingi yillarda silni barvaqt aniqlashning asosiy usuli aholini ommaviy flyuorografik ko‘rikdan o‘tkazish hisoblanardi va u juda qimmatga tushardi.

FvaPITI epidemiologiya bo‘limi xodimlarining olib borgan tekshirishlari (Hamroqulov R.Sh., Stoyanovskiy E.A., Sodiqov E.S. va boshqalar) shuni ko‘rsatdiki, keyingi vaqtda tekshirishni silga moyilligi bo‘lgan aholi qatlamida va tekshirishdan o‘tib turishga majbur shaxslarni flyuorografiya ko‘rigidan o‘tkazish maqsadga muvofiq ekan.

Silga moyilligi bo‘lgan guruhga – qandli diabet, o‘pkaning nospesifik kasalliklari, ruhiy kasallar, jigar va oshqozon-ichak kasalliklariga uchraganlar, surunkali alkogoliklar, narkomanlar, gormonga tobe bo‘lgan bemorlar, og‘ir sharoitda ishlovchilar, hibsdagilar va sil bemorlari bilan aloqada bo‘lganlar kiradi.

Ko‘rikdan majburiy o‘tib turuvchilarga – pedagoglar, bolalar va tibbiyot korxonalarining xizmatchilari, sil sohasidagi korxonalar, umumiy ovqatlanish korxonalari, kommunal xo‘jalik, chorvadorlar, harbiy xizmatga chaqiriluvchilar va boshqalar kiradi.

Tabaqalashgan flyuorografik tekshirishlar natijasida silni aniqlash 2,5-3 marotaba ko‘payib, hozirgi vaqtda silga moyilligi bo‘lgan guruhda sil 0,6 foizda, majburiy ko‘rikdan o‘tuvchilar guruhida 0,1 foiz sil kasalligi topilmoqda.

Flyuorografiya natijasida topilgan bemorlar orasida faol sil 10,6 foiz, faol bo‘lmagan sil 3,3 foiz, o‘tkir pnevmoniya – 13,1 foiz, o‘pkaning surunkali nospesifik kasalliklari – 40,0 foiz, yurak qon tomir kasalliklari – 14,9 foiz, suyak kasalliklari - 3,5 foiz, o‘pka o‘smasi – 0,5 foiz va boshqa kasalliklar 7,1 foizni tashkil qilmoqda. Bu ma‘lumotlar flyuorografik tekshirishlar faqat sildagina emas, balki boshqa kasalliklarni aniqlashda ham muhim ahamiyat kasb etishini tasdiqlaydi. Flyuorografiyani sifatli o‘tkazib, uni mutaxassis tahlil etishi lozim.

Silga moyilligi bor va majburiy guruhlarni flyuorografik tekshirishni umumiy tibbiyot korxonalari, SEN, flyuorografik markazlar va sil dispanserlari o‘tkazadilar.

Keyingi yillarda silni barvaqt aniqlashda balg'amni mikobakteriyaga tekshirish ham muhim ahamiyat kasb etmoqda. Shu usulda kasallikni aniqlashga Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti dasturi asoslangan.

Balg'amni mikroskopik tekshirish Sil-Nilsen usuli bilan poliklinika, shifoxona laboratoriyalarida silga gumon etilganlar, o'pkaning nospesifik xastaliklariga, uzoq vaqt yo'talib yuruvchi (2 oydan ortiq) kishilar tekshiriladi. Balg'am 2 kun davomida 3 marotaba tekshiriladi. Balg'amni silga qarshi maqsadli tekshirilganda 15-20 foizgacha sil mikobakteriyasi topiladi.

Silga gumon etilganlar balg'ami bo'yicha tekshirishlarni ommalashtirish, tegishli laboratoriyalarni ko'paytirishni taqozo etadi.

12 yoshgacha bo'lgan bolalarda silni tekshirish faqat tuberkulin sinamasi asosida olib boriladi, uni umumiy pediatriya muassasalari amalga oshiradilar. 12 yoshdan yuqori bolalarda flyuorografiya tekshirishida aniqlanadi. O'tkir va surunkali yuqumli kasalliklarda, allergik holatda epilepsiyada Mantu sinamasini o'tkazilmaydi. Ommaviy tuberkulin sinamasi yordamida 1,5-2,0 foizda viraj (birlamchi sil yuqqan); 11,0 foiz – maktabgacha yoshda, 25,9 foiz o'quvchilarda; 32,0 foiz o'smirlarda sil yuqqani aniqlanmoqda. Bunday bolalarning barchasi silni aniqlash uchun barcha tekshirishlardan o'tishi lozim.

Silni aniqlashda birqancha usullar mavjudligiga qaramay bu xastalik kech aniqlanmoqda. Bu terapevtlarning va boshqa mutaxassislarning sil sohasida yetarlicha ma'lumotga ega emasliklaridan darak beradi.

Silning 60,0 foizi bemorlarning bevosita murojaatidan keyin aniqlanmoqda.

Silni laborator tahlil va asbor-uskunalar yordamida aniqlash

Silning tashxisi kompleks bo'lib, u o'z ichiga klinik, bakteriologik, rentgenologik, bioximik, sitologik va boshqa usullarni oladi.

Umumiy klinik-laborator tashxisda qon, balg'am va siydiklarning umumiy tahlili o'rganiladi. Shuningdek, balg'am va boshqa moddalar (siydik, plevra va orqa miya suyuqligi, lavaj, oqmalar, biopsiyada olingan materiallar) mikobakteriyaga tekshiriladi.

Silning tarqalgan turida gemogrammada ECHT tezlashgani, leykotsitoz (formulaning chapga siljishi, limfopeniya) yuzaga chiqadi. KOX sinamasidan keyin rivojlangan o'zgarishlar yuzaga chiqadi. Balg'amda leykotsitlar ko'payib, mikobakteriya topiladi. Mikobakteriyani turli patologik materiallarda tekshirishga alohida e'tibor beriladi.

Mikobakteriya 3 asosiy yo'l bilan – bakterioskopiya, bakteriologiya (ekish usuli) va biologik sinama-tajriba hayvonlarini bemordan olingan patologik modda bilan sinash aniqlanadi.

Hozirgi kunda balg'amni mikroskopik yo'l bilan tekshirishga alohida ahamiyat berilmoqda. Bu usulning afzalligi uning soddaligi va tez javob olish imkoniyatidir. Balg'amda mikobakteriyani aniqlash uchun 3 marotaba oddiy usul bilan tekshiriladi. Bunda tekshirishga olingan materialni to'g'ri yig'ish katta ahamiyat kasb etadi. Balg'am erta bilan toza idishga, ovqatlanmasdan ilgari og'izni iliq suv bilan chayib tashlagandan so'ng yig'iladi. Tayyorlangan oynachalardagi surtma quritiladi, Sil-Nelson usulida karbol funksin bilan bo'yaladi, spirtovkada dog' hosil bo'lguncha 3,0 foizli sho'r spirt bilan quritiladi. Buning natijasida surtmada bo'lgan sil mikobakteriyasidan tashqari barcha narsalar rangsizlanadi, mikobakteriyalar kislotalar, ishqorlar va spirt ta'sirida chidamliligi sababli qizil bo'lib qoladi. Surtmalarni vodoprovod suvida yuvgach 0,25 foiz metilen sinkasi quyiladi, natijada ko'k rang hosil bo'lib, unda qizil rangdagi VK keskin qizg'ish bo'lib ko'rinadi.

Bakteriologik usul bilan mikobakteriyani topish uchun patologik material oziq moddasiga ekiladi, bunda mikobakteriyaning antibakterial dorilarga chidamliligi ham o'rganiladi. Tekshirishni bemor yangi topilganda 3 marta, keyinchalik davolanish jarayonida har oyda davom ettirishi maqsadga muvofiqdir.

Bioximik tekshirilganda umumiy oqsilni, qonning oqsil fraksiyalari, qand va bilirubin, gaptoglobin va uning fenotiplari, transaminaza faolligi, Reberg sinamasi, koagulogramma, B gepatitga virus tashuvchiligi, shuningdek, plevra va orqa miya suyuqligida qand va xloridlar borligi o'rganiladi.

Silda qon tarkibida alanintransferaza, gaptoglobin miqdori, seruloplazmin, α -1 va γ -globin ko'payib, albumin miqdori kamayadi (Kazakov K.S. va boshqalar).

Silni tashxisi va differensial tashxisda tuberkulin sinamasidan tashqari qonda seruloplazmin fermentini 60-70 foiz (Alimov Sh.A., Abdurashitova M.V., Chernik R.B.), peroksidaz fermentining 80-92 foiz ko'payishi va bronxoalveolyar suyuqligida DNK va RNKlarning 75,0-85,0 foiz ko'payishi (Kazakov K.S., Abdurashidova M.V., Koshevnikova, Chernik R.B.) kuzatildi.

Silning rentgenologik tekshirishlari o'z ichiga umumiy, yonbosh rentgenografiyasini, tomografiyani, ma'lum maqsadga yo'naltirilgan rentgenogrammani rentgenoskopiyani, va kompyuter tomografiyani oladi. Rentgenografiyaning iloji bo'lmasa, 14 yoshdan oshganlarga ko'krak qafasini flyuorografiya qilish lozim bo'ladi. Silni rentgenologik tekshirishlarga xos bo'lgan belgilari o'pka yuqori qismida joylashgan gematogen, bronxogen va limfogen o'choqlar va ayrim bemorlarda

(birlamchi kompleks, o'choqli sil) o'pka ildiziga «yo'llar» ning mavjudligidir.

Sitologik tekshirishlar patologik materialni tekshirishga bag'ishlanib, balg'amda bronxoalveolyar lavajni gemato – eozin bilan bo'yab, hujayralarning turi o'rganiladi. Sil uchun Pirogov-Langans epitelioid, limfoid hujayralar va elastik tolalarining bo'lishi ham xosdir.

Ekssudativ plevrit tashxisida plevra suyuqligining umumiy va biokimyoviy tahlili hal qiluvchi ahamiyat kasb etadi. Plevra suyuqlig'ida limfotsitoz - 90-100 foiz, qandning miqdori - 30-60 mg/l (2.2-3 m.Mol), xloridlar - 120-128 m.Mol., oqsilning - 5,0-10,0 foizga (40-100 m.Mol) ko'payishi kuzatiladi. Sitologik tekshirishda ko'p miqdorda limfotsitlar bo'lib, ba'zan segmentli leykotsitlar, eritrotsitlar, 5 foiz kam miqdorda mezoteliy hujayralar uchraydi.

Ekssudativ plevrit tashxisida tuberkulin-plevra-rezorbtsion sinamasining ahamiyati katta (G'afforov Sh.R., 1990). Kox sinamasi o'tkazilganda ekssudativ plevritda radioaktiv yodning rezorbtsiyasi 1,5 marotaba kamayadi. Bu esa ekssudativ plevrit etiologiyasi sil ekanligini bildiradi.

Silni davolash

Silni davolash asosini dorilarni kompleks, uzluksiz, uzoq muddat, kerakligicha berish va tekshirib turish tashkil etadi. Kimyoterapiya silni dorilar bilan davolash bo'lib, kasallik aniqlanishi bilan darhol boshlanishi lozim. Davolashning bir necha usullari mavjud bo'lib, 3 tadan 5 tagacha har xil kimyopreparatlar turli yo'llar bilan tanaga kiritiladi (ichirish, qon tomirlarga yuborish, limfotropik, endolimfatik, intratraxeal, ingalyatsion va boshqalar).

Kimyoterapiyani tanlash individual bo'lib, uni o'zgartirish, muddatini aniqlash sil kasalligining kechishiga qarab olib boriladi. Kimyoterapiya nazoratda turadigan bo'lib, barcha salbiy o'zgarishlar o'z vaqtida aniqlanib, davolash shunga qarab o'zgartiriladi.

Silga qarshi ishlatilgan dorilar uch guruhga bo'linadi:

1-guruh (eng ta'sirchan) – izoniazid, rifampitsin.

2-guruh (o'rta ta'sirchan) – etambutol, streptomitsin, kanamitsin, florimitsin, protionamid, etionamid.

3-guruh (bir oz ta'sirchan) – PASK, tibon (tioatsetazon).

Birinchi topilgan bemorlar kombinatsiyali kimyoterapiyasi ikki etapda o'tkaziladi. Shifoxonada 3 oy davomida 4-5 preparat har kuni, keyin davolash Samara bersa, 2-3 kun ora preparatga o'tiladi. Davolashning boshlanishida asosan, ko'payayotgan mikobakteriyalar kamayib, keyin uning boshqa turlari kamayadi ya'ni bu yerda uning sekin ko'payadigan

turlari nazarda tutilmoqda. Sildan butunlay xolis bo'lmasa, davolashning 2-etapi ambulatoriya sharoitida o'tkaziladi.

Kuchli antibakteriyal preparatlar (izoniazid, rifampitsin, pirazinamid, streptomitsin, etambutol) ni qo'llash natijasida mikobakteriya ajralishini 2-3 oyda tugatish mumkin. Shifoxonada davolash muddatini 5-6 oyga qisqartiradi. Kimyoterapiyaning asosiy maqsadi – balg'amda mikobakteriyani yo'qotib, o'pkadagi yaralarni bitkazishdir.

Surunkali destruktiv silni, ayniqsa uning mikobakteriyasi dorilarga chidamli bo'lsa, davolash qiyin bo'ladi. Bunday bemorlarni davolash individual bo'lishi, BKning sezgirligi va qo'shimcha kasalliklarni hisobga olib bajarilishi kerak.

Birlamchi bemorlarda abatsillar holati yuzaga kelib, o'pkadagi yaralar bitsa, surunkali fibroz-kavernali turida mikobakteriya chiqarish to'xtagan bo'lsa, bemorlar dispanser nazoratiga o'tkaziladilar va kerak bo'lsa ambulatoriya sharoitida muolaja davom ettiriladi. Bundan tashqari silning qayta rivojlanishining oldini olish uchun barcha bemorlar bahor va kuz fasllarida 2-3 oy davomida 2 ta preparat bilan davolanadilar, ayniqsa turli interkurrent kasalliklarni boshidan kechirib kuchsizlangan bemorlar uchun bu juda muhimdir. Silni qayta rivojlanishining oldini olish (protivoresidiv) maqsadida dispanserning nafaol guruhida hisobda turuvchi bemorlarga residivga qarshi davolash olib boriladi.

Silni davolashda kimyopreparatdan tashqari sun'iy pnevmotoraks, pnevmoperitoneum, vaksinoterapiya va tuberkulinoterapiyalar ham qo'llaniladi.

Sil kasalligi organizmning turli tizimlariga ta'sir etib, a'zolar funksiyasini, immun tizimi vazifalarining buzilishiga olib kelishini hisobga olib, silni davolashda patogenetik usulidan, vitaminlar, immunomodulyatorlar, gormonlar va boshqa tanani mustaxkamlovchi usullardan ham foydalanish lozim. Bemorlarning 56-87 foizida dorilar asorati yuzaga kelishining oldini olish maqsadida o'simliklar qaynatmasi (fitosbor) vitamin A va Ye, ultraviolet nurlari bilan autoqonni nurlash natijasida dorilar asoratini 2-2,5 marta kamaytirish mumkin.

Agar birlamchi bemorlarni 3-5 oy davolash samara bermasa ftiziojarroh bilan maslahatlashib, jarrohlik usulini qo'llashni hal etish lozim. Bunda silning joylashishi va tarqalishini hisobga olib o'pka bo'laklarini segmentar kombinatsion usuli, pulmonektomiya va torakoplastika yo'li bilan davolanadi.

Sil sekinlik bilan taraqqiy etsada, ayrim kavernalar, tuberkuloma yoki ularning konglomeratiga ega bo'lgan yosh bolalar, pedagoglar, bolalar korxonalarida ishlovchilar, umumiy ovqatlanish korxonalari

xizmatchilarda segmentar rezeksiya va presizion olib tashlash amalga oshiriladi.

Og'ir bemorlarda kasallik surunkali davom etsa, tez-tez takrorlanib tursa, ko'p miqdorda BK chiqarib tursa, organizm a'zolarining funksiyasi susaygan bo'lsa va tananing immunologik holati o'z vazifasini bajara olmasa bunda asosiy davolash jarrohlik usuli bo'lib hisoblanadi.

Bemorlar sil shifoxonalarida davolanib chiqqanlaridan keyin sog'liqlarini batamom tiklash uchun sihatgohlarga yuboriladilar. Respublikamizda «Paxtalik Ko'l» va «Parda Tursun», «Chimgan» sihatgohlari bu borada eng nufuzli hisoblanadi.

«Paxtalik Ko'l» sihatgohida kasbga ega bo'lmagan bemorlar uchun kasb hunar bilim yurti tashkil etilgan bo'lib, 11 kasb bo'yicha o'qishlar olib boriladi.

«Chimgan», «Parda Tursun» sihatgohlari esa tog'li iqlimda joylashgan bo'lib, bemorlarning sog'lig'ini tiklanishida muhim ahamiyatga ega.

Bemorlar sil kasalliklaridan batamom tuzalgunlaricha silga qarshi dispanserlar nazoratida bo'ladilar. Shuni aytish lozimki, hozirda Respublikamizda sil bilan og'rigan bemorlarning butunlay sog'lom bo'lishlari uchun hamma shart-sharoitlar mavjud.

Xulosa qilib aytganda, hozirgi vaziyatda bemor kishilar dastlab murojaat etadigan tibbiyotning birinchi pog'onasi shifokorlari bo'lgan terapevt, pediatr, pulmonolog va boshqalar sil kasalligi haqidagi bilimlarini oshirsalar va bu kasallikni barvaqt aniqlashda faollik ko'rsatsalar, mamlakatimizda silni davolash bo'yicha olib borilayotgan ishlarga o'z munosib hissalarini qo'shgan bo'ladilar.

TUNGI APNOE SINDROMI

Tabobat ilmidagi uyqu tibbiyoti degan yo'nalish so'nggi o'n yil mobaynida zo'r berib rivojlanib bormoqda. Yangi texnologiyalar paydo bo'lishi munosabati bilan tungi apnoe sindromiga doir tekshirish ishlariga shu davr ichida ayniqsa katta e'tibor berilmoqda. Bu sindromning dolzarb muammoga aylanib qolgani shunga bog'liqlik, u pulmonologik va arterial gipertenziya, yurak aritmiyalari, miya qon aylanishining birdan izdan chiqishi, miokard infarkti singari kasalliklarga, shuningdek to'satdan o'lim sodir bo'lishiga olib kelishi mumkin. Tungi apnoe sindromining ko'p uchrab turishiga qaramay, vrachlarning bu sindrom xususidagi ma'lumotlardan yaxshi xabardor bo'lmaganliklari tufayli u ko'pincha aniqlanmay qoladi. Ko'pgina bemorlarning ushbu patologik holatdan iztiroblanib yurganlari holda o'z dardlarining asl sabablarini bilmaganliklari va tegishli davolanmaganliklari ma'lum.

Yoshi 40-60 atrofida bo'lgan barcha erkaklarning yaqin 10 foizida uyquning tez-tez buzilib turishini so'nggi tekshirishlar ko'rsatib berdi. Dunyo bo'yicha tunda to'satdan nafas to'xtab qolishidan yoki tungi apnoe deb atalmish shu hodisaning oqibatlaridan (yurak ishining buzilishi, miokard infarkti, o'ng qorincha yetishmovchiligidan) har soatda bir nafar odam o'lib turadi. Agarda barcha holda tungi apnoe diagnozi o'z vaqtida qo'yilib, bu sindromga o'z vaqtida davo qilinganida edi, har yili 10000 nafar kishi bevaqt o'lim girdobidan saqlab qolingan bo'lar edi. Yuqorida keltirilgan fikrlar bois keyingi yillarda bu muammoga qiziqish ayniqsa, pulmonologlar orasida juda avj oldi. Tadqiqotchilarning bu borada olib borgan ko'pdan-ko'p ishlari natijasida kechasi to'satdan nafas to'xtab qolishi jarayoni ya'ni «uyqu vaqtida boshlanadigan obstruktiv apnoe-gipopnoe» deb ataladigan simptomokompleks to'g'risidagi tushunchaga aniq izoh berildi. Bu simptomokompleksning kelib chiqishiga yuqori nafas yo'llari halqum bo'limining kollapsi, nafasga olinayotgan havo oqimining shu bo'lim doirasida qarshilikka uchrashi va bir qadar ifodalangan gipoventilyatsion nafas o'zgarishlarining sabab bo'lishi aniqlandi. Masalaning yanada ravshan bo'lishi uchun tungi apnoega odatda, bo'lib turadigan kishilarning o'ziga xos qiyofasini tasvirlab o'tamiz (prof. Fon Gunnus amaliyotidan, Germaniya): 60 yoshli erkak kishi o'zini yomon his qilayotganidan nolib, vrachga kelgan. Bir necha yillardan beri u o'z ish qobiliyatining borgan sayin pasayib borayotganini, horg'inlik sezishi, kunduz kunlar uyquchan bo'lishiga shikoyat qiladi. Avvallari uni faqat televizor oldida uyqu elitsa, keyinchalik gazeta o'qish, boshqa odamlar bilan davra suhbatida o'tirganida va hatto xizmat vazifasini o'tayotgan kezda ham uyqu bosadigan bo'lib qolganini qayd etadi.

Tungi uyquning yetarlicha bo'lishiga qaramay, bu kishi ertalab o'zini tiniq, bardam his qilmagan, ko'pincha boshi og'irdek his etgan. Unda xayolini bir joyga to'play olmaslik, ish unumi juda pasayib ketishi kuzatilgan. Do'stlari va tanish-bilishlari bilan bo'lgan uchrashishlarda, hadeb mudrab qolaveradigan bo'lganidan ular buni mazax qilishlarini ham aytgan.

Bu bemorni fizikal usullar bilan tekshirilganda unda biror xil keskin o'zgarishlar topilmagan. Bemor ancha et qo'ygan, arterial bosimi sal balandroq - simob ustuni hisobida 160/100 mm. Laboratoriya tekshiruvlarining natijalari odatdagicha, me'yorida. EKG da goh-gohida ekstrasistolalar qayd qilingan. Ko'krak qafasining rentgenologik ko'rinishi normal holatda.

Bemorning uyqusi to'g'risida aytgan yuqoridagi gaplari diagnostika uchun juda ahamiyatlidir. Undan tashqari ma'lum bo'lgani bemorning ko'pdan beri xurрак otishi, ba'zan xurракning birdan uzoq vaqt to'xtab

qolib, shu paytda nafas shovqinlarining eshitilmay turishi xotini tomonidan payqalganligi aniqlandi. Bemor kasallik anamnezi va konstitutsional tuzilishi e'tiboran unda uyqu vaqtida nafasning to'xtab qolishi asosida bu holda apnoe sindromi bor, deb gumon qilindi. Uyqudagi apnoe sindromi shunday holatki, bunda nafas 10 sekund va undan uzoqroq muddat davomida to'xtab qoladi. Ana shunday apnoe fazalarining bir soatdagi soni apnoe indeksi deb sanaladi. Demak, bu uyqu siklining buzilishi bo'lib, u uyqu vaqtida nafasning soatiga 5 va undan ko'p marta, kamida 10 sekund va undan ziyodgacha to'xtab turishi bilan ta'riflanadi va gipoksemiya, giperkapniya, miya gipoksiyasiga, ventilyatsion-perfuzion o'zgarishlar boshlanishi va yurak ishi maromi hamda uyqu buzilishlariga olib keladi. Ayni vaqtda ko'pincha giperventilyatsiya boshlanib, odatdagi nafas jarayoni o'zgaradiki, u ekskursion mezonlar amplitudasi (protsentlar hisobida) va soni kamayishiga, odatda gipoksemiya va giperkapniya hodisalari ro'y berishi, ventilyatsion-perfuzion munosabatlarning izdan chiqishiga olib keladi.

Apnoe sindromi bemor hayoti sifatining yomonlashishiga sabab bo'lib, uning umrini ancha qisqartiradi. Bunday bemorlarni kunduz kunlari ko'p mudroq bosishi, kechalari xurрак otish, er-xotinlik munosabatlarning buzilishi oqibatida o'z xatti-harakatlaridan va boshqalardan arzimas narsalar bo'yicha ranjib, janjal chiqarib turishga moyil bo'lishadi. Tungi apnoe paytida ko'p kuzatiladigan arterial gipertenziya va yurak ishi maromining buzilishi bu toifa bemorlarda uyquda to'satdan o'lim yuz berish ehtimolini ancha oshiradi. Tungi apnoega ega kishilarda avto - yo'l hodisalariga, sog'lom kishilarga qaraganda 12 baravar ko'proq uchrashi qayd qilingan.

Uyqu buzilish holatlarining birinchi xalqaro tasnifi 1990-yilda o'tkazilgan Xalqaro kongressda Uyqu Buzilishi Amerika Assotsiatsiyasining tashabbusi bilan qabul qilingan. Bu tasnif juda keng ko'lamli bo'lib, uyqu buzilishining uchrashi mumkin bo'lgan barcha patologik jarayonlarini o'z ichiga olgan. Bu tasnifga ko'ra, asosiy kategoriyalar sifatida dissomik, parasomik va tibbiy-psixiatrik uyqu buzilishlar ajratilgan.

Tungi nafas o'zgarishlari quyidagilarga bo'linadi:

- nafas harakatlari sonining ko'payishi – tungi giperventilyatsiya (3%);
- nafas harakatlari sonining o'zgarishi – paradoksal nafas (25%);
- nafas harakatlari sonining kamayishi – tungi gipoventilyatsiya (45%);
- nafas to'xtab qolishi – uyqudagi apnoe (37%).

Tungi nafas o'zgarishlarining sabablariga quyidagilar kiradi:

- nafas idora etuvchi markaziy mexanizmlarning buzilishi (apnoe sindromining markaziy shakli);

– halqum zonasida kollaps boshlanishi yoki qisman obstruksiya bo‘lishi;

– jag‘-yuz va bo‘yin bo‘limlari tuzilishidagi kamchiliklar yoki anatomik norasaliklar (so‘nggi ikki band apnoe sindromining obstruktiv shaklini tashkil etadi);

– semirish, ventilyatsion-perfuzion o‘zgarishlar va atsidozga olib keladigan metabolizm jarayonining buzilishlari (jumladan, Pikvik sindromi).

Bu tasnifdan tunda sodir bo‘ladigan nafas o‘zgarishlari markaziy alveolyar gipoventilyatsiya sindromi, yuqori nafas yo‘llari qarshiligi (rezistentligi) kuchayish sindromi, uyqudagi obstruktiv apnoe-gipnoe sindromi singari ventilyatsiya kamayishiga bog‘liq turlarini ajratib ko‘rsatish mumkin.

Tungi apnoe simptomlari

Apnoega uchragan bemorlarning ko‘pchiligi uyqu buzilib qolgani tufayli dard chekib yurganini bilmaydi, chunki bunda uyqu paytida to‘la uyg‘onish bo‘lmaydi. Aksari hollarda bemorda faqat uyg‘onish reaksiyasi kuzatiladi, ya‘ni odamga to‘la-to‘kis orom beradigan chuqur uyqu fazasi yuzakiroq fazaga o‘tadi, xolos. Ayni vaqtda odam butunlay uyg‘onmaydi, ertalab o‘rnidan turganida esa, o‘zini uyquga qoniqmagan va horg‘in his qiladi. U asosan kunduzi mudroq bosishi, hattoki, ish vaqtida ham uyqu tortib ketaverishidan noliydi. Oila a‘zolari uning uyquda orada uzoq-uzoq tin olib turib, qattiq xurrak otishidan shikoyat qilishadi. Bemor ko‘pincha ertalabki payt boshi og‘rish, yurak sohasi yoki ko‘krak qafasida notayin og‘riqlar sezish, diqqatini jamlashga qiynalishi, zehn va shahvoniy quvvatlarining pasayib qolganidan ham noliydi.

Tungi nafas o‘zgarishlarining asosiy mezonlari 16-jadvalda keltirilgan.

Apnoening markaziy turi hammadan ko‘p (90%), obstruktiv turi esa kam (10%) uchraydi.

Uyqudagi apnoening obstruktiv shaklida, ayniqsa u uzoq muddat (ba‘zan yillab) davom etib borganida, nafas impulslari susaya boradi va unga markaziy apnoe ham qo‘shiladi.

Diagnozni tasdiqlash polisomnografiya yordamida olib borilishi kerak. Turli-tuman fiziologik ko‘rsatkichlar: burun orqali o‘tadigan havo oqimi, ko‘krak qafasining nafas harakatlari, qonning kislorod bilan to‘yinishi, puls soni, tana vaziyati, nafas jarayonini butun uyqu davomida chiqadi.

Apnoe diagnostikasi uchun so‘nggi vaqtlarda uncha qimmat turmaydigan ixcham portativ va ko‘chma «Spilab» (Germaniya) asboblardan foydalanish mumkin bo‘lib qoldi. Uy sharoitlarida

diagnostika o'tkazish uchun ham ulardan foydalansa bo'ladi. Buning uchun bemor to'g'risidagi ma'lumotlar tekshiruvchi asbobga kiritilib, uning sensorlarini qaerga va qanday qilib qo'yish kerakligi haqida bemorga qisqacha yo'l-yo'riq berish kerak. Ertalab tekshiruvchi asbob yuqorida aytib o'tilgan ko'rsatkichlarni avtomat ravishda yozib olib, ma'lumotlarni tahlil qilib beradi, natijalarni kompyuterdan foydalanmasdan turib, printer bilan to'g'ridan-to'g'ri qog'ozga tushirib olish mumkin. Natijalar raqam va grafiklardan iborat ma'lumotlar ko'rinishida (bir varaq qog'ozda aks ettirilgan) bo'lib, ular ham butun uyqu vaqti hamda muayyan vaqt oralig'iga taalluqli birmuncha batafsil ma'lumotlar vrachga topshiriladi.

16-jadval

Tungi nafas o'zgarishlarining asosiy mezonlari

Simptomlar	Markerlar
Kechasi mudom qattiq xurrak otish. Uyqu vaqtida nafas qaytib qoladigan yoki «nafas buzilib qoladigan» paytlarning bo'lib turishi. Kunduz kunlari ancha mudroq bosib qolishi (ayniqsa transport boshqaruvchilarida)	Gavda vaznining ortiq darajaligi, ayniqsa odam toshining ancha ortib qolgani (risoladagidek tana vazniga qaraganda $\geq 120\%$ bo'lishi). Bo'yin aylanasi (yoqa o'lchami): erkaklarda ≥ 43 sm, ayollarda ≥ 40 sm bo'lishi.
Kunduzlari kishini mudroq bosish yoki uning charchoq sezishi tufayli avtoyo'l hodisalari ro'y berishi yoki biror boshqa baxtsizlikning kelib chiqishi.	Nazofaringial torayishlar. O'pka gipertenziyasi (bir qadar kam uchraydigan marker) O'pka tufayli yurakning shikastlanishi (bir qadar kam uchraydigan marker).

Apnoe davosi

Tungi (uyqu) apnoe sindromining yengil hollarida uyqu muddatini uzaytirish va tushki ovqatdan keyin picha uxlab olishni tavsiya etish kifoya. Sedativ vositalar va alkohol ichimliklaridan qat'iy voz kechish zarur, chunki bular muskullarni bo'shashtirib, halqumning obstruksiyaga moyilligini kuchaytiradi. Bunday bemorlarni davolashda gavda ortiqcha yukini kamaytirish muhim ahamiyatga ega. Apnoeda ko'p uchrab turadigan gipertoniya qarshi sedativ moddalar, β -blokatorlar, klanitidin va hokazolarni ishlatmasdan boshqa dorilar bilan davo qilish talab etiladi.

Burundan nafas olishni yaxshilash imkoniyatlarini aniqlash uchun quloq-tomoq-burun kasalliklari vrachi bilan maslahatlashib olish zarur.

Terapevtik usul bilan davolashda teofillin qo'llaniladi va bu dori 300-600 mg dan kechqurun beriladi, chunki u muskullar tonusini oshirib, nafas markazi faoliyatini kuchaytiradi.

Apnoeda davo qilish uchun xirurgik usul-amallar kam qo'llaniladi (uvulopalatofaringoplastika, tonzilektomiya, traxeostomiya, yuqori va pastki jag'ni asliga keltiradigan rekonstruktiv operatsiyalar).

Apnoega uchragan bemorlarni dori-darmonlar va xirurgik usul-omillar bilan davolash hamma vaqt yaxshi natijalar beravermaydi. 1985- yildan boshlab obstruktiv apnoeni davo bilan bartaraf etishning asosiy usuli nafas yo'llarida o'zgarmas musbat hosil qilib, noinvaziv yo'l bilan o'pkaga qo'shimcha ravishda havo berib turish (SRAR terapiya – continues pasitiv air pressure), ya'ni DMHBD – doimiy musbat havo bosimi bilan davolash bo'lib qoldi. Ushbu davolash usulidan har qanday og'irlikdagi apnoe sindromiga uchragan bemorlarni davolash uchun foydalanish mumkinki, u ko'pincha bemorlarda uyqu vaqtida obstruktiv apnoe boshlanib qolishi hollarini butunlay bartaraf etadi.

SRAR (DMHBD) terapiyani qo'llashni taqozo etadigan holatlar:

- uyquda apnoe holati ko'rinishining bo'lib turishi;
- nafasi klinik jihatdan ahamiyatli darajada Cheyn-Stokscha tusga kirgan bemorlarda va uyqudagi markaziy apnoe holatlariga SRAR terapiya naf berishi;
- uyqu vaqtida apnoe bo'lmaydigan yoki uning klinik belgilari kuzatilmaydigan, faqat odatdagicha xurrak otadigan kishilarga SRAR terapiya buyurilmaydi.

Bu davo usuli mohiyat e'tibori bilan shundan iboratki, bemor uxlash jarayonida boshidan oxirigacha maxsus niqob orqali nafas oladi: bunda olinadigan havo bosimi niqobdagi kompressor yordamida doim musbat darajada saqlab boriladi, havo bosimining darajasi har bir kasalning o'ziga qarab alohida-alohida belgilanadi va simob ustuni hisobida 5 mm dan to 15 mm gacha yetadigan bo'ladi. Nafasga olinayotgan havo bosimining musbat bo'lishi obstruksiya boshlanib qolganida havo yo'llarini ochiq holda tutib turadi. Shunisi diqqatga sazovorki, tungi apnoening aralash shakli (obstruktiv - markaziy apnoe) bo'lganida SRAR usuli bilan davolash xastalikning markazga aloqador qismini ham kamaytiradi.

Zamonaviy SRAR apparatlari ixcham (1 - 2 kg), ko'p shovqin chiqarmaydigan bo'lib, nafasga olinadigan havoni filtrlashi, ehtiyojga ko'ra namlashi va isitib berishi mumkin, havo bosimini aniq dozalash va havo tashqariga chiqib ketgudek bo'lsa, uning o'rnini to'ldirishni ta'minlaydi. Bundan tashqari, ko'pchilik apparatlarda havo bosimini 5 - 45 minut ichida asta-sekin ko'tarib borish ko'zda tutilganki, bu narsa bemorning uyquga ketishini yengillashtiradi.

So'nggi vaqtlarda BIPAP asboblari paydo bo'ldi. Bularda inspirator bosim ekspirator bosimdan yuqori bo'ladi, shunga ko'ra nafas olish jarayoni bemorlar uchun ancha qulay kechadi. Inspirator bosim bilan ekspirator bosim o'rtasida farq bo'lib turish muhim, chunki bunda davoning nafi ortib, ancha yuqori natijalarni qo'lga kiritish mumkin bo'ladi. Yuqori nafas yo'llarida zarur ekspirator va inspirator bosim darajasini o'zi belgilaydigan AUTO-CPAP asboblari ham ishlab chiqila boshlab, ular asta-sekin tibbiyotga amaliyotga joriy etilmoqda.

Kasallikning og'ir yoki yengil kechishiga qarab bemorlarni to'rtta guruhga ajratish mumkin:

– *og'ir tur*: soatiga > 20 apnoe yoki soatiga 30 gipopnoe, kunduzlari ko'p mudroq bosib turishi yoki kardiorespirator tizimda patologik simptomlarning borligi;

– *yengil – o'rtacha tur*: soatiga 5 – 20 apnoe yoki soatiga 15 – 30 gipopnoe, kunduzlari ko'p mudroq bosib turishi yoki nafas izdan chiqqaniga aniq aloqasi bo'lgan boshqa simptomlar borligi;

– *patologik yoki «asoratli» xurрак otish yoki yuqori nafas yo'llari rezistentligining kuchaygani*: soatiga > 5 apnoe yoki soatiga > 15 gipopnoe, kunduzlari ko'p mudroq bosib turishi yoki nafas izdan chiqqaniga aniq aloqasi bo'lgan boshqa belgilarning borligi;

– *simptomsiz bemorlar*: soatiga > 5 apnoe yoki soatiga > 15 apnoe bo'lmagani holda nafas yo'llari rezistentligi ortganiga xos belgilar.

Tungi apnoe sindromida davolashdan so'ng uchala guruhga mansub bemorlarda ahvol ancha yaxshilanadi, lekin turli asoratlar va o'lim hollarining kamayishi faqat ularning birinchi guruh bemorlarida kuzatiladi.

SRAR terapiyaning qo'llanishiga yo'l qo'ymaydigan mutloq moneliklar yo'q. Nisbiy moneliklarga bullez o'pka kasalligi, bemor anamnezida pnevmotoraks yoki pnevmomediastinum mavjudligi, qaytalanib turadigan sinusitlar yoki boshqa infeksiyalar hamda miya jarohatlari kiradi.

SRAR terapiya asoratlari – burun va halqum shilliq-lari pardalarining qurib turishi (50%), burun bitish, rinoreya (25%), ko'zlarning achishishi (20-25%) va aerofagiya (3%) lardir.

SRAR terapiya metodikasi har bir bemor uchun individual tanlab olinadi. Bu – kasallikning og'ir-yengilligiga ham, ishlatiladigan tekshirish asbobiga va boshqalarga ham bog'liqdir. Shifo bo'ladigan bosim avval somnologik laboratoriya sharoitlarida belgilab olinadi. So'ngra bemor uy sharoitida bir oy davomida davolanib boradi, keyin uning samaradorligini aniqlash uchun mo'ljallab qo'yilgan konsultatsiyadan o'tadi. Keyinchalik davoning nechog'lik naf berayotganiga qarab, har 3-6 oyda shunday konsultatsiyadan o'tib turadi.

SRAR terapiya qimmatligi va davo rejimiga amal qilishning qiyinligiga qaramay, apnoe davosida oldingi o'ringda turadi, shunga ko'ra uni amaliyotga keng joriy qilish kerak.

Tungi apnoe muammosi hanuzgacha yetarlicha o'rganilmay kelmoqda. Yashirin simptomlar va asoratlari juda ko'p uchraydi. Tungi apnoe sindromi ko'pincha vegetativ distoniya yoki nevroz deb talqin qilinadi. Apnoe juda avjiga chiqqanida uning o'zi yoki asoratlari tufayli ham bemor hayoti xavf ostida qoladi (ya'ni o'lim yuz berishi mumkin).

Tungi apnoe ko'p hollarda gipertoniya, miokard infarkti kelib chiqishiga hamda yurak ishi maromining buzilishiga sabab bo'ladi. Bu yerda yana shuni ham qayd etish kerakki, bu xastalik yurak ishemiya kasalligi, gipertoniya kasalligi bilan og'rigani ustiga yurak ishinin maromi ham buzilgan kasallar orasida xususan, semirishga moyil kishilarda ancha keng tarqalgan. Ammo unga hali ham kamdan-kam hollarda diagnoz qo'yiladi. Tungi uyqu apnoesi oqibatidagi o'lim miokard infarkti hisobida o'tkazilib yuboriladi. Bunday xatolar amaliyotda ko'p uchrab turadi.

SRAR terapiya rejimini tanlash prinsipi bu borada o'tkazilgan bir qator tekshirishlar o'tkazilganiga qaramay, hali yetarlicha ishlab chiqilmagan. Shu bois ayniqsa, og'ir apnoe sindromini batafsil o'rganib chiqish ehtiyoji katta.

Uyda uzoq muddat davomida kislorod bilan davolanib borish shu guruhdagi bemorlarga davo qilishning samarali metodi bo'lib qolayotganini ham aytib o'tmoq kerak. Ko'pgina olimlar fikriga ko'ra, bronx-o'pka a'zolari surunkali kasalliklari bilan og'rigan kishilarda, ularda tungi apnoe sindromi ham bo'lganda, tunda beriladigan kislorod gipoksemiyani bartaraf etadi va uyquni yaxshilaydi.

Pirovardida uyqudagi apnoe sindromi klinikasini bilish, uni o'z vaqtida aniqlab olish va o'z vaqtida to'g'ri davolash bunday xastalikka ega bemorlar ahvolini tubdan yaxshilash hamda ular ish qobiliyatini tiklash imkonini berishini ta'kidlab o'tish kerak.

NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI VA HOMILADORLIK

Nafas a'zolari kasalliklarining homilador ayol organizmi hamda homilaga bo'lgan ta'siri masalasi yaqin-yaqinlargacha asossiz ravishda e'tibordan chetda qolib keldi.

Keyingi yillardagi o'tkazilgan ilmiy tekshirish ishlari bu muammoga o'ta dolzarblik nuqtai nazardan qarashni taqozo qilmoqda. Chunki so'nggi kezlarda respublikamizda uchrab turadigan xastaliklar orasida,

ayniqsa orttirilgan o'pka kasalliklarining ko'payishi qayd etilmoqda. Bu jarayon bola tug'ish yoshidagi ayollarda ham kuzatilmoqda.

Diagnostika usullarining takomillashib borayotganligi tufayli nafas olish a'zolarining irsiy kasalliklari soni ilgarigidan ancha yuqori ekanligi ma'lum bo'ldi. Bu kasalliklar odatda dastlabki bosqichlarda kompensatsiyalashgan holatda bo'lib, ma'lum bir vaqtgacha o'zini klinik jihatdan namoyon qilmaydi va an'anaviy tekshirish usullari yordamida tezda aniqlanmaydi. Ko'pincha bunday xastalik biror infeksiya, shamollash yoki homiladorliklarda «surunkali bronxit», «bronxial astma» va boshqalar ko'rinishida yuzaga chiqadi. Shuni qayd qilib o'tish lozimki, nafas olish a'zolarining irsiy kasalliklari homiladorlikning II trimestri (organogenez davri) va chaqaloqni emizish davrida rivoj topib boradi. Ana shu bois homiladorlik davridagi o'pka xastaligi dolzarb muammoga aylanib qolmoqda.

So'nggi yillarda nafas a'zolari kasalliklari tug'ish yoshidagi ayollar orasida ham oldingi o'rnlarga chiqib bormoqda. Bu vaziyatning vujudga kelishiga ayollar immunologik tizimi rezistentligining pasayishi, ular yashayotgan muhit ekologik holatining yomonlashishi, ijtimoiy ta'minlanishdagi tangliklar, sanitariya talablariga rioya qilmaslik, oilani to'g'ri rejalashtirishdagi nomutanosibliklar sabab bo'lmoqda.

Fiziologik homiladorlikning nafas olish tizimiga ta'siri

Homiladorlik boshidayoq ko'krak qafasi va ayniqsa uning pastki qismida kengayish va ko'tarilish belgilari kuzatiladi. Homiladorlik davrida o'pkaning diafragma tomonidan yuqoriga siqilishiga qaramay, ayol organizmida sezilarli o'zgarishlar vujudga kelmaydi. Lekin homiladorlik borasida o'pkaning sig'imi kengayib, havo almashinuvi jarayoni birmuncha ortadi. Qog'onoq suvi ko'paysa, homila katta yoki egizaklar bo'lsa homiladorlikning so'nggi davrida nafas tezlashishi hamda qisishi mumkin. Homiladorlik paytida nafas olish tizimidagi gaz va energiya almashuvida fiziologik o'zgarishlar jinsiy gormonlar ta'sirida bo'ladi. Buning natijasida nafas olish chuqurligi, minutlik hajmi, o'pkaning hayotiy sig'imi va minutlik ventilyatsiyasi oshadi. O'pkaning qoldiq hajmi kengayadi, umumiy o'pka qarshiligi pasayadi va bronxlar kengayib, uning o'tkazuvchanligi oshadi. Homiladorlik rivojlanib borishi jarayonida qonda CO₂ konsentratsiyasi kamayib, chiqarilgan nafasda u ko'payib boradi. Estrogenlar va progesteron gumoral immunitetni oshiradi va buning natijasida ayol organizmining virusli kasalliklarga bardoshligi ortadi, bronx epiteliysining proliferativ xususiyatlari kuchayadi va to'qimalar trofikasi yaxshilanadi.

Xulosa qilib aytganda, nafas olish sistemasining zo'riqib ishlashi homiladorlikning 26-28-haftalariga to'g'ri keladi, ya'ni bu paytda kislorodga bo'lgan talab oshib, moddalar almashinuvi jarayoni tezlashadi.

Nafas olish tizimi xastaliklarining homilador ayol va homilaga ta'sirini tasavvur qilish uchun albatta ko'p uchraydigan o'pka xastaliklari etiologiyasi, formalari, kechishi, diagnostikasi, davolash va ularning oldini olish usullarini yaxshi bilish lozim. Biz quyida shular xususida qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Surunkali bronxit

Surunkali bronxit muhim ijtimoiy-tibbiy muammo bo'lib, haqli ravishda asr balosi hisoblanadi, chunki u juda keng tarqalgan va shu tufayli jamiyatga katta iqtisodiy zarar keltirmoqda. Respublikamiz qishloq joylarida yashovchi aholi orasida surunkali bronxit bilan og'rikanlar soni ancha ko'payib bormoqda.

Bunga havo havzasining ifloslanishi, mehnat sharoitlarining nomutonosiqligi, infeksiya, chekish va shunga o'xshash omillar sababchidir.

Surunkali bronxit patogenezidagi quyidagi uch faktor asosiy o'rin tutadi: bronxlar obstruksiyasi, ular reaktivligining o'zgarishi va mukotsiliar transport tizimi yetishmovchiligi kabilar.

Dastlab turli ta'sirotlarni bartaraf etishga qaratilgan qator mexanizmlarning zo'riqishi va giperfunksiyasi qayd qilinadi, keyinchalik ularning ishdan chiqishi yuz beradi. Jarayon zo'rayib ketganda bronxogen infeksiyaning faoliyati oshib, surunkali bronxitning avjlanishiga olib keladi. Keyinchalik bronxitning og'irroq turlari va bronxoektazlar shakllanishi ro'y beradi. Qator hollarda zo'rayib boruvchi jarayonning ta'siri ostida obstruktiv sindrom va o'pka emfizemasi rivojlanadi. Obstruktiv jarayon faqat kasallik zo'rayishida paydo bo'lib, so'ng u ortga qayta boshlaydi.

Surunkali bronxit etiologiyasi, patogenez va tasnifi yuqorida (kitobning tegishli boblarida) yetarlicha yoritilganligini e'tiborga olib biz quyida ushbu kasallikning klinik belgilari ustida to'xtalib o'tmoqchimiz. Ular asosan yo'tal, balg'am ajralishi, hansirashlardan iborat bo'lib, kasallikning boshlanishida bemor faqat ertalab ko'proq yo'taladi va bunda oz miqdordagina balg'am ajraladi. Mayda bronxlardagi yallig'lanish jarayoni uzoq vaqt yo'talsiz kechishi mumkin va kasallik avji hansirash alomati bilan namoyon bo'ladi. Balg'am ajralish jarayoni borgan sari ko'payib, balg'am yiringli tus oladi va yuqori yopishqoqlik bilan xarakterlanadi.

Hansirash obstruktiv bronxitning belgilaridan biridir. U dastlab bemor jismoniy ish qilganda paydo bo'lib, asta-sekin zo'rayib boradi. Bu holat bronxospazm bilan bevosita bog'liq. Ayrim bemorlarda obstruksiya o'tkinchi tusga ega bo'ladi, bu esa bronxlarda giperreaktivlik borligidan dalolat beradi.

Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorlar ko'zdan kechirilganda, ko'krak qafasi shakliga e'tibor berish lozim.

O'pka emfizemasi avj olgan sari u bochkasimon bo'lib boradi va ko'krak qafasi perkussiyasida korobka (quticha)ga oid tovush borligi, o'pka pastki chegaralarining pastga kengayganligi aniqlanadi.

Auskultatsiya ushbu kasallikda nafasning «qattiq» (dag'al) ekanligini, emfizema qo'shilganda esa uning sustlashganligini qayd etadi. Odatda, bemorlarda quruq xirillashlar eshilib, ular bronxial daraxtda yopishqoq balg'am borligi bilan bog'liq bo'ladi. Bronxlar o'lchami qanchalik kichik bo'lsa, xirillashlar shunchalik baland eshitaladi. Past tovushli xirillashlar nafas olganda, baland tovushli xirillashlar – uni chiqarganda yaxshiroq eshitaladi. Bu havo oqimining nafas olish va chiqarishlardagi tezlikning turlichaligi bilan izohlanadi.

Yurak sohasi perkussiya qilinganda uning o'ng bo'lmachalari gipertrofiyasi aniqlanadi, auskultatsiyada esa tonlar bo'g'iq bo'lib, o'pka arteriyasi ustida ikkinchi ton aksenti eshitaladi va bu kichik qon aylanish doirasida gipertenziya borligidan dalolat beradi.

Qonda gemoglobin darajasi ko'tariladi, gematokrit, eritrotsitlar soni oshib boradi, leykotsitlar formulasida o'zgarish deyarli kuzatilmaydi va ECHT sekinlashgan bo'ladi. Balg'am shilliq-yiringli bo'lib, unda bronx epiteliy hujayralari, makrofaglar, neytrofillar ko'p miqdorda aniqlanishi mumkin.

Bronxoskopik tekshiruvda bronxlar yallig'lanishining diffuz tabiatli bo'lishi aniqlanadi. Shilliq pardaning holatiga qarab, kataral, yiringli, atrofik, gipertrofik, fibroz, yarali, gemorragik endobronxitlar farqlanadi.

EKG surunkali obstruktiv bronxit bilan kasallangan bemorlarda o'pka gipertenziyasi borligini aniqlash imkonini beradi.

Surunkali bronxit tufayli rentgenologik tekshirish homiladorlikning birinchi yarmida taqiqlanadi. Uni faqat o'tkir zarurat vujudga kelgandagina homiladorlikning boshqa davrlarida ham o'tkaziladi va bunda o'pka suratida to'rsimon pnevmoskleroz va emfizemaga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Ular, asosan, o'pkaning quyi bo'limlarida joylashadi va peribronxial sklerozdan darak beradi. Bemorda tashqi nafas faoliyati spirografiya yordamida tekshirilganda oddiy surunkali bronxitda, bronxlar o'tkazuvchanlik xususiyatining deyarli o'zgarmaganligi ko'rinadi. Uning obstruktiv turlarida esa tashqi nafas faoliyati

ko'rsatkichlarining keskin o'zgarishlari namoyon bo'ladi. Davo tadbirlari o'tkazilgandan keyin bu ko'rsatkichlarning me'yorga kelish ehtimoli bo'lsada, lekin ular ko'pincha tiklanmay qolishi mumkin.

Surunkali bronxitlar, ayniqsa uning obstruktiv turi, har qanday ekstragenital patologiya singari homiladorlikning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

L.I.Buxarova tomonidan tibbiy ko'rikdan o'tkazilgan nafas a'zolari xastaliklariga chalingan 80 homilador ayollardan 72 tasida surunkali bronxit borligi aniqlangan. So'nggi davr kuzatishlari, ularda quyidagi asoratlarni aniqlash imkonini berdi: 31,2 foiz homilador ayollarda erda toksikoz, 18 foizida kechki toksikozlar, 7,2 foizida muddatidan ilgarigi tug'ruq, 22 foizida esa surunkali bronxitning zo'rayishi kuzatilgan.

Shuni ham unutmaslik kerakki, deyarli barcha dori moddalari platsenta orqali o'tishi, rivojlanayotgan homilaga salbiy ta'sir ko'rsata oladi. Shu sababli ayrim kasalliklarda homilador bo'lish-bo'lmaslik masalasini to'g'ri hal etish uchun akusher-ginekolog va terapevtning hamkorlikdagi maslahatlari zarur bo'ladi.

Homiladorlik uchun moneliklar ko'p bo'lmasa-da, bronxitga chalingan homilador ayol tug'ishga maxsus tayyorlanishi lozim va shu yo'l bilan unda og'ir asoratlari oldi olinadi. Bunda homiladorlikning butun davrida ayol terapevt kuzatuvida bo'lishi maqsadga muvofiqdir.

Surunkali bronxitda birinchi navbatda parhezning davolash imkoniyatlaridan kengroq foydalanish lozim. Bu kasallikda oqsilning balg'am bilan yo'qotilishi oqibatida gipoalbuminemiya kuzatiladi, ichaklarda oqsil, yog' uglevodlarning so'rilish jarayoni buziladi. Ovqatning yetarlicha to'yimli va oqsilga boy bo'lmasligi o'pkadagi o'tkir yallig'lanish jarayonlarining surunkali turlarga olib kelishi va kasallik kechishini og'irlashtirishi, qolaversa, rivojlanib borayotgan homilaga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Endobronxial sanatsiya surunkali bronxitni davolashda katta ahamiyat kasb etadi. Bunda ko'pincha 1:5000 nisbatdagi furatsillin eritmasi, ferment preparatlari, bronxolitiklar, antibiotiklar, desensibilizatsiylovchi dorilar qo'llaniladi. Muolaja o'tkazilgach, ko'krak qafasining pozitsion drenaji va vibratsion uqalash uslubi bajariladi. Bu dori-darmonlarni ingalyatsiya holda ham yuborsa bo'ladi.

Faol yallig'lanish jarayoni antibakterial davo o'tkazish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Antibiotiklar mikroflora sezuvchanligini va homilaga aks ta'sirini hisobga olgan holda tanlanadi. Asosan, penitsillin, oksatsillin, ampitsillin 1,0 g dan har 4-6 soatda muskul ichiga yuboriladi yoki beriladigan (hab) dori bir hafta mobaynida ichiladi.

Sulfanilamidlardan sulfadimezin, norsulfazol tavsiya qilinadi. Yiringli bronxitlar tez-tez avj olganda immun korreksiyalovchi davo o'tkaziladi.

Obstruktiv surunkali bronxitda davolash kompleksiga bronxolitiklar qo'shiladi. Hozirgi vaqtda bronxlarga dori yuborishning eng ta'sirchan yo'li – ingalyatsiya qilishdir. Bu usul qo'llanilgan dorining bronxial daraxtga ko'p miqdorda va bir me'yorda tarqalishini ta'minlaydi. Bu usul ayniqsa homilador ayollar uchun eng qulaydir va bunda dorining boshqa a'zolarga va tizimlarga salbiy ta'siri deyarli bo'lmaydi, platsenta to'sig'i orqali o'tishi ham bartaraf etiladi. Hozirgi vaqtda aerazol dorilardan atrovent, troventol, beroduallar ko'p ishlatilmoqda. Bulardan tashqari homilador ayollarda kerak bo'lganda adrenalin, biogen stimulyatorlar va teofillin guruhidagi dorilardan ham foydalanish mumkin. So'nggi yillarda uzoq muddat ta'sir etuvchi hab dori shaklida bo'lgan teofillinlar paydo bo'ldi. Bularga teopek, retofil, teotart va boshqalar kiradi. Qonda ularning konsentratsiyasi 12 soat davomida saqlanadi va kuniga 1 hab doridan 2 mahal tavsiya etiladi va bu vaqtda β_2 – antagonistlaridan foydalanish taqiqlanadi.

Bronxial drenajni yaxshilash maqsadida balg'am ko'chiruvchi vositalardan termopsis o'ti, chuchukmiya ildizi, mukaltin, bromgeksin va boshqa dori moddalari ishlatiladi. O'ta zarur bo'lganda gormon preparatlaridan foydalanish tavsiya qilinadi. Bunda tarkibida gormon bo'lgan va dozalangan aerzollardan foydalanish ayniqsa qo'l keladi. Bularga beketid, bekloment, ingakort kiradi. Bular foyda bermasa, prednizolon (kichik dozalarda) tabletkada holida kuniga 15 mg dan qisqa muddatga tavsiya qilinadi.

Surunkali bronxitning oldini olishda organizmga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi faktorlarni yo'qotish, chekishga qarshi kurashish va kasb-kor bilan bog'liq zazarli omillarni kamaytirish alohida o'rin tutadi. Kasallikni erta aniqlash o'smir yoshdagi qizlarni yoppasiga tibbiy ko'rik va flyuorografik tekshirishlar o'tkazishdan boshlanadi. Zazarli ishlab chiqarishda ishlovchi xodimlar ham profilaktik ko'rikdan o'tib turishlari zarur.

Bronxial astma va homiladorlik

Bronxial astma homilador va tug'ish yoshidagi ayollar orasida ko'p tarqalgan kasalliklardan biri hisoblanadi. Uning kelib chiqishida meteorologik ta'sir va dori allergiyalarining ahamiyati kattadir.

Bu kasallikda nasl surishining 40 foizidan 80 foizgacha tashkil etishi aniqlangan bo'lib, bronxial astmali onalardan tug'ilgan bolalarning kasal bo'lish ehtimoli yuqoridir. Uning asosida tug'ma va orttirilgan

immunologik omillar bilan bog'liq bronxlar giperreaktivligi yotadi. Bu jarayonda bronx-o'pka a'zolarida bo'ladigan etio-patogenetik o'zgarishlar haqida yuqorida tegishli bo'limlarda fikr yuritilgan edi.

Kasallikning infeksiya bilan bog'liq bo'lgan turida nafas qisish xuruji, sovuq qotish, shamollash hamda organizmda boshqa o'choqli infeksiyon kasalliklar (bronxit, gaymorit, tonzillit) ning qaytalanishi natijasida ro'y beradi. Shuning uchun tug'ish yoshidagi va homilador ayollarda uchraydigan infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida sanatsiya qilish katta ahamiyatga ega. Kasallik odatda nafas qisish xuruji, yo'tal, yiringli balg'am, intoksikatsiya belgilari hamda tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Xuruj vaqtida ko'pincha bemorlarning umumiy ahvoli o'rtacha bo'lib, u majburiy o'rin oladi. Ahvoli og'irroq bemorlarda yaqqol sianoz kuzatiladi, kuchli yo'tal bezovta qilib (bunda balg'am ajrab chiqmaydi), nafas chiqarish qiyinlashadi. Kasallik xuruji boshida nafas olish biroz tezlashib, nafas shovqini eshitilib turishi mumkin.

Ko'krak qafasi perkussiyasida qutichaga xos tovush aniqlanadi va ko'plab miqdorda jarangli quruq xirillashlar eshitiladi. Nafas qisish xuruji, balg'am ko'chishi, xirillashning kamayishi, ba'zi hollarda uning batamom yo'qolishi bilan yakunlanadi.

Qonda leykotsitlar va eritrotsitlar soni oshadi. Leykotsitlar balg'amda ham ko'plab topiladi.

Bronxial astmaning allergik turida nafas qisish xuruji infeksiyon xususiyatga ega bo'lmagan allergen, ya'ni chang, ayniqsa uy, o'simlik changlari ta'siri bilan bog'liq bo'ladi. Nafas qisish xuruji asosan bahor paytida qaytalanadi. Qon va balg'am analizida eozinofiliya kuzatiladi. Allergik tur bronxial astmada nasl surishi 60 foizgacha bo'lishi ma'lum.

Kasallikning disgormonal turi uzoq muddat va uzluksiz gormon moddalaridan foydalanib yurgan bemorlarda kuzatiladi. Ba'zi bir ayollarda esa u hayz ko'rish sikliga bog'liq bo'lishi mumkin. Kasallik kechishining ayrim ayollarda menopauza davrida yoki gipertireoz xastaligida og'irlashishi kuzatiladi.

Homilador ayollarda astma turlicha kechadi. Ayrim hollarda u og'ir ko'rinishda, ba'zan esa umuman xuruj qilmasdan o'tishi mumkin. Buni prolaktinning T-supressor funksional aktivligini kamaytirishi yoki aksincha xorion gonadotropinining oshirishi bilan bog'liq deb qarash mavjud.

Ba'zi hollarda bronxial astma birinchi homiladorlik davrida paydo bo'ladi. Bunday ayollarda nafas qisish xurujining homiladorlik boshida yoki uning oxirida ham kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda tug'ish jarayonidan keyin bronxial astmali ayollarda nafas qisish xuruji o'z-

o'zidan qolib ketadi. Shu bilan bir qatorda kasallik og'ir oqibatlariga ham olib kelishi mumkin.

Homilador ayollarda bronxial astmani va ayniqsa astmatik statusni o'z vaqtida aniqlash va kompleks davolash shifokor uchun o'ta dolzarb vazifadir.

Astmatik status shiddatli va uzoq davom etuvchi nafas qisish xuruji bo'lib, unda odatdagi davo choralari kor qilmaydi. Bu holat uchun qonning gaz tarkibida sezilarli o'zgarishlarning bo'lishi xosdir. Uning ikki turi farqlanadi: 1) anafilaktik – bunda astma xuruji bir necha soat ichida yuzaga keladi; 2) metabolik – astma xuruji bir necha kun va hafta ichida kelib chiqadi. Asmatik status uch bosqichda kechadi: nisbiy kompensator, dekompensator hamda komatoz.

Uning kelib chiqish asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

- 1) davolashdagi xatoliklar;
- 2) dori moddalarini yetarli miqdorda tavsiya qilmaslik;
- 3) dori moddalarini (gormonlarni) asossiz taqiqlash; simptomatik, antigistamin va sedativ dori moddalarini haddan ziyod ko'p ishlatish. Bulardan tashqari, dori allergiyasi, bronxlar drenajining buzilishi va bronxopulmonal infeksiyalar ham katta o'rin tutadi.

Shuni alohida qayd etish lozimki, astmatik status bemorning hayotiga jiddiy xavf solib, uni zudlik bilan davolashni talab qiladi, vaholanki, xurujning avji davrida o'lim holati ro'y berishi mumkin.

Bronxial astma bronxlar reaktivligining oshib borishi asosida asta-sekin rivojlanib boradi. Astma jarayonining kuchayishi bilan nafas olish muskullari tarangligi oshadi, nafas chiqarish chuqurligi kamayib, nafas olish yuzaki, ko'krak qafasi ekskursiyasi sezilmas darajada bo'lib qoladi. O'pkaning ayrim joylarida nafas olishning eshitilishi kuzatilmaydi.

Bemor umumiy ahvolidan va undagi nafas qisishining og'ir bo'lishiga qaramay, fizikal belgilar ancha yuzaki bo'ladi. Astmatik statusli bemor o'pkasida ko'plab xirillash tovushi eshitilsa, unga ahvolning yaxshi bo'lishga moyil belgisi deb qarash kerak, chunki bu hol balg'amning ko'chishi va nafas olishda tezlik parametrlarining oshishidan dalolat beradi.

«Gung o'pka» bosqichida gipoventilyatsiya yuzaga chiqsa, u giperkapniya va nafas atsidozi holatlariga olib keladi. Bunda sianoz kuchayib, psixomotor qo'zg'alish, epileptiksimon tutqanoq kuzatiladi va ular o'z navbatida giperkapniya oqibatidagi koma rivojlanayotganidan dalolat beradi.

Bronxial astmaga ega homiladorlar ayollar maslahatxonasida dispanser kuzatuvida bo'lishlari lozim. Ularda shamollashning oldini olish tadbirlari

amalgam oshirilishi hamda astma xuruji qo'zish ehtimoli borligi tufayli uning oldini olish maqsadida bronxolitik moddalarni qo'llash tavsiya qilinadi.

Bronxial astma xuruji davrida, homiladorlik qaysi muddatda bo'lishidan qat'i nazar, bemor ayol kasalxonaga yotqizilishi darkor.

Kasallikning yengilroq turlarida dori moddalarini endobronxial va ingalyatsiya yo'li bilan ishlatish tavsiya qilinadi. Masalan, eufillin 2,4 foiz - 5 ml, novokain 0,5 foiz - 5 ml, askorbin kislota - 3 ml, dimedrol 1 foiz - 0,5 ml ishlatilishi mumkin. Ingalyatsiya uchun kerak bo'lsa antibiotik, antigistamin va ferment preparatlar (tripsin, ximotripsin) dan foydalanish mumkin.

Bronxial astmani davolashda uni yuzaga keltirgan asosiy sabablarni aniqlash va etiotrop choralarni ko'rish katta ahamiyatga ega. Kasallikning infeksiyaga oid turida mavjud surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiya qilinadi. Kasallikning bu turida kerakli asoslar bo'lganda antibiotiklar qo'llaniladi. Oksatsillin 0,5 g dan har 6-8 soatda yoki shu miqdorda ampitsillin inyeksiya yoki ichga xabdori holida qo'llaniladi.

Bronxolitiklar va bronxlar faoliyatini yaxshilaydigan dori moddalaridan quyidagilar tavsiya qilinadi: natriya gidrokarbonat 4 foiz - 200 ml, tomir ichiga tomchilab yuboriladi. Uzoq muddat ta'sir qiluvchi va profilaktika uchun mo'ljallangan bronxolitiklardan teopek, retofil, teotart va boshqalarni qo'llash mumkin. Bular 1 hab doridan kuniga 2 mahal ichiladi. Bundan tashqari, dozalangan aerezollardan (berotek, salbutamol, ditek va boshqalar) keng ko'lamda foydalaniladi. Balg'am ko'chiruvchi va balg'amni yumshatuvchi dori moddalari (mukaltin, altey damlamasi, bromgeksin va boshqalar) ham tavsiya qilinadi.

Kasallikning atopik turida qisqa muddatga antigistamin preparatlari qo'llaniladi. Homiladorlikning dastlabki uch oyida fenkarol, intal, kitotifen berish taqiqlanadi.

Og'ir kechgan nafas qisish xurujlarida tarkibida gormon bo'lgan, dozalangan aerezollar (bekotid, bekloment, ingakort) ishlatiladi. Basharti ular yordam bermasa, prednizolon kichik dozada qisqa muddatga ichga yoki inyeksiya holida tavsiya qilinadi. Adrenalin, atropin, kalsiy antagonistlari homiladorlik paytida berilmaydi.

Astmatik statusda efedrin, adrenalin, narkotiklar, antigistamin moddalari taqiqlanadi. Bunday holatdagi bemorlarga quyidagi dorilarni berish lozim: soda 4 foizli - 300,0-400,0 tomir ichiga tomchilab, glyukoza 0,5 foiz - 300,0 yoki fiziologik eritma 200-300,0, prednizolon 60-90 mg dan, har uch soatda - 30 mg dan; eufillin 2,4 foiz - 10,0 va har 6 soatda 10,0 dan tomir ichiga. Bu dorilar iloji boricha asta-sekin tomchilab tomir ichiga 60-90 daqiqada yuborilishi lozim.

Agar kasallik ikkinchi bosqichda kechsa, bemor intensiv palataga o'tkazilib, gormon miqdori 2-3 marta oshiriladi, kardiotonik dorilar

hamda yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Bunda bemorning ahvoli yaxshilanmasa, uni sun'iy nafas oldirish apparatiga o'tkazish lozim. Kasallikning III bosqichi juda og'ir o'tib, unda o'lim 70-80 foizni tashkil etadi. Shu sababli bemor astmatik statusdan iloji boricha uning boshlang'ich davrida chiqarilishi kerak.

Bronxial astma kasalligiga chalingan ayollarga homilador bo'lish qat'iy taqiqlanmaydi. Agar homiladorlik davrida astmatik status tez-tez takrorlanib hamda nafas, yurak-o'pka yetishmovchiliklari belgilari bo'lsa, homiladorlikning dastlabki muddatlarida abort qilish, kechki muddatlarida esa vaqtdan oldin tug'dirish, tug'ruq paytida akusherlik qisqichlaridan foydalanish tavsiya qilinadi.

Pnevmoniya

Ma'lumki, o'tkir zotiljam (pnevmoniya) o'pkaning barcha to'qima elementlari zararlanishi bilan kechadi. Klinik va morfologik belgilariga qarab krupoz va o'choqli zotiljam turlari ajratiladi. O'tkir zotiljamning birlamchi, ya'ni alohida kelib chiqadigan va ikkilamchi – boshqa xastaliklar fonida kelib chiqadigan turlari mavjud.

O'tkir zotiljamga olib keluvchi omillardan yuqori nafas yo'llari virusli infeksiyalari, bronxial daraxt obstruksiyasi, organizmdagi immun tanqislik, alkogol va chekishlarni ko'rsatib o'tish lozim. Quyida o'tkir zotiljamning homilador ayol organizmi va homilaga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi ba'zi bir turlari bilan tanishib chiqamiz.

Krupoz pnevmoniya

Krupoz pnevmoniya homilador ayollarda juda og'ir kechadi va har xil asoratlarga olib kelishi mumkin. Bunga sabab homiladorlikda, ayniqsa uning ikkinchi yarmida diafragmaning yuqori ko'tarilishi, o'pka nafas olish yuzasining kamayishi va ekskursiyaning chegaralanganligi, yurak qon-tomir sistemasiga qo'shimcha funksional og'irlik tushishi va boshqalardir. Kasallikning boshlanishi o'tkir bo'lib, u tana haroratining 39-40°C ga ko'tarilishi, titrab-qaqshash bilan xarakterlanadi. Ayrim vaqtlarda xastalanishning boshlangan soatigacha aniq aytish mumkin. Ularda birinchi kundanoq umumiy kamquvvatlik, quruq yo'tal, balg'am ajralishining qiyinligi kuzatiladi. Ba'zan shamollash jarayoni plevranning diafragma yaqin qismida bo'lsa, bemorlar qornining yuqori qismida og'riq borligidan shikoyat qiladilar. Bunday hollarda homilador ayolni ginekolog bilan birgalikda ko'rish lozim. Keyinroq ko'pchilik hollarda yopishqoq, qo'ng'ir rangli eritrotsitlar borligidan qiyin ko'chuvchi balg'am ajrala boshlaydi. Bunday holat 5-10 kun saqlanib, bemor ko'krak qafasida kuchli

og'riq bo'lishi, uning tez-tez yo'talishi va havo yetishmovchiligi sezishi hamda nafas olishining tezlashishi, o'pkaning zararlanishi bor tomonida o'pka ekskursiyasi sekinlashishiga sabab bo'ladi.

Bemor ko'rikdan o'tkazilganda ahvolining og'irligi, ba'zi hollarda es-hushining qorong'ilashganligi, boshini baland qilib ko'krak qafasining zararlangan tomonida yotishi majburiy holat kabi ko'zga tashlanadi. Agar zotiljamda o'pkaning yuqori bo'lagi zararlangan bo'lsa, yonoq chegaralangan holda qizargan (tegishli tomonda) bo'ladi. Bunga patologik jarayonning bo'yin simpatik tugunini qamrab olishi sabab bo'ladi.

Kasallikning o'tkir davrida nafas olish qiyinlashadi.

O'pkada gaz almashinuvining buzilishi natijasida bemor lablari sianozi (ko'karishi) paydo bo'ladi. Bemorning o'pkasidagi quyilish (zichlanish bosqichi) davrida zararlangan bo'lak ustida perkutor tovushning bo'g'iqqligi kuzatiladi, bu esa o'pka to'qimasi qattiqlashganidan darak beradi. Zararlangan o'pka bo'lagi ustida pasaygan vezikulyar nafas va krepitatsiya, keyinchalik bronxial nafas, zotiljamning so'rilib jarayonida esa qattiq nafas va yana krepitatsiya eshitiladi. Agar yuqoridagi jarayon visseral va pariyetal plevruga ham o'tgan bo'lsa, bu holda ushbu pardaning ishqalanish shovqini eshutilishi mumkin. Shuni alohida ko'rsatib o'tish lozimki, krepitatsiya differensial belgilar ichida eng asosiysi hisoblanadi va u o'tkir zotiljamning boshqa turlarida uchramasligi mumkin.

Qonda neytrofil leykotsitoz, limfopeniya, eozinopeniya va ECHT tezlashishi kuzatiladi. S-reaktiv oqsil ko'rsatkichlari oshadi, jigarning toksik zararlanishi natijasida tiklangan bilirubin ortishi mumkin. Homiladorlikning dastlabki uch oyligida rentgen usulida tekshirish mutlaqo taqiqlanadi. Davolashning asosiy yo'nalishida kasallikni o'z vaqtida aniqlash va bemorni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish katta ahamiyatga ega. Davolash choralari quyidagilarga qaratilgan bo'lishi kerak: kasallik qo'zg'atuvchisiga ta'sir qilib, zaharlanish (intoksikatsiya) belgilarini kamaytirish va oldini olish; yallig'lanish reaksiyasini yo'qotish; o'pkaning drenaj funksiyasini tiklash; organizmning immunobiologik reaktivligini oshirish va asoratlar kelib chiqishining oldini olish.

Birinchi navbatda kechiktirilmasdan antibiotiklar tavsiya qilinadi va bunda albatta ularning platsentar va gematoensefalik barerlardan o'tishi hisobga olinishi kerak. Ulardan birinchi galda penitsillinga katta o'rin beriladi (3-5 mln.- 10-12 mln. qadar kunda) yoki oksatsillin bir kunda 3-4 g dan buyuriladi. Seporin ham muqobil dozalarda ishlatilishi mumkin, lekin homiladorlikning birinchi oylarida bu dori taqiqlanadi. Kefzol, tetratsiklin qatoridagi antibiotiklar – levomitsetin, makrolidlar, rifampitsin homiladorlik bo'lganda tavsiya qilinmaydi. Monomitsin, kanamitsin,

gentamitsinlarni faqat hayotiy muhim ko'rsatma bo'lgandagina krupoz pnevmoniyali homilador ayollarga qo'llash mumkin.

Sulfanilamidlar bakteriostatik ta'sir qilish xususiyatiga ham ega bo'lib, ulardan asosan qisqa ta'sir ko'rsatuvchilari tavsiya etiladi. Masalan, sulfadimezin kuniga 4-6 g dan beriladi. Sulfalen, sulfaton yoki biseptolni homiladorlikda tavsiya qilish maqsadga muvofiq emas. Agar organizmda intoksikatsiya alomatlari bo'lsa, gemodez – 200-400 ml, reopoliglyukin – 200 ml, jelatinol – 300 ml, gidrolizin – 200 ml va shularga o'xshash suyuqliklar tomir ichiga tomchilab yuboriladi.

O'tkir zotiljamning bronxlar spazmi bilan kechadigan turlarida esa yuqoridagilar bilan bir qatorda, bronxolitiklardan foydalanish tavsiya qilinadi. 2,4 foizli eufillin 5-10 ml, 0,5 foizli 200 ml glyukoza eritmasi tomir ichiga tomchilab yuboriladi yoki eufillin xabdori holida ishlatiladi (0,15 g – 3 mahal). O'pkaning drenaj funksiyasini yaxshilash uchun altey damlamasi, mukaltin, bromgeksin va boshqalar qo'llaniladi. Homilador bemorlarda prednizolondan aerazol ingalyatsiyasi holida foydalanish mumkin. Ushbu kasallikda vitaminlarni berish ham maqsadga muvofiqdir. Asosan, B guruhidagi vitaminlar va askorbin kislotasi o'rtacha terapevtik dozalarda ishlatiladi. Antioksidantlardan vitamin Ye tavsiya qilinib, homilador bemorlarda bola tushishi xavfining oldini oladi.

Kasallikning o'tkir davri o'tgandan keyin fizioterapiya muolajalaridan foydalanish mumkin. Masalan, eufillin yoki boshqa spazmolitik moddalarning 0,5 foiz novokainli eritmasi ingalyatsiya uchun ishlatiladi. Bundan tashqari nafas gimnastikasi ham tavsiya etiladi.

Kasallik og'ir kechganda kuchli intoksikatsiya, bronxlar obstruksiyasi hamda nafas yetishmovchiligining II-III bosqichi ro'y berganda gormonal preparatlar yetarlicha miqdorda buyurilishi lozim.

O'tkir zotiljam og'ir kechib, tug'ish muddati yaqinlashganda II-III darajali nafas yetishmovchilik bor bo'lsa, homilador ayolda perineotomiya qilish yo'li bilan homilaning tug'ilishi tezlashtiriladi. O'tkir zotiljamda homiladorlik davom etishi mumkin. Surunkali kechuvchi va har xil asoratlar (masalan, nafas yetishmovchiligining II-III bosqichi) kuzatiladigan zotiljam homilador bo'lishga monelik qiladi.

O'pkaning yiringli kasalliklari

O'pkaning o'tkir yiringlashi klinik-morfologik jihatdan abscess, gangrenoz abscess va o'pka gangrenalariga bo'linadi.

Abscess o'pka to'qimasi uning nekrozga uchrashi va yiringlab ketishi natijasida hosil bo'ladigan bo'shliqdir. O'pka gangrenasi esa ushbu organ yoppa nekrozi va sog' qismining chegaralanmasdan tez yiringlab

nurashidir. Gangrenali abscess o'pka to'qimasining uncha katta bo'lmagan va u yoki bu darajada chegaralangan nekrozi bo'lib, bunda sekvestratsion bo'shliqlar hosil bo'lishi va asta-sekin tozalanishga moyillik borligi kuzatiladi.

Bu guruhdagi kasalliklarning asosiy qo'zg'atuvchilariga tillasimon stafilokokk, ko'k yiring tayoqchasi, protey hamda fuzobakteriyalar kiradi. Keyingi vaqtlarda viruslarning o'pka destruktiv jarayonlarini keltirib chiqarishdagi o'rni o'rganilmoqda. Infeksiya havo o'tkazuvchi yo'llar proksimal bo'limidan distal bo'limiga ingalyatsion (aerogen) yoki aspiratsion yo'l bilan o'tishi mumkin va infeksiyaning keyingi usul bilan o'tishi o'pkaning yiringli kasalliklari patogenezida yetakchi omillardan biri hisoblanadi. Bu holat ayollarda burun-halqum, yo'tal reflekslari buzilgan sharoitda, abort, patologik tug'ruqlarda, hushsiz holatlarda qo'llaniladigan niqob usulidagi narkozda ko'proq sodir bo'ladi. Shuni ta'kidlash lozimki, umumiy va mahalliy himoya mexanizmlari faoliyatini susaytiruvchi xastaliklar va patologik holatlar o'pkada destruktiv jarayonlarning avj olishiga olib keladi.

Ko'pincha kasallik o'tkir boshlanib, haroratning 39-40° C gacha ko'tarilishi, et uvishishi va umumiy darmonsizlik kuzatiladi. Bemorlar ko'krak qafasida qattiq og'riq bo'lishidan noliydilar va o'pka zararlangan tomonga o'girilib yotadilar. Ularni tinkani quritadigan quruq yo'tal ham bezovta qiladi. Bemorlarda teri va shilliq pardalar diffuz tarzda ko'kargan bo'lib, ularda yana yurakning tez urishi va arterial bosimning pasayishi kuzatiladi. Jarohat bor tarafda nafas ekskursiyasi orqada qoladi, paypaslab ko'rish esa qovurg'a oraliqlarida og'riq va teri gipertermiyasi mavjudligini ko'rsatadi. Perkutor tekshirishda zararlangan soha ustida tovushning sezilarli darajada bo'g'iqligi aniqlanadi. O'pkadagi infiltrativ-nekrotik o'zgarishlar davriga qarab auskultatsiyada pasaygan bronxial yoki vezikulyar nafas eshutiladi. Kasallikning erta davrida xirillashlar bo'lmaydi. Ba'zan bo'g'iq tovush sohasi ustida plevranning ishqalanish shovqini eshilib, bu fibrinoz rivojlanganidan darak beradi.

Patologik jarayonning dastlabki davri davomiyligi har xil bo'lib aspiratsion destruksiyalarda infiltratsion davr 5-12 kunni tashkil etishi, metapnevmon destruksiyalarda esa 16-18 kunga cho'zilib ketishi mumkin. Bunga ikkilamchi yiring hosil qiluvchi mikrofloraning qo'shilishi sabab bo'ladi va bunda vaziyat ko'p hollarda ayollarda bo'ladigan zotiljamda yuzaga keladi.

Kasallikning ikkinchi davri parchalanish mahsulotlarining bronxga o'tishi bilan tavsiflanadi. Bunda to'satdan paydo bo'lgan yo'tal ko'p miqdorda balg'am ajralishi bilan tugaydi. Bemorning ahvoli nekrotik substratning qay tarzda va qancha miqdorda ajralishiga bevosita

bog'liqdir. Uncha katta bo'lmagan yaxshi o'tkazuvchan bo'shliqlarda kasallikning kechish jadalligi nisbatan yengil bo'lib, badan harorati, intoksikatsiya belgilari pasayadi, perkutor tovush jadalligi hamda uning chegaralari kamayadi.

Bloklovchi abscess destruktiv jarayonning maxsus turi hisoblanib, bunda torpid tarzda kechuvchi o'pka yiringlashi va hosil bo'lgan zaharli moddalar uzoq vaqt mobaynida bronx orqali chiqa olmaydi, buning natijasida isitma ko'tarilib, zaharlanish belgilari kuzatiladi.

Bunday cho'zilib ketgan noxush jarayon odatda asoratlar keltirib chiqaradi. O'pkadan profuz qon ketishi, klapanli pnevmotoraks, jigar va buyraklar amiloidozi shular qatoriga kiradi va bular keyinchalik nogironlikka va ba'zi hollarda o'limga sabab bo'lishi mumkin.

O'pka gangrenasida ko'pincha davo kor qilmaydi va balg'am mo'l ajralishiga qaramasdan bemorlarning ahvoli tobora yomonlashadi. Et uvishishi, harorat, zaharlanish belgilari oshib boradi, o'pkadagi jarayon esa qo'shni to'qimalarga yoki sog' o'pkaga ham o'tadi.

Kasallik yengil kechganda yiringli moddalar bronx orqali ajraladi va hosil bo'lgan bo'shliq ulardan tozalanadi. O'pkaning yiringli xastaligida hayotiy ko'rsatmalarga asosan homiladorlikning hamma muddatlarida ayolni rentgen qilish mumkin. Unda kasallikning dastlabki bosqichida intensiv infiltrativ soya aniqlanadi va u o'pkaning bir-ikki qo'shma segmentlarini yoki uni yaxlit egallaydi. Keyingi bosqichda esa infiltrat kamayib boradi va rentgenologik tekshiruvlarda shakli dumaloqlangan, ichki konturi tep-tekis va suyuqligi gorizontol bo'lgan bo'shliq aniqlanadi. Keyinchalik infiltrat so'rilib ketadi, bo'shliq o'zgaradi va uni aniqlab bo'lmaydi.

Yiringli jarayon kechishining ikkinchi xili – uning bir qadar uzoqroq davom etishidir (2-3 hafta). Bunda faqat tegishli davolash usullari bilan bo'shliqni drenajlashga erishilgandagina bemor ahvoli yaxshilanadi.

Abscessning shunga o'xshash og'ir kechishi homiladorlikni to'xtatib qo'yishga ham ko'rsatma bo'lishi mumkin. Terapevt va akusher-ginekologlarning bunday bemorlarni alohida parvarish qilishlari va davolashlari talab qilinadi.

O'tkir yoki nim o'tkir kechuvchi (3 oy davomida) jarayon yallig'lanish nekrotik o'choqning bartaraf etilishiga imkon bermasligi tufayli barqarorlashadi. Rentgenologik tekshiruvda saqlanib qoladigan katta hajmdagi infiltratsiya zaminida suyuqlik miqdori ko'p bo'ladigan yirik, yumaloqlangan bo'shliq aniqlanadi va bu drenaj yaxshi bajarilmaganidan darak beradi. Ayrim vaqtlarda o'pka to'qimasida ko'p sonli mayda yorug' joylar paydo bo'ladi va bu gangrenaga xos xususiyatdir. Ularning bir-biriga qo'shilib ketishi natijasida gangrenoz abscess rivojlanishi mumkin.

Bunday kasallikka duchor bo'lgan homilador ayollarda zaharlanish belgilari va nafas yetishmovchiligi yanada kuchayadi, ularda o'pkadan kuchli qon ketishi ham mumkin. Bu ahvol bemorda kasallik kechishini keskinlashtiradi va ko'pincha o'lim bilan tugallanadi.

O'pkaning yiringli kasalligiga ega bemorlar shifoxonalarning ixtisoslashtirilgan torakal bo'limlarida davolanadi va u bir necha yo'nalishda olib boriladi: buzilgan gemostazni saqlash, o'pkadagi destruksiya o'choqlarida optimal drenajni ta'minlash, mikroflora faoliyatini susaytirish va organizmning immun statusini oshirish.

O'pkaning yiringli kasalliklari to'g'risida fikr yuritar ekanmiz, bunday kasalligi bor ayollarda homiladorlik qati'yan man qilinishini yodda saqlash lozim.

O'pka gipertenziyasi

O'pka gipertenziyasi – kichik qon aylanishi doirasida arterial bosim oshishi tufayli kelib chiqadigan patologik sindrom bo'lib, u o'pka va yurak ichi gemodinamikasining buzilishini o'z ichiga oladi. O'pka gipertenziyasi sindromining kelib chiqishini nazarda tutib, tuzilgan tasnifga binoan uning quyidagi turlari farqlanadi:

- 1) o'pka venoz drenajiga to'siqlar;
- 2) qon aylanishining o'pka tomirlari o'zanidan to'silishi;
- 3) nafas a'zolari xastalıkları tufayli o'pka tomir o'zani ko'ndalang kesimi maydonining kamayishi (surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari, o'pkaning surunkali yiringli xastalıkları, qo'shuvchi to'qima tizimi xastalıkları, sarkoidoz, zotiljam va boshqalar);
- 4) o'pka arteriyalari yetishmovchiligi oqibatida o'pka tomir o'zani ko'ndalang kesimi maydonining kamayishi;
- 5) yirik o'pka arteriyalarida qon aylanishiga to'siqlarning paydo bo'lishi va gipoventilyatsiya holati.

O'pka obstruktiv xastaliklarida kuzatiladigan o'pka gipertenziyasi

Bu klinik sindrom belgilari ko'pincha o'pka xastaliklarining dastlabki davrlarida yuzaga chiqmaydi va asosiy kasallik belgilari fonida qolib ketadi. Lekin o'pkaning surunkali nospesifik xastaliklarining kechishini og'irlashtiradi. O'pka gipertenziyasining boshlang'ich belgilarini aniqlash shuning uchun ham muhimdir.

O'pka obstruktiv xastaliklarida, ayniqsa surunkali obstruktiv bronxitda, alveolyar ventilyatsiyaning notekisligi va alveolyar havoda kislorod parsial bosimining tushib ketishi o'pka gipertenziyasini keltirib chiqaradi. Bunda alveolyar gipoksiya va giperkapniya mayda, o'rta hajmli

arteriya va arteriolalarning vazokonstriksiyasiga olib keladi. Aslida fiziologik bo'lgan bu refleks gipoksiya holatlarida patologik refleksga aylanib qoladi va buning natijasida o'pka arteriyalarining qisilishi, unda o'pka qon aylanishiga qarshilikning oshishi yuzaga kelib, pirovard natijada o'pka gipertenziyasi rivoj topadi.

O'pka gipertenziyasining boshlang'ich davrida klinik belgilarini aniqlash qiyin bo'ladi, chunki bronxlar obstruksiyasi yetakchi o'rin egallaydi. Keyinchalik nafas qisilishining kuchayishi, jismoniy zo'riqish va tolerantlikning kamayishi, sianoz, o'pka gipertenziyasidan darak beruvchi belgilar bo'lib hisoblanadi. Tashqi nafas funksiyasida ifodalangan va qaytmas o'zgarishlar kuzatilib, kichik qon aylanish doirasi gipertenziyasi tufayli yurakning o'ng bo'lagida gipertrofiya va dilyatatsiya belgilari paydo bo'ladi.

Obyektiv kuzatuvda o'pka-yurak yetishmovchiligida ko'proq sodir bo'ladigan diffuz sianoz, bo'yin venalarining shishishi, barmoqlarining «nog'ora tayoqchasi» shakliga kirishi, diafragma harakatining chegaralanganligi, ko'krak qafasining bochkasimon bo'lishi va boshqalar xosdir. Yurak o'ng qorincha yetishmovchiligini esa ko'proq jigar kattalashishi, anuriya, assit, akrotsianoz va boshqa belgilar aks ettiradi. Asosiy xastalikni davolashda oksigenoterapiya, teofillin preparatlari, geparin (5000 TB har 6 soatda 10 kun davomida), nitratlar, kalsiy antagonistlari, riboksin, siydik haydovchi dorilar, yurak glikozidlari, umumiy quvvatlantiruvchi va simptomatik dori-darmonlar alohida o'rin tutadi.

Yurak-o'pka hamda qon aylanish yetishmovchiliklari (IIB-III bosqich) bo'lgan ayollarda homiladorlik qat'iyani taqiqlanadi.

Sil kasalliklari va homiladorlik

Klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, homilador ayollarda ko'proq sil kasalligining chegaralangan holda tarqalishi kuzatiladi. Lekin so'nggi vaqtlarda ayollar maslahatxonalar va silga qarshi dispanserlarda profilaktika ishlarining susayishi, homilador ayollarning moddiy ahvoli, sanitariya qonun-qoidalariga rioya qilmaslik hamda oilani noto'g'ri rejalashtirish silning surunkali va og'ir klinik turlarining ko'payishiga sabab bo'lmoqda.

Homiladorlik davridagi o'pka sili ham asosan ayol hayotining boshqa davrlarida uchraydigan sil kasalligi belgilari bilan kechadi. Ayrim hollarda uning belgilari uncha yaqqol ifodalanmaydi va ayol kishi homiladorlikning hamma davrlarida kasallikni yengilroq o'tkazadi. Boshqa hollarda ko'pgina o'zgarishlar bemor ayolning ahvoli og'irlashganidan darak

beradi. U kun sayin holsizlanib borayotgani, tez-tez charchashi, sababsiz terlashi, ayniqsa kechalari qisqa yo'tal tutishi, vaqti-vaqti bilan badan haroratining ko'tarilishi va boshqalardan shikoyat qiladi.

Xalq orasida sil kasalligi ustida so'z ketganda asosan o'pka sili tushuniladi. Olib borilgan tekshirishlar va kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, agar o'pka sili 80-85 foizni tashkil qilsa, boshqa a'zolarining sildan zararlanishi 15-20 foizni tashkil etadi. Bular buyrak, bachadon, suyak-bo'g'im, qorin bo'shlig'i, miya qobig'i, ter va ko'z sillaridir. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, so'nggi yillarda silning bu turlari, ayniqsa tug'ish yoshidagi ayollar o'rtasida ortib bormoqda.

Sil kasalligi aniqlanganda homilador ayol dispanser nazoratiga olinadi va homiladorlikni saqlash va bunday bemorni davolash masalasi ftiziatr va ginekolog hamkorligida hal qilinadi. Tug'adigan ayollar butun homiladorlik davrida va tug'ruqdan keyin (laktatsion davr mobaynida) ftiziatr va ginekologning doimiy nazoratida bo'lishlari zarur.

Homiladorlikning dastlabki oylaridan boshlab silga chalinib, sog'aygan homilador ayolning og'ir mehnat qilishi, tungi smenalarda va ishdan tashqari vaqtlarda ishlashini man qilish kerak.

Katta shahar va viloyat kasalxonalari tug'ruqxonalarida, tug'ishga ko'maklashuvchi boshqa muassasalarda o'pka sili bilan og'rigan ayollarga mo'ljallangan maxsus bo'lim yoki tug'ruq bo'limlarida ayrim xonalar tashkil etilgan bo'lishi shart. Silga chalingan homiladorlarga bunday muassasalarga yo'llanmalar berilib, tug'ishi mo'ljallangan muddatdan 3-4 hafta oldin yotqiziladi.

Sil bilan og'rigan bemorlarda tug'ish asoratlari bo'lsa, ular akusherlik shifoxonasida tuqqanidan keyin kamida yana 20 kun davomida davolanadilar. Sil kasalligi sababli davolanishni davom ettirishga muhtoj bo'lgan ayollar tug'ruqxonadan sil kasalliklari shifoxonasiga, keyin esa silga qarshi sanatoriya yuboriladi. Bunday bemorlar keyinchalik turar joydagi sil kasalligi dispanserida hisobda turadilar.

Kasallik aniqlangandan so'ng homiladorlik davrida davolash chora-tadbirlaridan asosan antibakterial hamda patogenetik ta'sir etuvchi dorilar qo'llaniladi (streptomitsin, izoniiazid, rifampitsin, etambutol, pirazinamid va boshqalar).

Homilador ayollarni rifampitsin, etambutol va etionamid bilan davolashda ehtiyot bo'lish lozim, chunki bu dorilarning homiladorlik ilk davrida homilaga salbiy ta'sir ko'rsatish ehtimoli bor. Ularga beriladigan dorilar miqdori va davolash muddati sil kasalligining klinik turiga hamda uning og'ir-yengilligiga bog'liq bo'ladi.

Sil kasalligining o'choqli, yallig'langan va gematogen, disseminatsiyali turlarida, yallig'lanish fazasida parchalanish alomatlari ro'y bermaganida

8-10 oy davomida kombinatsion antibakterial davo tavsiya etiladi. Parchalanish bilan kechadigan o'pka siliga chalingan homiladorlarga (dastlabki 2-3 oy ichida kaverna bitib ketishiga rosmana moyillik bo'lganda) 10-12 oy muddatli davo tavsiya etiladi. Bunga organizmni quvvatlovchi davo turlari kiradi. Silga chalingan homiladorlarni bosqichma-bosqich davolash muhim ahamiyatga ega. Bunda quyidagi davolash tadbiriga rioya qilgan ma'qul:

1. Homiladorlik davrida ko'pi bilan 2-5 oy davolash muassasasida bo'lish (bu muddat davolash natijalariga ko'ra belgilanadi).

2. Sil bilan og'rigan bemorlarga tug'ruqxonadan chiqqan bolalarini ko'krak berib emizish man etilsa, ular silga qarshi davolash muassasasining stasionariga yoki bunday homiladorlar uchun ixtisoslashtirilgan sanatoriya yuboriladi. Va aksincha, bolani emizishga ruxsat etilganda sil bilan og'rigan ona tug'ruqxonadan chiqib ketganidan so'ng, unga lozim bo'lgan davo ambulator sharoitda o'tkaziladi.

Profilaktik kimyoviy terapiya o'tkazish uchun bemorlar yana o'sha shifoxonaga yotqiziladi.

Fibroz-kavernali silga chalingan homiladorlarga alohida e'tibor berish zarur. Fibroz-kavernali o'pka silida u cheklangan yoki tarqalgan bo'lishiga qaramay odatda, homiladorlik to'xtatiladi. Agar ayrim sabablarga ko'ra u saqlansa, fibroz-kavernali o'pka sili bilan og'rigan bemorlar uzoq vaqt davomida antibakterial davoga muhtoj bo'ladilar.

Fibroz-kavernali silda antibakterial davo bilan odatda, bemorni to'la sog'aytirib bo'lmaydi. Shu bilan birga antibakterial va kimyoviy preparatlar uzoq vaqt qo'llanilganda fibroz-kavernoz tur silga chalingan bemorlarda kasallik xuruji susayadi, o'pkadagi patologik jarayon avj olishi bartaraf etiladi va shu sababli ularda homiladorlik nisbatan yengil o'tishi mumkin. Silning bunday klinik turida tug'maslik ko'proq maqsadga muvofiqdir. Ayol farzand ko'rishni juda istagan holdagina ana shunday og'ir kasallikda ham homiladorlikni saqlab qolishga ruxsat berish mumkin.

Shuni aytib o'tish kerakki, silning faol kechishida sog'lom homilador ayollarga nisbatan, bemor homiladorlarda toksikoz ko'proq uchrab turadi va u ancha og'ir o'tadi. Bu hol ko'proq sil intoksikatsiyasi bilan bog'liq. Antibakterial preparatlarini uzluksiz qo'llash hamda toksikozni tegishli davolash homiladorlikning yengil kechishiga yordam beradi.

Samarali antibakterial davo o'tkazilganda homiladorlik va tug'ruqning asoratlari sil jarayonining kechishini og'irlashtirmaydi. Silga chalingan bemor onalardan tug'ilgan bolalarning silga chalinish xavfini bartaraf etish juda muhim va ma'suliyatli vazifa hisoblanadi, chunki bunday bolalarning ko'pchiligi tug'ilganidan keyin silga chalinadi. Uning oldini olish uchun

sil kasalligi bor onalardan tug‘ilgan chaqaloqlarni ulardan erta ajratib qo‘yish maqsadga muvofiqdir. Sil tayoqchalarini ajratadigan o‘pka siliga chalingan ona suti bilan go‘dakni boqish juda xavflidir. Bunda ko‘krak suti bilan o‘tadigan sil mikobakteriyalari emas, balki kasallikni chaqaloqqa onadan havo-tomchi yo‘li bilan yuqishi xavfi ustun turadi. Shu sababli faqat sil mikobakteriyalarini ajratmaydigan kasal onalarga bolasini emizib boqishga ruxsat beriladi.

Sil mikobakteriyalarini ajratuvchi bemor ayollarning bolalari sun‘iy yo‘l bilan ovqatlantiriladi. Ular sog‘lom ayollardan olingan pasterizatsiyalangan ko‘krak suti, keyin esa sut omuxtalari bilan boqiladi. Bunday bolalarga, hayotining dastlabki haftalaridan boshlab, vitaminlar va baliq moyi beriladi. Sun‘iy boqilayotgan bolalar tug‘ruqxonadan ona chiqib ketganidan keyin ham qoldiriladi.

Silga chalingan onalardan tug‘ilgan chaqaloqlar silga qarshi emlanadi va onalardan besh haftaga ajratib qo‘yiladi, bu davrda bolalarda silga qarshi immunitet shakllanib boradi. Bolalar tug‘ilganidan keyin darhol tug‘ruqxonaning fiziologik bo‘limiga qarashli maxsus bolalar xonalariga yotqizilishi zarur. Sil bilan og‘rigan onalardan tug‘ilgan bolalarni boqish va jismonan tarbiyalash, kelajak avlodni sog‘lomlashtirish davlat ahamiyatiga molik vazifa hisoblanadi. O‘pka sili bilan og‘rigan va uzoq vaqt antibakterial preparatlar bilan davolangan onalardan bolalar oy-kuni to‘lib tug‘iladi, yashashga qodir, vazn va bo‘y ko‘rsatkichlari me‘yorida bo‘ladi. Ular sog‘lom onalardan tug‘ilgan bolalar singari rivojlanadi.

Homiladorlikni to‘xtatish yoki uni saqlab qolish haqidagi masala har bir holda alohida ko‘rib chiqiladi. Bunda kasallik bosqichi va turigina emas, balki bemorning ishlash va yashash sharoitlari, onaning farzand ko‘rish istagi ham inobatga olinishi lozim.

Silga chalingan ayollarda homiladorlikni faqat uning dastlabki 12 haftasigacha, yaxshisi 8-10 haftasida to‘xtatgan ma‘qul. Shunda ham albatta antibakterial davo o‘tkazib turib, birinchi homiladorlikni juda ehtiyotlik bilan to‘xtatishga kirishiladi. Homiladorlikni birmuncha kech muddatlarda to‘xtatib qo‘yish fiziologik jarayonlarning normal kechishini izdan chiqaradi, kasallikni davolash u yoqda tursin, ko‘pincha uning kechishini og‘irlashtirib qo‘yadi

Homiladorlikning kechikkan muddatlarida – 26 haftadan keyin (homila yashashga qodir bo‘lganda) homiladorlikni, faqat hayotiy ko‘rsatmalarga qarab, to‘xtatishga ruxsat etiladi. Shu o‘rinda agar mutlaq monelik mavjud bo‘lsa, silga chalingan tug‘ish yoshidagi ayollarda homiladorlikning oldini olish zarur hisoblanadi.

O'pka kasalligida homiladorlikka monelikning umumiy asoslari

Nafas olish tizimi kasalligi bor ayollarda homiladorlikka monelikning quyidagi asoslariga amal qilish lozim:

– nafas olish tizimi kasalliklarining homilador organizmiga, homila rivojlanishiga, tug'ruq va tuqqandan keyingi davrda, chaqaloqqa salbiy ta'sirini hisobga olish;

– nafas olish tizimi kasalliklarida qo'llaniladigan va muntazam ravishda qabul qilinishi lozim bo'lgan dori-darmonlarning (antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari, kortikostroid gormonlar) homilaga ta'sirini hisobga olish;

– qo'shni a'zolar va tug'ruq a'zolari kasalliklarini nazarda tutish ularning o'z holicha homiladorlikka monelik qilishiga sabab bo'lmasada, o'pka xastaligi bilan birga kelganda homilador ayol yoki homilaning o'ziga xavf tug'dirishini unutmaslik kerak;

– homilador ayolning ijtimoiy holati, oiladagi farzandlar sonini, tug'ishlar orasidagi davr, irsiy kasalliklarga moyillik borligini hisobga olish ham katta ahamiyatga ega.

Shuni ta'kidlab o'tish joizki, agar kasallik o'z vaqtida aniqlanib, bemor ayol faqat shifokor maslahati bilan davolash-profilaktika choralarini izchillik bilan o'tkaza va zamonaviy davolash usullaridan to'liq hamda sifatli foydalansa, ko'pincha silga chalingan bemor ayollarda homiladorlikni ona-bolaga bezarar oxirigacha yetkazish mumkin.

Homilador ayollarda dori-darmon bilan davolashning asosiy tamoyillari

Homilador ayollarni dori-darmon bilan davolashda bu dori moddalarining nafaqat ayol organizmiga, shuningdek homilaga ham ko'rsatishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirini nazarda tutish lozim bo'ladi. Shu jihatdan olgan paytda dori-darmonli muolaja quyidagi holatlarga bog'liq bo'ladi:

– homiladorlik muddati;

– dori preparatlarining fizik va kimyoviy xossalari;

– dorilarning transplantsentlar va translaktatsion o'tish darajasi;

– dori moddalarining homilador va homila a'zolarida to'planish xususiyatlari;

– homilador organizmida bo'ladigan fiziologik va patologik o'zgarishlarning dori metabolizmiga ta'siri va boshqalar.

Homiladorlikning birinchi trimestri va tug'ishdan oldingi davr ayniqsa o'ta ehtiyotkorlikni talab etadi. Birinchi trimestrda homila a'zolari shakllanishi ro'y beradi. Shu sababli har qanday ichki va tashqi ta'sirlar,

jumladan, dori moddalarining nojo'ya ta'siri homilada embriopatiya, ya'ni a'zolarining qo'pol tug'ma illatlarini keltirib chiqarishi mumkin. Tug'ishdan oldingi davr platsentar qon aylanish intensivligi kamaysa-da, dori moddalarining o'tish va homila a'zolarida to'planish darajalarining oshishi kuzatiladi. Shuningdek, bachadonning qisqaruvchanlikka sezgirliigi oshadi. Shu sababli tayinlanadigan dori moddalarning bachadon qisqarishiga, homila a'zolarida to'planishiga va sut orqali ajralib chiqish-chiqmasligiga alohida e'tibor berish lozim. Shu jihatdan olganda homiladorlarga yangi dorilardan ko'ra, ta'siri kamroq bo'lsa ham, ilgaridan qo'llanib kelinayotgan, vaqt sinovidan o'tgan dorilarini berish maqsadga muvofiqdir.

O'pkaning surunkali obstruktiv xastaliklarida asosan quyidagi dori-darmon guruhleri ishlatiladi:

1. Kasallikni qo'zg'atuvchi mikroblarga qarshi dori moddalar – antibiotiklar, sulfanilamidlar.

2. Bronxlar drenaj funksiyasini yaxshilovchi dori moddalar – bronxolitiklar, mukolitiklar, balg'am ko'chiruvchi dori moddalar.

3. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori moddalar.

4. Gormon moddalari – glyukokortikoidlar.

5. Organizm sensibilizatsiyasiga qarshi dori moddalar – antigistamin dorilar.

6. Organizm intoksikatsiyasiga qarshi dori moddalar.

7. Umumiy quvvatlantiruvchi dori moddalar.

Antibiotiklar. Homiladorlikda antibiotiklardan asosiy tanlash preparati penitsillindir. Penitsillin guruhi homilador ayol hamda homila uchun deyarli bezarardir. Bundan tashqari, sefalosporinlar ham homiladorlikda keng ko'lamda ishlatishga yaroqlidir. Bu dori moddalari kasallikning kechishi, og'irlik darajasiga ko'ra, odatdagi dozalarda tavsiya qilinadi.

Masalan, o'rtacha og'irlikda kechuvchi o'pka xastaliklarida penitsillin 3-4 mln. sutkalik dozada tavsiya qilinadi.

Homilador ayollar ayniqsa, virusli infeksiyalardan saqlanishlari lozim, chunki virusli va bakterial infeksiyalar homila rivojlanishining buzilishiga va bolaning muddatidan erta tug'ilishiga olib keladi.

Homilador ayollarga aminoglikozidlar tavsiya qilish maqsadga muvofiq emas. Bular VIII juft miya-kalla nervlari (cherepno-mozgoviye nervi) va buyrakni zararlaydi

Agar bu guruhdagi moddalarning qo'llanilishi zarur deb topilsa, muvofiq dozalarni tanlashga va inyeksiyalar oralig'idagi vaqtga e'tibor qilish lozim, chunki bu dori moddalarining aks ta'siri effektiv ekskresiya kamayganligi tufayli kelib chiqadi.

Homiladorlikda taqiqlangan antibiotik moddalar quyidagilardir:

Tetratsiklin – homilada osteogenezni buzishi va tish emali gipoplaziyasini keltirib chiqarishi aniqlangan, shuningdek tetratsiklin homilada kalla ichi bosimi oshishi, sarg'ayish, homilador buyragi va jigjarlarining zararlanishini keltirib chiqarishi taxmin qilinadi.

Levomitsetin – yo'ldoshdan tezda va osonlik bilan o'tish, homila jigjarida to'planish xususiyatiga ega. Homila jigari ferment tizimining voyaga yetmaganligi va buyrak yetishmovchiligi tufayli levomitsetin qonda yuqori konsentratsiyada to'planib, har xil noxush ta'sirlarga sabab bo'ladi. Levomitsetin qon ishlab chiqaruvchi a'zolari zararlab applastik anemiyaga olib kelishi mumkin.

Makrolidlar – katta molekulyar massaga ega bo'lib, ularning yo'ldoshdan o'tishi qiyin bo'ladi. Ularning tetratogen ta'siri aniqlanmagan, lekin giperbilirubinemiya keltirib chiqarishi va embriogenezni susaytirish ehtimoli bor. Bu moddalarni homiladorlikda qo'llash yaxshi natijaga olib kelmaydi.

Bronxlarni kengaytiruvchi preparatlar homilador ayollarda bronxial astma va ayrim hollarda obstruktiv bronxitni davolashda qo'llaniladi.

Tashqi nafas funksiyasini tekshirishda homiladorlarda bronxial astma kechishida o'ziga xos o'zgarishlar bo'lishi aniqlanmagan, shu sababli bronxlarni kengaytiruvchi preparatlar, ya'ni metilksantlar, homiladorlarga odatdagi dozalarda qo'llaniladi, lekin qonda erkin aylanib yuradigan gidrokortizon va zardobdagi 3 - siklli AMF konsentratsiyalarining oshishi, bronxospastik tonus va nafas yo'llari qarshiligining kamayishi homiladorlarda bronxial astma xurujini kamaytiradi. Aksincha, homila antigenlari, yuqori nafas yo'llari virusli infeksiyalari giperventilyatsiya og'ir xurujlarini keltirib chiqarishi yoki mavjud simptomlarni og'irlashtirishi mumkin.

Eufillin – bachadonning qisqaruvchanligini susaytirish xususiyatiga ega. Metilksantinlarning homilaga teratogen ta'siri aniqlanmagan. Salbutamolni venaga yuborishning bachadon atoniyasini kuchaytirishini hisobga olib, tug'ruq oldi qon ketishida mutlaq taqiqlanadi. Bunday hollarda salbutamolni ingalyatsiya holda qo'llash tavsiya qilinadi. Bundan tashqari dozalangan ingalyatorlar, ditek, berodual, astmopentlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Kasallikning yengilroq turlarida bronxlarni kengaytiruvchi dori moddalarini endotraxeal yo'l bilan yuborish mumkin.

Atropin – homila uchun xavfsiz, lekin u homilada taxikardiya keltirib chiqarishi mumkin.

Adrenalinni homiladorlik paytida ehtiyot bo'lib ishlatgan ma'qul. Bu preparat bronxlarni kengaytiribgina qolmay, bachadon qisqarishini

susaytiradi, lekin qon bosimini biroz ko'tarishi, yurak urishini tezlashtirishi mumkin.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori moddalar. Yuqorida aytib o'tganimizdek, dorilarning ta'siri homiladorlikning muddatiga bog'liq. Kuzatishlar shuni ko'rsatdiki, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori moddalar homiladorlikning dastlabki 5-6 haftasida tavsiya qilinganda, bolaning o'lik tug'ilishi, neonatal o'lim kuzatilishi mumkin. Homilador ayolda esa kamqonlik va qon ketish hollari kuzatilgan. Aspirin bilan davolanganda neonatal purpura, trombositlar disfunktsiyasi va XII faktor yetishmovchiligi sababli qon quyilishlar kuzatiladi. Xulosa qilib aytganda, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni homiladorlikning dastlabki trimestrida va tug'ishga yaqin muddatlarida tavsiya qilish o'ta ehtiyotkorlikni talab etadi.

Gormonal preparatlar. Homiladorlikda zarur bo'lgan holda gormonal preparatlardan kerakli dozada tavsiya qilish mumkin. Fiziologik jihatdan homilador ayolda buyrak usti bezi funksiyasining o'zgarishi kuzatiladi.

Hozirgi kunda pulmonologiyada bronxial astma va obstruktiv bronxitni davolashda dozalangan aerosol ingalyatorlaridan keng ko'lamda foydalanilmoqda.

Bu aerosol ingalyatorlarga beklomet, beklament, beklametazon, beklorkord, ingakort va boshqalar kiradi.

Homiladorlikda tarkibida gormon bo'lgan xuddi shu dozalangan aerosol ingalyatorlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Bu ingalyatorlar odatdagi miqdorda mahalliy ta'sir ko'rsatib, homilaga zararli ta'sir qilmaydi.

Desensibilizatsiyalovchi dori moddalar. Bularga antigistamin preparatlar kiradi. Bu dori moddalari bronxial astmaning allergik turlarida tavsiya qilinadi. Homilador ayollarga antigistamin moddalarni odatdagi dozada tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bu dori moddalar tavsiya qilinganda homilador ayol va homilada sezilarli illatlar kuzatilmagan. Ko'proq quyidagi antigistamin preparatlari ishlatiladi: tavegil 1 tabletkadan 2 mahal, suprastin, ketotifen, keyingi paytlarda intalning dozalangan aerosol va kapsulada turboingalyatorda ishlatish samarali natija bermoqda. Bundan tashqari, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklarini davolashda kalsiy antagonistlarini tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bu guruh preparatlarga nifedipin, verapamil kiradi. Odatdagi miqdorlarda bu guruh preparatlar homilador ayol va homilaga noo'rin ta'sir ko'rsatmaydi.

Dezintoksikatsion dori moddalar homiladorlikda mavjud kasalliklarning kechishi, og'irlik darajasi va ayolning umumiy ahvolini

nazarda tutgan holda tavsiya etiladi. Bu guruh moddalardan gemodez, disol, natriy xloridi – 0,9 foiz, glyukoza, natriy bikorbonat – 3 foiz eritmalarini tomchilab tomirga quyish maqsadga muvofiqdir.

Quyidagi jadvalda homiladorlikda ko‘p ishlatiladigan dori moddalarini to‘g‘ri tanlash va ularning izohlari berilgan.

17-jadval

Homiladorlikda ko‘p ishlatiladigan dori moddalari va ularni qo‘llashga moneliklar

Dori preparatlari	Dorini tanlash	Izoh
Analgetiklar va salitsilatlar	Tanlashga yaroqli	Homiladorlik davrida tavsiya qilish mumkin. Tuqqandan keyin giperbilirubinemiya olib kelishi mumkin
Parasetamol	Tanlashga yaroqli	
Butadion	Tanlashga yaroqli	Kamqonlikda ishlatilmagani ma‘qul. Kamdan-kam hollarda metgemoglobin va agranulotsitoz hosil bo‘lishiga olib keladi
Indometatsin	Taqiqlanadi	Uzoq muddat iste‘mol qilganda o‘shishni susaytiradi
Atropin	Tanlashga yaroqli	Terapevtik dozalarda xavfsiz
Sulfanilamidlar	Zarur hollarda tanlashga yaroqli	Metgemoglobinemiya va anemiya olib keladi
Furadonin	Iloji boricha tanlamaslik	Gemoliz, tish sarg‘ayishi, giperbilirubinemiya
Izoniazid	Tanlashga yaroqli	
Rifampitsin	Tanlashga yaroqli	
Etambutol	Zarur hollarda tanlash	
Nistatin	Tanlashga yaroqli	
Gipotenziv dori moddalar	Zarur hollarda tanlash	Chaqaloqda burun shilliq qavati shishi, havo yetishmasligi, uyqusizlik, ichaklar atoniyasini keltirib chiqaradi

Teofillin preparatlari	Tanlashga yaroqli	Mutlaq xavfsiz
β_2 -simpatomimetiklar	Zarur hollarda	Homilada taxikardiya keltirib chiqaradi, homilani zararlaydigan boshqa nojo'ya ta'sirlari aniqlanmagan
Sensibilizatsiyaga qarshi dori moddalar	Zarur hollarda	Odatdagi dozalarda xavfsiz
Geparin	Tanlashga yaroqli	Yo'ldosh orqali o'tmaydi
Siydik haydovchi moddalar	Tanlashga yaroqli	
Yurak glikozidlari	Tanlashga yaroqli	Odatdagi dozalarda xavfsiz
Digitalis, strofantin		
Yod preparatlari	Taqiqlanadi	Homilada tug'ma bo'qoq va gipertireoz keltirib chiqaradi
Gormon moddalari	Zarur hollarda	
Tomir ichiga tomchilab yuboriladigan har xil suyuqliklar	Zarur hollarda	Qonning elektrolit tarkibi buzilishi mumkin
Kamqonlikka qarshi ishlatiladigan dori moddalari	Tanlashga yaroqli	
<i>Vitaminlar:</i>		
Vitamin A	Muhtoj hollarda	Markaziy nerv sistemasi rivojlanishi nuqsonlari
B-guruh vitaminlar	Tanlashga yaroqli	
Vitamin D	Taqiqlanadi	Katta dozalarda a'zolar kalsifikatsiyasini chaqiradi
Vitamin K	Tanlashga yaroqli	
Vitamin B12	Yaroqli	
Sitostatik dori moddalar	Taqiqlanadi	Rivojlanish nuqsonlari, homilaning nobud bo'lishi

Nafas a'zolari kasalliklari bo'yicha bajarilishi kerak bo'lgan tibbiy standartlar, mutaxassislar maslahati, dori-darmonlar ro'yxati

KXT-10 shifr J13
PNEVMONIYA

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach-otolaringolog konsultatsiyasi	*		
Vrach-ftiziatr konsultatsiyasi	40	1	1
Elektrokardiografiya	60	1	2
Bronxoskopiya	30		1
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Teri ichi Mantu sinamasi	20	1	1
Avtomatlashgan spirometriya	50		1
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	80		2
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	80		2
Qondagi gazlar	*		
Qon zardobida glyukozani aniqlash	50		1
Qonning kislota-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	60		2
Peshobning klinik tashxisi	100	2	2
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Qon zardobida ishqor fosfatazasi faolligini aniqlash	*		
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish va aniqlash	100	1	1
Balg'amni bakterioskopik tekshirish	100	1	2
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	80	1	2
S-reaktiv oqsilni aniqlash	80		2
Qon zardobida immunoglobulinlarning asosiy sinflari (A.M.G.) ni aniqlash	*		
Qonning klinik tahlili	100	2	3
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIK USULLARI			
O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenogrammasi	100	1	2
O'pka tomografiyasi	*		

BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	60	10	15
Kislorod terapiya (oksigenoterapiya)	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	90	10	18
Massaj	90	10	15
Davo ovqati (10 yoki 15 stol)	100		

* ko'rsatmaga asosan

10-KXT shifr J 15.7
 ATIPIK PNEVMONIYA

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Bronxoskopiya	*		
Diagnostik bronxoskopiya	*		
Sanatsion bronxoskopiya	*		
LABORATORIYA MUOLAJALARI, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	50		1
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	50		1
Qondagi gazlar	50		2
Qonning kislotatashqor muvozanati ko'rsatkichlari	100		2
Balg'am tahlili	100	1	1
Qon zardobida ishqor fosfatazasi faolligini aniqlash	*		
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish va aniqlash	100	1	1
Balg'amni bakterioskopik tekshirish	100	1	1
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	1	1
Passiv gemaglyutinatsiya reaksiyasida mikoplazma antitelalarini aniqlash	*	1	1
To'g'ri immunoflyuorensiya reaksiyasida legionellalarni aniqlash	100	1	1
DNK-diagnostika usuli bilan legionellani 628 geni fragmentini aniqlash	100	1	1
Xlamidiy antigenlarini aniqlash	100	1	1
Mikrob antitelalarini aniqlash	100	2	2
S-reaktiv oqsilni aniqlash	50		1
Qonning klinik tahlili	100	2	2
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIK USULLARI			
Burun ortiq bo'shliqlarining rentgenogrammasi	*		
O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	2	2
O'pkaning yon proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	2	2
O'pka tomografiyasi	30		1

Farmakoterapiya

Farmguruhlarning nomi

Og'riq qoldiruvchi va nosteroid shamollashga qarshi vositalar
Analgetik-antipiretiklar
Salitsilatlar
Adrenalin va adrenomimetik vositalar
Kombinatsiyalangan bronxolitik vositalar
Nonarkotik yo'talga qarshi, balg'am ko'chiruvchi, qustiruvchi va qusishga qarshi vositalar
Mukolitiklar
Spazmolitik vositalar
Purin mahsulotlari va boshqa spazmolitik vositalar
V guruh vitaminlari va ularning analoglari
Gormonlar va ularning analoglari
Buyrak usti bezi qobig'i gormonlari va ularning analoglari
Gistaminga qarshi preparatlar, gistamin
Plazma o'rnini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi vositalar
Tuzli eritmalar
Aminokislotalar, qandlar va parenteral oziqlantiruvchi preparatlar
Qandlar
Kaliy, kalsiy preparatlari, ishqor va kislotalar
To'qima almashinuvi jarayoniga ta'sir qiluvchi preparatlar
Metabolik jarayonlarni stimullovchi preparatlar
Biostimulyatorlar
Immunomodulyatorlar
Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
Penitsillin guruhi antibiotiklari
Sefalosporin guruhi antibiotiklari
Tetratsiklin guruhi antibiotiklari
Aminoglikozid antibiotiklari
Makrolid antibiotiklari
Zamburug'ga qarshi antibiotiklar
Turli guruh antibiotiklar
Sulfanilamid preparatlari
Triomoniazani davolashda qo'llaniladigan preparatlar
Qon, plazma va boshqa bioto'qima preparatlar
Immun-biologik va davo-profilaktik preparatlar

Davolash natijasi:

Sog'ayishning o'rtacha statistik ko'rsatkichi (foizda): 98.

Bemor ahvolidning yaxshilanishining klinik belgilari:

...Sog'ayish. Klinik simptomlar va laborator belgilar (bronxlar o'tkazuvchanligi, shamollash) ning yo'qolishi.

BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	60	10	15
Kislorod terapiya (oksigenoterapiya)	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	90	10	15
Massaj	90	10	15
Davolovchi ovqat (10 yoki 15 stol)			

Farmakoterapiya

Farmakoguruhlar nomi

Tetratsiklin guruhidagi antibiotiklar
 Antibiotik-makrolidlar
 Antibiotik-xinolinlar
 Anzamsinlar guruhi
 Qon va plazma, boshqa bioto'qimalar preparatlari

Davolash natijasi:

Sog'lomlashtirish o'rtacha statistik ko'rsatkichi (%): 98.

Bemor ahvolidning yaxshilanish belgilari:

Bemor umumiy ahvolidning yaxshilanishi. Laborator tahlil va rentgen ko'rsatkichlarining yaxshilanishi.

* ko'rsatmaga asosan.

10-KXT shifr J 15.8
 BOSHQA BAKTERIAL PNEVMONIYALAR
 (GOSPITAL PNEVMONIYA)

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach-nevropatolog konsultatsiyasi	*		
Elektrokardiografiya	60	1	2
Bronxoskopiya	30		1
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Teri ichi Mantu sinamasi	20	1	1
Avtomatlashtirilgan spirometriya	30	2	2
LABORATOR MUOLAJALAR TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	80	2	2
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	80	2	2
Qon zardobida mochevinani aniqlash	*		
Qondagi gazlar	80	1	1
Qon zardobida glyukozani aniqlash	80	2	2
Qonning kislota-ishqor muvozanat ko'rsatkichlari	100	2	2
Peshobning klinik tashxisi	100	2	2
Balg'amni tekshirish	100	1	1
Qon zardobida ishqor fosfatazasi faolligini aniqlash	*		
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish va aniqlash	100	1	1
Balg'amni bakterioskopik tekshirish	100	1	1
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	1	1
To'g'ri immunoflyuorensensiya reaksiyasi bilan legionella, xlamidiy, mikoplazmalarni aniqlash	100	1	1
DNK-diagnostika usuli bilan legionella 628 geni fragmentini aniqlash	90	1	1
S-reaktiv oqsilni aniqlash	80	2	2
Zardob immunoglobulinlarning asosiy sinflari (A.M.G.)ni aniqlash	*		
Qonning klinik tahlili	100	3	4
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIK USULLARI			

O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	2	3
O'pkaning yon proyeksiyadagi rentgenografiyasi	60	1	1
O'pka tomografiyasi			
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI:			
Ingalyatsion terapiya	60	10	15
Kislorod terapiya (oksegoterapiya)	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	90	10	15
Massaj	90	10	15
Ovqat bilan davolash (10 yoki 15 stol)			

Farmakoterapiya

Farmaguruhlar nomi

Analgetik va nosteroidlar, shamollashga qarshi vositalar
 Analgetik-antipiretiklar
 Salitsilatlar
 Adrenalin va adrenomimetik vositalar
 Kombinatsiyali bronxolitik preparatlar
 Nonarkotik, yo'talga qarshi vositalar
 Balg'am ko'chiruvchi vositalar, mukolitiklar
 Yurak glikozidlari
 Purin mahsulotlari va boshqa spazmolitik vositalar
 Qon quyilishiga ta'sir ko'rsatuvchi vositalar
 Antikoagulyantlar
 Gormon va ularning analoglari
 Buyrak usti bezi gormonlari va ularning analoglari
 Plazma o'rnini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar
 Tuzli eritmalar
 Aminokislotalar, qandlar va parenteral oziqlantiruvchi preparatlar
 Qandlar
 Kaliy, kalsiy preparatlari, ishqor kislotalar
 almashuvi jarayoniga ta'sir qiluvchi preparatlar
 Immunomodulyatorlar
 Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
 Ureidopenitsillinlar
 III avlod sefalosporinlar guruhiga mansub antibiotiklar
 Aminoglikozid antibiotiklari
 Monobaktam antibiotiklari
 Ftorxinolon antibiotiklari

* ko'rsatmaga asosan.

Qon va plazma, bioto'qimalar preparatlari
Immuno-biologik, davo-profilaktik preparatlari

Davolash natijasi:

Sog'lomlashtirish o'rtacha statistik ko'rsatkichi (%): 70.

Bemor ahvolining yaxshilanish belgilari:

Sog'ayish. Klinik simptomlar va laborator belgilarning yo'qolishi (bronxlar o'tkazuvchanligi, shamollash).

KXT-10 shifr J 18.0
 GUMORAL, HUJAYRA IMMUNITETI
 YETISHMOVCHILIGIDAGI PNEVMONIYA

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI			
DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach-xirurg konsultatsiyasi	30	1	
Vrach-otolaringolog konsultatsiyasi	*		
Vrach-ftiziatr konsultatsiyasi	60	1	
Elektrokardiografiya (EKG)	80	2	
Bronxoskopiya	60	1	
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Avtomatlashtirilgan spirometriya	60	2	
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	100	2	
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	100	2	
Qon zardobida mochevinani aniqlash	*		
Qon zardobida kreatininni aniqlash	*		
Qon zardobida bilirubin va uning fraksiyalarini aniqlash	*		
Qonning ishqor zaxirasi	100	2	
Qondagi gazlar	100	2	
Qon zardobida glyukozani aniqlash	100	2	
Qon zardobida xolesterinni aniqlash	*		
Qon zardobi va plazmada natriy va kaliyni aniqlash	100	2	
Qonning osmolyarligi	50	2	
Qonning kislota-ishqor muvozanat ko'rsatkichlari	100		
Peshobning klinik tashxisi	100	3	
Balg'amni tekshirish	*		
Qon zardobida aspartataminotransferaza faolligini aniqlash	100	2	
Qon zardobida alaninaminotransferaza faolligini aniqlash	100		
Qonda qo'zg'atuvchilarni ajratish va aniqlash	100		
Virusologik tekshirish	100	1	
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish va aniqlash	100		

Balg'amni bakterioskopik tekshirish	100	1	
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	*		
Immunoferment tahlil usulida immun tanqisligi virusi antigenlariga qarshi antiteloni aniqlash	100		
Sirkulyatsiyadagi immun tizimini aniqlash	100	2	
S-reaktiv oqsilni aniqlash	100	2	
Zardob immunoglobulinlarning asosiy sinflari (A.M.G.)ni aniqlash	100		
Qonning klinik tahlili	100	5	
Gematokrit ko'rsatkichini aniqlash	100		
Qonning asosiy guruhlarini aniqlash	100	1	
Qon ketish vaqtini aniqlash	100	2	
Qon quyilish vaqtini aniqlash	100	1	
Protrombin indeksini aniqlash	100	1	
T-limfotsitlar sonini aniqlash	100	1	
B-limfotsitlar sonini aniqlash	100	1	
Balg'am yoki BALJ sitologiyasi	*		
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIK USULLARI			
To'g'ri proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	
Yon proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	
O'pka tomografiyasi	*		
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	60	10	
Kislород terapiya (oksigenoterapiya)	100	1	
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	90	10	
Massaj	90	10	

* ko'rsatmaga asosan.

Farmakoterapiya

Farmaguruhlar nomi

Analgetik va nosteroidlar shamollashga qarshi vositalar
Analgetik-antipiretiklar
Analgetik va nosteroidlar shamollashga qarshi vositalar
Salitsilatlar
Adrenalin va adrenomimetik vositalar
Kombinatsiyali bronxolitik preparatlar
Nonarkotik, yo'talga qarshi balg'am ko'chiruvchi, qustiruvchi va
qusishga qarshi vositalar
Nonarkotik, yo'talga qarshi vositalar
Balg'am ko'chiruvchi vositalar, mukolitiklar
Yurak glikozidlari
Purin mahsulotlari va boshqa spazmolitik vositalar
Plazma o'rmini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar
Tuzli eritmalar
Aminokislotalar, qandlar va parenteral oziqlantiruvchi preparatlar
Qandlar
Kaliy, kalsiy preparatlari, ishqor kislotalar almashuvi jarayoniga
ta'sir qiluvchi preparatlar
To'qima almashinuviga ta'sir qiluvchi preparatlar
Metabolik jarayonlarni stimullovchi preparatlar, biostimulyatorlar
Immunomodulyatorlar
Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
Sefalosporin guruhi antibiotiklari
Aminoglikozid antibiotiklari
Karbapenem antibiotiklari
Virusga qarshi antibiotiklar
Turli guruhdagi antibiotiklar – ftorxinolonlar
Sulfanilamid preparatlari
Qon va plazma, bioto'qimalar preparatlari
Dori-o'simlik xomashyolari
Immuno-biologik, davolash-profilaktik preparatlari

PNEVMONIYA

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash.

1.1. Antibakterial preparatlar.

1.1.1. Penitsillinlar guruhi

1.1.2. Sefalosporinlar guruhi

1.1.3. Monobaktamlar guruhi

1.1.4. Karbapenemlar guruhi

1.1.5. Aminoglikozidlar guruhi

1.1.6. Tetratsiklinlar guruhi

1.1.7. Makrolidlar guruhi

1.1.8. Levomitsetin guruhi

1.1.9. Linkozaminlar guruhi

1.1.10. Anzamitsinlar guruhi

1.1.11. Polipeptidlar (polimiksin, glikopeptidlar) guruhi

1.1.12. Fuzidin guruhi

1.1.13. Ftorxinolon preparatlari

1.1.14. Xinoksolin

1.1.15. Nitrofuran preparatlari

1.1.16. Imidazol preparatlari

1.1.17. Sulfanilamid preparatlari

II. Patogenetik davolash

2.1. Bronxlarning drenaj funksiyasini tiklash (kaliy yodid, mukaltin, atsetilsistein, bromgeksin)

2.2. Bronx muskulaturasining tonusini normallashtirish (bronxodilyatatorlar, β_2 -adrenoreseptorlarning selektiv stimulyatorlari)

2.3. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

2.5. Mahalliy bronxopulmonal himoya tizimining funksiyasini yaxshilash

III. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfosfat, piratsetam kofermentlari bilan birga).

IV. Simptomatik davo.

4.1. Yo'talga qarshi vositalar

4.2. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan dorilar, shamollashga qarshi preparatlar

4.3. Yurak-qon tomir vositalari

4.4. Gormon preparatlari.

ATIPIK PNEVMONIYA

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash

1.1. Antibakterial preparatlar

1.1.1. Tetratsiklinlar guruhi (tetratsiklin, metatsiklin, doksitsiklin, monotsiklin)

1.1.2. Makrolidlar guruhi (eritromitsin, roksitromitsin, azitromitsin, klaritromitsin, spiromitsin).

1.1.3. Ftorxinolonlar guruhi (levofloksatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin, nefloksatsin, lomefloksatsin, sefloksatsin).

1.1.4. Anzaminsinlar guruhi (rifampitsin, rifatsin)

II. Patogenetik davolash

2.1. Bronxlarning drenaj funksiyasini tiklash (kaliy yodid, mukaltin, atsetilsistein, bromgeksin)

2.2. Bronx muskulaturasining tonusini normallashtirish (bronxodilyatatorlar, β_2 -adrenoreseptorlarning selektiv stimulyatorlari)

2.3. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

2.5. Mahalliy bronxopulmonal himoya tizimining funksiyasini yaxshilash

III. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfofat, lipoy kislotasi, piratsetam kofermentlari bilan birga).

IV. Simptomatik davo

4.1. Yo'talga qarshi vositalar

4.2. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan vositalar, shamollashga qarshi preparatlar

4.3. Yurak-qon tomir vositalar

4.4. Gormon preparatlari.

GOSPITAL PNEVMONIYA

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash

1.1. Antibakterial preparatlar

1.1.1. Penitsillinlar guruhi (ko'k yiringga qarshi penitsillinlar: karbenitsillin, tikarsillin, piperatsillin)

1.1.2. Sefalosporinlar guruhi (SP III: sefataksim, seftriakson, sefoperazon, seftazidim, SP IV: sefpirom, sefepim)

1.1.3. Karbapenemlar guruhi (imipenem, meropinem, tienam)

1.1.4. Aminoglikozidlar guruhi (gentamitsin, amikatsin, sizomitsin)

1.1.5. Ftorxinolonlar guruhi (levofloksatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin, nefloksatsin, lomefloksatsin, pefloksatsin)

1.1.6. Monobaktamlar (aztreonam)

1.1.7. Glikopeptidlar (vankomitsin)

II. Patogenetik davo

2.1. Bronxlarning drenaj funksiyasini tiklash (kaliy yodid, mukaltin, atsetilsistein, bromgeksin)

2.2. Bronx muskulaturasining tonusini normallashtirish (bronxodilyatatorlar, β_2 -adrenoreseptorlarning selektiv stimulyatorlari)

2.3. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

2.5. Mahalliy bronxopulmonal himoya tizimining funksiyasini yaxshilash

III. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfofat, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

IV. Simptomatik davo

4.1. Yo'talga qarshi vositalar (libeksin, tusupreks, glautsin gidroklorid)

4.2. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan dorilar, shamollashga qarshi preparatlar (atsetilsalitsil kislotasi, metindol-retard, voltaren i boshqalar)

4.3. Yurak-qon tomir vositalari (kordiamin, kamfora)

4.4. Gormon preparatlari (prednizolon, polkortolon).

HUJAYRA VA GUMORAL IMMUNITET YETISHMOVCHILIGIDAGI PNEVMONIYA

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash

1.1. Antibakterial preparatlar

1.1.1. Penitsillinlar guruhi (ko'k yiringga qarshi penitsillinlar: karbenitsillin, tikarsillin, piperatsillin)

1.1.2. Sefalosporinlar guruhi (SP III: sefataksim, seftriakson, sefoperazon, seftazidim, SP IV: sefpirom, sefepim)

1.1.3. Karbapenemlar guruhi (imipenem, meropinem, tiyenam)

1.1.4. Aminoglikozidlar guruhi (gentamitsin, amikatsin, sizomitsin)

1.1.5. Ftorxinolonlar guruhi (levofloksatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin, nefloksatsin, lomefloksatsin, pefloksatsin)

1.1.6. Sulfanilamid preparatlari (biseptol, baktrim)

1.1.7. Zamburug'ga qarshi preparatlar (amfoteritsin B, diflyukan)

1.1.8. Virusga qarshi preparatlar (atsiklovir)

1.1.9. Glikopeptidlar (vankomitsin, teykomitsin)

II. Patogenetik davo

2.1. Bronxlarning drenaj funksiyasini tiklash (kaliy yodid, mukaltin, atsetilsistein, bromgeksin)

2.2. Bronx muskulaturasining tonusini normallashtirish (bronxodilyatatorlar, β_2 -adrenoreseptorlarning selektiv stimulyatorlari)

2.3. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

2.5. Mahalliy bronxopulmonal himoya tizimining funksiyasini yaxshilash

III. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfosfat, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

IV. Simptomatik davo

4.1. Yo'talga qarshi vositalar (libeksin, tusupreks, glautsin gidroklorid)

4.2. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan dorilar, shamollashga qarshi preparatlar (atsetilsalitsil kislotasi, metindol-retard, voltaren i boshqalar)

4.3. Yurak-qon tomir vositalari (kordiamin, kamfora)

4.4. Gormon preparatlari (prednizolon, polkortolon).

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach-otolaringolog konsultatsiyasi	90	1	1
Davolovchi jismoniy tarbiya vrachi konsultatsiyasi	90	1	1
Vrach-pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Elektrokardiografiya (EKG)	*		
Diagnostik bronxoskopiya	*		
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Avtomatlashtirilgan spirometriya	100	2	2
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qondagi gazlar	*		
Qondagi kislota-ishqor muvozanat ko'rsatkichlari	*		
Peshobning klinik tahlili	100	1	2
Balg'amda sil mikobakteriyalarini ajratish va aniqlash	*		
Balg'amda qo'zg'otuvchilarni ajratish va aniqlash	100	1	2
Balg'amni bakterioskopik tekshirish	100	1	1
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	1	2
Qonning klinik tahlili	100	2	2
Balg'amni sitologik tekshirish	100	1	2
S-reaktiv oqsilini aniqlash	100	1	2
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Burun ortiq bo'shliqlarining rentgenogrammasi	*		
O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	1	1
Bronxografiya	*		
Dorili elektroforez	50	10	10
BOSHQA DAVO MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	100	10	10
Endobronxial sanatsiya	80	10	15
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	90	14	15
Massaj	90	10	10
Davolovchi ovqat	*		

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Nonarkotik, yo'talga qarshi balg'am ko'chiruvchi, qustiruvchi va qusishga qarshi vositalar

Balg'am ko'chiruvchi vositalar

Mukolitik va immunomodullashtiruvchi vositalar

Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari

Penitsillin guruhi antibiotiklari

Sefalosporin guruhi antibiotiklari

Tetratsiklin guruhi antibiotiklari

Makrolid antibiotiklari

Turli guruh antibiotiklari

Sulfanilamid preparatlari

Dori-o'simlik xom ashyosi

Davolash natijalari:

Bemor ahvolining yaxshilanish mezonlari:

Umumiy ahvolning yaxshilanishi. Yo'tal va ajralayotgan balg'amning kamayishi.

Laborator va funksional tekshirish ko'rsatkichlarining yaxshilanishi.

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach fizioterapevt konsultatsiyasi	60	1	1
Davolovchi jismoniy tarbiya vrachi konsultatsiyasi	90	1	1
Vrach allergolog konsultatsiyasi	*		
Elektrokardiografiya (EKG)	60	1	1
Bronxoskopiya	60	1	1
Diagnostik bronxoskopiya	60	1	1
Sanatsion bronxoskopiya	40	2	4
Avtomatlashtirilgan spirometriya	100	2	2
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qondagi gazlar	70	1	2
Qondagi kislota-ishqor muvozanat ko'rsatkichlari	70	1	1
Peshobning klinik taxlili	100	2	2
Balg'amda sil mikobakteriyalarini ajratish va aniqlash	100	1	1
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish va aniqlash	*		
Sirkulyatsiyadagi immun komplekslarni aniqlash	*		
Zardob immunoglobulinlarining asosiy guruhlarini (A,M,G) aniqlash	*		
Qonning klinik tahlili	100	2	3
Koagulogramma ko'rsatkichlarini aniqlash	60	1	2
Balg'am, BALJ ni sitologik tekshirish	*		
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	1	1
O'pkaning yon proyeksiyadagi rentgenografiyasi	*		
Bronxografiya	*		
O'pka tomografiyasi	*		
BOSHQA DAVO MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	90	10	10
Kislorod terapiya (oksigenoterapiya)	100	10	20
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	90	15	15
Massaj	90	10	15
Davolovchi ovqat	*		

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Adrenalin va adrenomimetik vositalar
β-adrenostimulyatorlar
M-xolinoreseptorlar blokatorlari
Kombinatsiyali bronxolitik preparatlar
Nonarkotik, yoʻtalga qarshi balgʻam koʻchiruvchi, qustiruvchi
va qusishga qarshi vositalar
Mukolitiklar va mukokinetiklar
Spazmolitiklar
Purin mahsuloti va boshqa spazmolitik vositalar
Gormonlar va ularning analoglari
Buyrak usti bezi qobigʻi gormonlari va ularning analoglari
Antikoagulyantlar
Immunomodullashtiruvchi terapiya

Davolash natijasi:

Bemor ahvoliding yaxshilanish klinik mezonlari:

Klinik simptomlarning yoʻqolishi (kamayishi)

Nafas olish funksiyasining barqarorlashuvi, bronxial obstruksiyaning kamayishi.

* koʻrsatmaga asosan

SURUNKALI NOOBSTRUKTIV BRONXIT

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash

1.1. Antibakterial preparatlar

1.1.1. Penitsillinlar guruhi

1.1.2. Sefalosporinlar guruhi

1.1.3. Makrolidlar guruhi

1.1.4. Ftorxinolon preparatlari

1.1.5. Sulfanilamid preparatlari

II. Patogenetik davolash

2.1. Bronxlarning drenaj faoliyatini tiklash

2.1.1. Balg'am ko'chiruvchi vositalar:

Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)

Rezorbtiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yod, pertussin, terpingidrat)

2.1.2. Mukolitik preparatlar:

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximitripsin, ribonukleaza)

SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)

Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

2.1.3. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.1.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

III. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfosfat, lipoy kislotasi, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

IV. Simptomatik davo

4.1. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan vositalar, shamollashga qarshi preparatlar.

SURUNKALI OBSTRUKTIV BRONXIT

Farmakoterapiya

I. Patogenetik davolash

I.1. Bronxodilyatorlar

1.1.1. Adrenergik reseptorlarning stimulyatorlari (salbutamol, terbutalin, ipradol, fenoterol, orsiprenalin sulfat, formoterol, salmeterol, klenbuterol)

1.1.2. M-xolinbloktorlar (ipratropium bromid, oksitropium bromid)

1.1.3. Metilksantinlar (eufillin, teofillin, teotard, retafil, eufilong)

1.1.4. Kalsiy antagonistlari (nifedepin)

I.2. Balg'am ko'chiruvchi vositalar:

Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)

Rezorbtiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yod, pertussin, terpingidrat)

I.3. Mukolitik preparatlar:

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximitripsin, ribonukleaza)

SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)

Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

I.4. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

I.5. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

I.6. Antikoagulyantlar (geparin, fraksiparin)

I.7. Buyrak usti bezi qobig'i gormonlari va ularning analoglari (prednizolon, polkortolon)

I.8. Nitropreparatlar (nitrosorbid, molsidamin, monosan).

10-KXT shifr J 43.9
**ALFA I-ANTITRIPSIN TANQISLIGI BILAN
 BOG'LIQ O'PKA EMFIZEMASI**

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach allergolog konsultatsiyasi	*		
Vrach genetik konsultatsiyasi	*		
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Elektrokardiografiya (EKG)	*		
Diagnostik bronxoskopiya	90	1	1
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Avtomatlashgan spirometriya	100	2	2
O'pkaning ventilyatsion qobiliyatini aniqlash	90	1	1
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	*		
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	*		
Qondagi gazlar	100	2	2
Qonda kislotla-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	100	2	2
Peshobning klinik tahlili	100	3	4
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish	100	2	2
Mikroorganizmlarni antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	2	2
Qon zardobida alfa-antitripsinni aniqlash	100	1	1
Genetik fenotiplash	100	1	1
S-reaktiv oqsilini aniqlash	50	1	1
Qonning klinik tahlili	100	3	4
Protrombin indeksini aniqlash	100	2	2
BALJ sitologiyasi	70	1	2
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH NING RENT- GEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi	100	1	1
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALAR			
Ingalyatsion terapiya	100	15	25
Kislorod terapiya (oksigenoterapiya)	100	20	30
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	100	10	15

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Ferment preparatorlari va ferment ingibitorlari

Antikoagulyantlar

Ye guruh vitaminlari

C guruh vitaminlari

Davolash natijalari:

Bemor ahvolining yaxshilanish klinik belgilari:

Umumiy ahvolning yaxshilanishi, temperaturaning normallasishi, fizik-laborator va funksional ko'rsatkichlarning yaxshilanishi.

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach kardiolog konsultatsiyasi	20	2	3
Elektrokardiografiya (EKG)	100	2	2
Avtomatlashgan spiroografiya	80	1	1
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	100	2	2
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	100	2	2
Qon zardobida mochevinani aniqlash	*		
Qonda zardobida bilirubin va uning fraksiyalarini aniqlash	*		
Qondagi gazlar	100	2	2
Qon zardobida glyukozani aniqlash	*		
Qon zardobida va plazmada natriy va kaliyni aniqlash	100	2	2
Qonda kislota-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	100	2	2
Peshobning klinik tahlili	100	2	2
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish	80	2	2
Yuqori nafas yo'llari shillihida qo'zg'atuvchilarini ajratish	*		
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	1	1
Qonning klinik tahlili	100	2	2
Qonning asosiy guruhlarini aniqlash	*		
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Yurak rentgenografiyasi	*		
Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi	100	1	2
Koronar angiografiyasi	*		
Yurakni ultratovushda tekshirish	100	2	2
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALAR			
Kislorod terapiya (oksigenoterapiya)	100	20	30
Davolovchi ovqat	100		

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Oksigenoterapiya
Periferik vazodilatlar
Kalsiy antagonistlari
Uzoq ta'sir qiluvchi nitratlar
Antikoagulyantlar
Diuretiklar
Aldosteron antagonistlari
Osmotik diuretiklar
Yurak glikozidlari
Gormonlar
Asosiy kasallikning farmakoterapiyasi

Davolash natijalari:

Bemor ahvolidning yaxshilanish klinik belgilari:

Umumiy ahvolning yaxshilanishi.

O'ng yurak zo'riqishi belgilarining kamayishi.

Farmakoterapiya

I. Oksigenoterapiya

II. Periferik vazodilyatatorlar

2.1. Kalsiy antagonistlari (nifedepin, diltiazem)

2.2. Nitratlar (nitrosorbid, sustak, molsidomin, monosan)

2.3. APF ingibitorlari (enalapril, kaptopril)

III. Antikoagulyantlar (geparin, fraksiparin)

IV. Diuretiklar

4.1. Kaliy saqlovchi diuretiklar (veroshpiron)

4.2. Halqali diuretiklar (furasemid, brinaldiks, uregit)

4.3 Tiazid diuretiklar (gipotiazid)

V. Glyukokortikoidlar (prednizolon)

10-KXT shifr J 45.0
EKZOGEN BRONXIAL ASTMA

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Jismoniy tarbiya vrachi konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach otolaringolog konsultatsiyasi	50	1	1
Vrach allergolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach gastroenterolog konsultatsiyasi	*		
Elektrokardiografiya	50	1	2
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Bronxolitiklar va jismoniy zo'riqish bilan ingalyatsion test	100	2	2
Bakterial va nobakterial allergenlar bilan ingalyatsion testlar	60	1	1
Antigenlar bilan allergologik test	50	1	1
Avtomatlashtirilgan spirometriya	100	2	2
Sovuq havo bilan ingalyatsion test	40	1	1
Pikfloumetriya monitoringi	100	5	7
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qondagi gazlar			
Qondagi kislotla-ishqor muvozanat ko'rsatkichlari	50	1	1
Peshobning klinik tahlili	50	2	3
Balg'amni tekshirish	100	1	2
Sirkulyatsiyadagi immun komplekslarni aniqlash			
Immunoglobulin Ye ni aniqlash	100	2	2
Qonning klinik tahlili	100	2	2
T-limfotsitlar sonini aniqlash	50	1	2
B-limfotsitlar sonini aniqlash	50	1	2
Balg'amni sitologik tekshirish	100	1	2
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENT-GEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Burun ortiq bo'shliqlarini rentgenogrammasi	*		
Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi	*		
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI			
Spesifik immunoterapiya (SIT)	70	1	1
Ingalyatsion terapiya	100	10	15

Davo plazmoforezi, limfotsitoforez	*		
Gemosorbsiya	*		
Ekstrakorporal immunosorbsiya	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	80	10	15
Massaj	80	10	15
Davolovchi ovqat	*		

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Adrenalin va adrenomimetik vositalar
 β -adrenostimulyatorlar
M-xolinoreseptor blokatorlari
Kombinatsiyali bronxolitik preparatlar
Nonarkotik, yo'talga qarshi, balg'am ko'chiruvchi, qustiruvchi va qusishga qarshi vasitalar
Mukolitiklar va mukokinetiklar
Spazmolitik vositalar
Purin mahsuloti va boshqa spazmolitik vositalar
Gormonlar va ularning analoglari
Buyrak usti bezi qobig'i gormonlari va ularning analoglari
Ingalyatsion sistem leykotrin ingibitorlari
Membranostabillashtiruvchi preparatlar
Antioksidant terapiya

Davolash natijasi:

Bemor ahvoli yaxshilanish klinik belgilari:

Pristuplarning to'xtashi. Klinik simptomlar va klinik laborator ko'rsatkichlari. Nafas faoliyatining yaxshilanishi.

* ko'rsatmaga asosan

EKZOGEN BRONXIAL ASTMA

I. Etiologik davolash.

- 1.1. Eliminatsion terapiya
- 1.2. Allergensiz palatalar
- 1.3. Bemorni tashqi muhit allergenlaridan ajratish

II. Patogenetik davolash

2.1. Patogenezning immunologik davriga ta'sir o'tkazish

2.1.1. Spesifik giposensibilizatsiya

2.1.2. Nospesifik giposensibilizatsiya (gistaglobulin, allergoglobulin, adaptoglenlar)

2.1.3. Glyukokortikoidlar (ingalyatsion: beklametazon, dipropionat, budesonid, flunisolid, flyutikazon propionat; tizimli: prednizolon. Metilprednizolon, triamsinalon, deksametazon)

2.1.4. Immunomodallashtiruvchi terapiya (ekstrakorporal immunosorbsiya, plazmaforez, limfotsitoforez)

2.2. Patoximik bosqichga ta'sir o'tkazish

2.2.1. Membranostabillashtiruvchi terapiya (natriy kromoglikat, natriy nedokromil, ketotifen)

2.2.2. Ekstrakorporal immunofarmakoterapiya

2.2.3. Shamollash, allergiya, bronxospazm mediatorlarini ingibitsiyalash (antigistamin vositalar: terfenadin, astemizol, loratidin, setirizin; antiserotin vositalar: peritol; antikinin vositalar: anginin; leykotriyen va GFO ingibitorlari: akolat, singulyar, pranlukast)

2.2.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, vit. C, essensiale)

2.3. Patofiziologik bosqichga ta'sir ko'rsatish

2.3.1. Bronxodilatatorlar

2.3.1.1. Adrenergik reseptorlar stimulyatorlari (salbutamol, terbutalin, ipradol, fenoterol, orsiprenalin sulfat, formoterol, salmeterol, klenbuterol)

2.3.1.2. M-xolinblokatorlar (ipratropium bromid, oksitropium bromid)

2.3.1.3. Metilksantinlar (eufillin, teofillin, teotard, retafil, eufilong)

2.3.1.4. Kalsiy antagonistlari (nifidepin)

2.3.2. Balg'am ko'chiruvchi vositalar:

Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)

Rezorbktiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yodid, pertussin, terpingidrat)

2.3.3. Mukolitik preparatlar:

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, ribonukleaza)

SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)

Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

10-KXT shifr J 45.1
 ENDOGEN VA ANIQLANMAGAN
 TABIATLI BRONXIAL ASTMA

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Jismoniy tarbiya vrachi konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach otolaringolog konsultatsiyasi	50	1	1
Vrach allergolog, endokrinolog konsultatsiyasi	40	1	1
Elektrokardiografiya	50	1	1
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Bronxolitiklar va jismoniy zo'riqish bilan ingalyatsion test	100	1	1
β_2 -blokatorlar bilan ingalyatsion testlar	*		
Avtomatlashtirilgan spirometriya	100	2	2
Pikfloumetriya monitoringi	100	5	7
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qondagi gazlar	40	1	1
Qondagi kislota-ishqor muvozanat ko'rsatkichlari	40	2	3
Peshobning klinik tahlili	100	1	2
Balg'amni tekshirish	100	1	1
Balg'amda sil mikobakteriyalarini ajratish va aniqlash	100	1	2
Balg'amda qo'zg'otuvchilarni ajratish va aniqlash	*		
Sirkulyatsiyadagi immun komplekslarni aniqlash	100	2	2
Immunoglobulin Ye ni aniqlash	100	2	2
Qonni klinik tahlili	100	1	2
Balg'amni sitologik tekshirish	90	2	2
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Burun ortiq bo'shliqlarining rentgenogrammasi	*		
Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi	*		
BOSHQA DAVO MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	100	10	15
Galoterapiya	100	10	15
Davo plazmaforezi	*		
Gemosorbsiya	*		

YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	100	10	10
Massaj	100	15	15
Davolovchi ovqat	*		

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Adrenalin va adrenomimetik vositalar
 β -adrenostimulyatorlar
M-xolinoreseptor blokatorlari
Kombinatsiyali bronxolitik preparatlar
Nonarkotik, yo'talga qarshi, balg'am ko'chiruvchi, qustiruvchi va qusishga qarshi vositalar
Mukolitiklar va mukokinetiklar
Spazmolitik vositalar
Purin mahsuloti va boshqa spazmolitik vositalar
Gormonlar va ularning analoglari
Buyrak usti bezi qobig'i gormonlari va ularning analoglari
Ingalyatsion sistem leykotrin ingibitorlari
Membranstabillashtiruvchi preparatlar
Antioksidant terapiya

Davolash natijasi:

Sog'lomlashtirish o'rtacha statistik ko'rsatkichi (foizda): 90.

Bemor ahvolining yaxshilanish klinik belgilari:

Pristuplarni to'xtatish. Nafas faoliyatining stabillashuvi.

Laborator ko'rsatkichlarining normallasishi.

* ko'rsatmaga asosan

ENDOGEN VA ANIQLANMAGAN TABIATLI BRONXIAL ASTMA

Infeksiyaga tobe bronxial astma

I. Etiologik davolash

1.1. Shamollash jarayonini yo'qotish (antibiotiklar, antiseptiklar, sanatsion FBS)

II. Patogenetik davolash

2.1. Patogenezning immunologik davriga ta'sir o'tkazish

2.1.1. Bakterial antigenlar bilan spesifik giposensibilizatsiya

2.1.2. Balg'am autolizati bilan davolash

2.1.3. Nospesifik giposensibilizatsiya (gistaglobulin, allergoglobulin, adaptogenlar)

2.1.4. Glyukokortikoidlar (ingalyatsion: beklametazon, dipropionat, budesonid, flunisolid, flyutikazon propionat; tizimli: prednizolon, metilprednizolon, triamsinalon, deksametazon)

2.1.5. Immunomodullashtiruvchi terapiya (ekstrakorporal immunosorbsiya, plazmaforez, limfotsitoforez)

2.2. Patoximik bosqichga ta'sir o'tkazish

2.2.1. Membranostabillashtiruvchi terapiya (natriy kromoglikat, natriy nedokromil, ketotifen)

2.2.2. Ekstrakorporal immunofarmakoterapiya

2.2.3. Antioksidant terapiya (vit. Ye, vit. C, essensiale)

2.3. Patofiziologik bosqichga ta'sir ko'rsatish

2.3.1. Bronxodilatatorlar

2.3.1.1. Adrenergik reseptorlar stimulyatorlari (salbutamol, terbutalin, ipradol, fenoterol, orsiprenalin sulfat, formoterol, salmeterol, klenbuterol)

2.3.1.2. M-xolinblokatorlar (ipratropium bromid, oksitropium bromid)

2.3.1.3. Metilksantinlar (eufillin, teofillin, teotard, retafil, eufilong)

2.3.1.4. Kalsiy antogonistlari (nifedepin)

2.3.2. Balg'am ko'chiruvchi vositalar:

Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)

Rezorbtiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yodid, pertussin, terpingidrat)

2.3.3. Mukolitik preparatlar:

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, ribonukleaza)

SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)

Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach-otolaringolog konsultatsiyasi	*		
Vrach ftziiatr konsultatsiyasi	*		
Vrach pulmonolog, konsultatsiyasi	100	1	1
Torakal jarroh konsultatsiyasi	100	2	2
Elektrokardiografiya (EKG)	100	1	2
Sanatsion bronxoskopiya	100	2	4
Avtomatlashgan spirometriya	100	2	2
Reopulmonografiya	*		
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	100	1	2
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	100	2	2
Qonda kislota-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	*		
Peshobning klinik tahlili	100	2	3
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni aniqlash	100	2	2
Mikroorganizmlarni antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	1	1
S-reaktiv oqsilini aniqlash	100	2	2
Zardob immunoglobulinlari (A, M, G) ni aniqlash	*		
Qonning klinik tahlili	100	2	3
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Burun bo'shliqlari rentgenogrammasi	*		
O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	2	2
O'pkaning yon proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	2	2
Ikki tomonlama bronxografiya	100	1	1
BOSHQA DAVOLASH NATIJALARI			
Ingalyatsion terapiya	100	10	15
Intratraxial ingalyatsiya	111	15	20
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	100	10	15
Massaj	100	10	15
Davolovchi ovqat	*		

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Nonarkotik, yo‘talga qarshi, balg‘am ko‘chiruvchi, qustiruvchi
va qusishga qarshi vositalar
Mukolitiklar va mukokinetiklar
Spazmolitik vositalar
Purin mahsuloti va boshqa spazmolitik vositalar
C, P vitaminlar guruhi va ularning analoglari
Ye, K vitaminlar guruhi va ularning analoglari
Plazma o‘rnini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar
Tuzli eritmalar
Aminokislotalar, qandlar va parenteral oziqlantiruvchi preparatlar
To‘qima almashinuvi jarayoniga ta’sir ko‘rsatuvchi preparatlar
Immunomodulyatorlar
Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
Penitsillin guruhi - yarimsintetik antibiotiklar
Sefalosporin guruhi antibiotiklari
Aminoglikozid antibiotiklari
Tetratsiklin antibiotiklari
Ftorxinolon guruhi antibiotiklari
Nitrofuran mahsulotlari
Trixomoniaz va boshqa protozoy infeksiyalarni davolashga
ishlatiladigan preparatlar
Qon plazma va boshqa bioto‘qima preparatlari

Davolash natijasi:

Bemor ahvolining yaxshilanish klinik belgilari:

Klinik simptomlar (yo‘tal, balg‘am, auskultativ belgilar)ning kamayishi.

Laborator ko‘rsatkichlarning stabillashuvi. Rentgenologik belgilarni va shamollash faolligi belgilarini yaxshilash.

BRONXOEKTATIK KASALLIGI

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash

1.1. Antibakterial preparatlar

1.1.1. Penitsillin guruhi (ampitsillin, amoksitsillin klavulon kislotasi bilan)

1.1.2. Sefalosporinlar guruhi

1.1.3. Monobaktamlar guruhi

1.1.4. Karbapemenlar guruhi

1.1.5. Aminoglikozidlar guruhi

1.1.6. Tetratsiklinlar guruhi

1.1.7. Makrolidlar guruhi

1.1.8. Levomitsetinlar guruhi

1.1.9. Linkozaminlar guruhi

1.1.10. Anzaminsinlar guruhi

1.1.11. Polipeptidlar guruhi (polimiksin, glikopeptid)

1.1.12. Fuzidin

1.1.13. Ftorxinolon preparatlari

1.1.14. Xinoksolin mahsulotlari

1.1.15. Nitrofuran preparatlari

1.1.16. Imidazol preparatlari

1.1.17. Sulfanilamid preparatlari

II. Patogenetik davo

2.1. Balg'am ko'chiruvchi vositalar:

Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)

Rezorbktiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yod, pertussin, terpingidrat)

2.2. Mukolitik preparatlar:

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximitripsin, ribonukleaza)

SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)

Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

2.3. Bronx muskulaturasi tonusini normallashtirish (bronxodilyatorlar: β_2 selektiv stimulyatorlari)

2.4. Immunomodallashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.5. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksin, essensiale)

2.6. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfofat, lipoy kislotasi, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

III. Simptomatik davo

3.1. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan vositalar, shamollashga qarshi preparatlar.

3.2. Yurak-tomir vositalari.

10-KXT shifr Ye 84
MUKOVISSIDOZ (OSHQOZON
OSTI BEZINING KISTOFIBROZI)

1	Tayinlash		
	%	Marfa	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach-gastroenterolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach endokrinolog konsultatsiyasi	*		
Vrach otolaringolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach ftiziatr konsultatsiyasi	*		
Vrach immunolog konsultatsiyasi	*		
Vrach genetik konsultatsiyasi	50	1	1
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Elektrokardiografiya	*		
Diagnostik bronxoskopiya	*		
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Teri ichi Mantu sinamasi	*		
Avtomatlashgan spitrometriya	100	2	2
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	*		
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	*		
Qon zardobida bilirubin va uning fraksiyalarini aniqlash	100	1	1
Qondagi gazlar	*		
Qon zardobida glyukozani aniqlash	100	2	2
Qon zardobida xolesterinni aniqlash	*		
Qon zardobidagi past zichlikdagi lipoproteinlarni aniqlash	*		
Qonda kislotas-asos muvozanati ko'rsatkichlari	*		
Peshobning klinik tahlili	100	2	2
Axlatdagi lipidlar	100	2	2
Kaprogramma	100	2	2
Terdagi xloridlarni aniqlash	100	3	3
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Qon plazmasida fibrinogenni aniqlash	*		
Qon zardobida aspartataminotransferaza faolligini aniqlash	*		
Qon zardobida alaninaminotransferaza faolligini aniqlash	*		

Balg'amda qo'zg'otuvchilarni aniqlash	100	3	3
Ichak florasini bakteriologik tekshirish (disbakterioz)	100	2	2
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	3	3
Mukovissidozni DNK-diagnostikasi	100	1	1
Sirkulyatsiyadagi immun komplekslarni aniqlash	*		
S-reaktiv oqsilni aniqlash	*		
Zardob immunoglobulinlari (A, M, G) ni aniqlash	*		
Qonning klinik tahlili	100	4	5
Balg'amni sitologik tekshirish	*		
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH NING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Burun bo'shliqlarining rentgenogrammasi	100	1	1
To'g'ri proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Yon proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Endoskopik retrograd xolesistoxolangioankreato-grafiya	*		
O'pkaning kompyuter tomografiyasi	*		
Jigar va o't pufagini ultratovush yordamida tekshirish	100	1	1
Oshqozon osti bezini ultratovush bilan tekshirish	100	1	1
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI:			
Ingalyatsion terapiya	100	45	60
RER-terapiya, galoterapiya	100	60	120
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	100	30	45
Ko'krak qafasini massaj qilish	100	30	45
Davo ovqat (kalorajni 130-150% ga va yog' miqdorini 40% ko'tarishga)	100	30	45

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
Ko'k yiring tayoqchaga qarshi penitsillin guruhi antibiotik
III-IV avlod sefalosporinlar guruhi antibiotiklari
Aminoglikozid antibiotiklari
Makrolid antibiotiklari
Turli guruh antibiotiklari
Ftorxinolonlar
Monobaktamlar
Karbopemenlar
Ferment preparatlar, oshqozon ichi bezi tashqi sekretor
yetishmovchiligini korreksiya qilish
Balg'am ko'chiruvchi mukolitiklar – atsetilsistein
Bronxodilatatorlar: β_2 -agonistlar
Polivitaminlar (A, Ye, K minerallar bilan)
Gepatotrop preparatlar
Gormonal preparatlar
N2 reseptorlar blokatorlari

Davolash natijasi:

Bemor ahvolidning yaxshilanish klinik belgilari:

Bemor umumiy ahvolidning yaxshilanishi. Temperaturaning normallasishi.
Shamollash jarayoni faolligining kamayishi. Laborator tahlil va
rentgenologik tekshirish ko'rsatkichlarining yaxshilanishi. Ko'k yiring tayoqcha
ekilmasligi.

MUKOVISSIDOZ

Farmakoterapiya

I. Antibakterial preparatlar

- 1.1. Penitsillinlar guruhi (ko'k yiringga qarshi penitsillinlar: karbenitsillin, tikarsillin, piperatsillin)
- 1.2. Sefalosporinlar guruhi (SP III: sefataksim, seftriakson, sefoperazon, seftazidim, SP IV: sefpirom, sefepim)
- 1.3. Karbapenemlar guruhi (imipenem, meropinem, tiyenam)
- 1.4. Aminoglikozidlar guruhi (gentamitsin, amikatsin, sizomitsin)
- 1.5. Ftorxinolonlar guruhi (levofloksatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin, nefloksatsin, lomefloksatsin, pefloksatsin)
- 1.6. Monobaktamlar (aztreonam)
- 1.7. Glikopeptidlar (vankomitsin)

II. Balg'am ko'chiruvchi vositalar

- 2.1. Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)
- 2.2. Rezorbtiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yod, pertussin, terpingidrat)

III. Mukolitik preparatlar

- 3.1. Proteolitik fermentlar (tripsin, ximitripsin, ribonukleaza)
- 3.2. SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)
- 3.3. Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

IV. Bronxodilatatorlar (β_2 -agonistlar: salbutamol, berotek, astmopent, eufillin)

V. Immunomodullashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

VI. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

VII. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfofat, lipoy kislotasi, piratsetam) kofermentlari bilan birga

VIII. Ferment preparatlari, oshqozon ichi bezining tashqi sekretor yetishmovchiligini korreksiya qilish (kreon, pansitrat, pankreaza, prolipaza).

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach ftiziatr konsultatsiyasi	100	1	1
Elektrokardiografiya	100	1	2
O'pkaning teri orqali biopsiyasi	100	1	1
O'pkaning bronxoskopiya orqali biopsiyasi	100	1	1
Bronxofibroskopiya	100	1	2
Torakoskopiya			
Teri ichi Mantu sinamasi	50	1	1
Avtomatlashgan spirometriya	100	2	2
O'pkaning diffuziya qobiliyatini va ventilyatsion angiopulmonografiyani aniqlash	100	2	2
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qondagi gazlar	100	2	2
Qondagi kislota-asos muvozanati ko'rsatkichlari	100	3	4
Peshobning klinik tahlili	100	2	2
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Balg'amda sil mikobakteriyalarini ajratish	100	1	1
Balg'amda qo'zg'otuvchilarni ajratish	100	2	2
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	*		
Zardobda gaptoglobinlarni aniqlash	100	2	2
Sirkulyatsiyadagi immun komplekslarini aniqlash	100	1	2
S-reaktiv oqsilini aniqlash	100	2	3
Qonning klinik tahlili	100	3	4
Biopsiyada olingan manbani gistologik tekshirish	100	1	1
Balg'amni, BALJ ni sitologik tekshirish	100	1	1
Biopsiya va operatsiya manbalaridan tayyorlangan surtmanni sitologik tekshirish	100	1	1
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
O'pkaning to'g'ri proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	1	2
O'pkaning yon proyeksiyadagi rentgenografiyasi	100	1	2
O'pka tomografiyasi	100	1	1

O'pkaning kompyuter tomografiyasi	80	1	1
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI			
Kislorodoterapiya	100	1	1
Davolash eritrotsitoforezi	*		
Davolash plazmaforezi	*		
Gemosorbsiya	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolash jismoniy tarbiya	100	10	15
Massaj	100	10	15

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Analgetik va nosteroid shamollashga qarshi vositalar
 Salitsilatlar
 Gormonlar va ularni analoglari
 Buyrak usti bezi gormonlari va ularning analoglari
 Kompleks hosil qiluvchi birikmalar
 Immunosupressantlar
 Antioksidantlar
 Diuretiklar – aldosteron antogonistlari

Davolash natijalari:

Bemor ahvolining yaxshilanishi klinik ko'rsatkichlari:

Klinik simptomlar, auskultativ va bronxoskopiya belgilari, laborator, funksional va rentgenologik tekshirish ko'rsatkichlarining kamayishi. Davolashda asosiy dori preparatlari ko'rsatilgan.

Davolash aniqlangan kasallikka munosib o'tkaziladi.

* ko'rsatmaga asosan

O'PKADAGI DISSEMINATSIYA JARAYONLARI

Farmakoterapiya

I. Glyukokortikoidlar

1.1.1. Prednizolon guruhi (prednizolon, metilprednizolon)

1.1.2. Triamsinolon guruhi (triamsinolon, kenakort, polkortolon, berlikort)

1.1.3. Deksametazon guruhi (deksametazon, dekson, deksazon)

II. Antidotlar, sorbentlar, kompleksonlar (penitsillamin)

III. Immunodepressantlar (azatioprin, siklofosfan)

IV. Kaliy saqlovchi diuretiklar (veroshpiron)

V. Antioksidantlar (vit. Ye, tiosulfat natriy)

10-KXT shifr J 85.1
O'PKA YIRINGLASHI

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach xirurg konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach ftiziatr konsultatsiyasi	50	1	1
Elektrokardiografiya (EKG)	80	1	2
Diagnostik bronxoskopiya	80	1	1
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Torakoskopiya	*		
Avtomatlashgan spirometriya	80	1	1
Plevral bo'shliqning diagnostik punksiyasi	*		
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash	100	2	2
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	100	2	2
Qon zardobida mochevinani aniqlash	*		
Qonda zardobida bilirubin va uning fraksiyalarini aniqlash	*		
Qondagi gazlar	*		
Qon zardobida glyukozani aniqlash	100	2	2
Qon zardobida va plazmada natriy va kaliyni aniqlash	*		
Qonda kislota-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	100	2	4
Peshobning klinik tahlili	100	2	2
Plevral suyuqlikni tekshirish	*		
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Qonda qo'zg'atuvchilarni ajratish	100	1	1
Qo'zg'atuvchilarni plevral ekssudatda ajratish va aniqlash	100	2	2
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish	100	2	2
Mikroorganizmlarni antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	4	5
Immun tanqisligi virusi antigenlariga qarshi antitelalarni immunoferment tahlili usuli bilan aniqlash	100	1	1
Treponem va kardiolipin antigeni bilan komplement bog'lash reaksiyasi	100	1	1
Zardobdagi gaptoglobinlarni aniqlash	100	2	2
S-reaktiv oqsilini aniqlash	100	2	2

Qonning klinik tahlili	100	2	3
Qonning asosiy guruhlarini aniqlash	100	1	1
Rezus-omilini aniqlash	100	1	1
Qon ketish vaqtini aniqlash	50	1	1
Qon quyish vaqtini aniqlash	50	1	1
Protrombin indeksini aniqlash	50	1	1
Plevral bo'shlig'ini sitologik tekshirish	100	4	5
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENT-GEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
To'g'ri proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Yon proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Operatsiyadan keyingi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi	80	1	1
O'pkaning kompyuter tomografiyasi	50	1	1
Ko'krak qafasini ultratovush yordamida tekshirish	*		
JARROHLIK MUOLAJALAR, operatsiyalar			
O'pkaning rezeksiyasi	*		
Pnevmonektomiya BDU	*		
O'pkani kesish	*		
O'pkaning drenaji	*		
Torakotomiya	*		
Plevral bo'shlig'i drenaji	*		
Plevrektomiya	*		
O'pkani dekortikatsiya qilish	*		
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALAR			
Plevral bo'shlig'ini punktsiya qilish	80	4	5
Transtorokal punktsiya	*		
O'pka destruksiyasida yiring o'choqini transtorokal drenaj qilish	*		
Bronxlarni dori yuborib selektiv kateterizatsiya qilish	*		
Ingalyatsion terapiya	100	10	15
Davolash plazmoforezi	*		
Gemosorbsiya	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	100	10	15

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Narkozga ishlatiladigan va uxlatadigan vositalar
Narkoz vositalari
Uxlatadigan vositalar
Sedativ vositalar va trankvilizatorlar
Trankvilizatorlar
Neyroleptik vositalar va transkvilizatorlar
Nootrop preparatlar
Narkotik analgetiklar va yo'talga qarshi vositalar
Narkotik analgetiklar
Analgetik va nosteroid shamollashga qarshi vositalar
Analgetik va antipiretiklar
Salitsilatlar
Psixostimullovchi preparatlar, antidepressantlar
Psixostimullovchi vositalar
Analeptik vositalar
Xolinolitik preparatlari
Sintetik xolinolitik vositalari
Adrenalin va adrenamimetik preparatlar
Kurare va antiadrenergik preparatlar
Mahalliy anesteziyalovchi preparatlar
O'raboluvchi adsorbinlovchi, suruvchi vositalar
Oshqozon-ichak traktining motor funksiyasining regulyatorlari
Nonarkotik, yo'talga qarshi balg'am ko'chiruvchi, qustiruvchi
va qusishga qarshi vositalar
Balg'am ko'chiruvchi vositalar, mukolitiklar
B guruh vitaminlari, folat kislotasi va ularning analoglari
C, P vitaminlar guruhi va ularning analoglari
Ye, K vitaminlar guruhi va ularning analoglari
Pantotenat guruhi vitaminlari
Qon quyilishiga ta'sir ko'rsatuvchi vositalar
Antikoagulyantlar
Ferment preparatlar va ingibitorlar
Plazma o'rnini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar
Aminokislotalar, qandlar
Parenteral oziqlantiruvchi preparatlar
Aminokislotalar
Qandlar
Kaliy, kalsiy preparatlari, ishqor kislotasi
To'qima almashinuvi jarayoniga ta'sir ko'rsatuvchi vositalar
Metabolik jarayonlarni qo'zg'atuvchi preparatlar

Biostimulyatorlar
Immunomodulyatorlar
Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
Penitsillin guruhi antibiotiklari
Sefalosporin guruhi antibiotiklari
Aminoglikozid antibiotiklari
Makrolid antibiotiklari
Levomitsetin guruhi antibiotiklari
Zamburug‘ga qarshi antibiotiklar
Turli guruh antibiotiklari
Nitrofuran mahsulotlari va turli ximioterapevtik preparatlar
Trixomoniaz va boshqa protozoy infeksiyalarni davolashga
ishlatiladigan preparatlar
Qon plazma va boshqa bioto‘qima preparatlari
Immuno-biologik va davo-profilaktik preparatlar

Davolash natijalari:

Bemor ahvolining yaxshilanish klinik belgilari:

Umumiy ahvolning yaxshilanishi, temperaturaning normallasishi, fizik, laborator, funksional tekshirish ko‘rsatkichlarining yaxshilanishi.

O'PKA YIRINGLASHI

Farmakoterapiya

I. Etiotrop davolash

1.1 Antibakterial preparatlar

1.1.1. Penitsillinlar guruhi (ko'k yiringga qarshi penitsillinlar: karbenitsillin, tikarsillin, piperatsillin)

1.1.2. Sefalosporinlar guruhi (SP III: sefataksim, seftriakson, sefoperazon, seftazidim. SP IV: sefpirom, sefepim)

1.1.3. Karbapenemlar guruhi (imipenem, meropenem, tiyenam)

1.1.4. Aminoglikozidlar guruhi (gentamitsin, amikatsin, sizomitsin)

1.1.5. Ftorxinolonlar guruhi (levofloksatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin, nefloksatsin, lomefloksatsin, pefloksatsin)

1.1.6. Monobaktamlar (aztreonam)

1.1.7. Glikopeptidlar (vankomitsin)

II. Patogenetik davo

2.1. Balg'am ko'chiruvchi vositalar

Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)

Rezorbtiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yod, pertussin, terpingidrat)

2.2. Mukolitik preparatlar:

Proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, ribonukleaza)

SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)

Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

2.3. Immunomodallashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

2.4. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

2.5. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfosfat, lipoy kislotasi, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

III. Simptomatik davo

3.1. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan vositalar, shamollashga qarshi preparatlar.

3.2. Yurak-tomir vositalari.

10-KXT shifr Q 89.3
ZIVERT-KARTAGENER SINDROMI
(BIRLAMCHI SILIAR DISKINEZIYA)

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	11
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach otolaringolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach genetik konsultatsiyasi	*		
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Elektrokardiografiya (EKG)	*		
Diagnostik bronxoskopiya	100	1	1
Sanatsion bronxoskopiya	100	3	4
Avtomatlashgan spirometriya	100	2	2
Ko'krak kafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarini ultratovush bilan tekshirish	*		
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni tekshirish	100	2	2
Qonda oksil fraksiyalarini aniqlash	100	2	2
Qondagi gazlar	100	1	1
Qonda kislotas-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	100	1	1
Peshobning klinik tahlili	100	2	4
Spermani tekshirish	*		
Balg'amni tekshirish	100	2	2
Balg'amda qo'zg'atuvchilarni ajratish	100	2	2
Burun va og'izdagi surtmanni, burun oldi va quloq pazuxalarini bakterial florani tekshirish	100	2	2
Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	100	1	1
S-reaktiv oqsilni aniqlash	100	2	2
Qonni klinik tahlili	100	3	4
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
Burun bo'shlig'ining rentgenografiyasi	100	2	2
To'g'ri proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Yon proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	3
Bronxografiya	100	1	1
BOSHQA DAVO MUOLAJALARI			
Ingalyatsion terapiya	100	10	15

Intratraxial terapiya	*		
YORDAMCHI MUOLAJALAR			
Davolovchi jismoniy tarbiya	100	10	15
Massaj	100	10	15
Davolovchi ovqat	100		

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Nonarkotik, yo‘talga qarshi, balg‘am ko‘chiruvchi, qustiruvchi va qusishga qarshi vositalar
 Balg‘am ko‘chiruvchi vositalar, mukolitiklar
 Spazmolitik vositalar
 Purin mahsuloti va boshqa spazmolitik vositalar
 Plazma o‘rnini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar
 Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari
 Penitsillin guruxi antibiotiklar
 III-IV avlod sefalosporinlar guruxi antibiotiklari
 Aminoglikozid antibiotiklari
 Ftorxinolon guruhi antibiotiklari
 Trixomoniaz va boshqa protozoy infeksiyalarni davolashga ishlatiladigan preparatlar
 Nitrofuran mahsulotlari
 Immunomodulyatorlar
 To‘qima almashinuvi jarayoniga ta‘sir qiluvchi preparatlar
 Metabolik jarayonni stimullovchi preparatlar
 Biostimulyatorlar
 Ferment preparatorlari va ferment ingibitorlari
 Plazma o‘rnini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar
 B guruh vitaminlari, folat kislotasi
 C guruh vitaminlari
 Ye guruh vitaminlari
 Qon plazma va boshqa bioto‘qima preparatlari

Davolash natijasi:

Bemor ahvolidning yaxshilanish klinik belgilari:

Umumiy ahvolni yaxshilanishi, temperaturaning normallasishi, yo‘talning kamayishi, laborator tahlil va rentgen ma‘lumotlarining yaxshilanishi.

* ko‘rsatmaga asosan

ZIVERT-KARTAGENER SINDROMI

Farmakoterapiya

I. Antibakterial preparatlar.

- 1.1. Penitsillin guruhi (ampitsillin, amokitsillin klavulon kislotasi bilan)
- 1.2. Sefalosporinlar guruhi
- 1.3. Monobaktamlar guruhi
- 1.4. Karbapemenlar guruhi
- 1.5. Aminoglikozidlar guruhi
- 1.6. Tetratsiklinlar guruhi
- 1.7. Makrolidlar guruhi
- 1.8. Anzamitsinlar guruhi
- 1.9. Ftorxinolon preparatlari
- 1.10 Imidazol preparatlari

II. Balg'am ko'chiruvchi vositalar

- 2.1. Reflektor ta'sir qiluvchi preparatlar (mukaltin, glitseram)
- 2.2. Rezorbtiv ta'sir qiluvchi preparatlar (kaliy yod, pertussin, terpingidrat)

III. Mukolitik preparatlar

- 3.1. Proteolitik fermentlar (tripsin, ximitripsin, ribonukleaza)
- 3.2. SH-guruhli aminokislotalar (atsetilsistein, karbotsistein)
- 3.3. Mukoregulyatorlar (bromgeksin, ambroksol)

IV. Bronx muskulaturasi tonusini normallashtirish (bronxodilyatatorlar: β_2 selektiv stimulyatorlari)

V. Immunomodallashtiruvchi terapiya (prodigiozan, T-aktivin, timalin, anabol, timoptin va boshqalar)

VI. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

VII. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfosfat, lipoy kislotasi, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

VIII. Simptomatik davolash

8.1 Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan vositalar, shamollashga qarshi preparatlar.

- 8.1. Yurak-tomir vositalari.

10-KXT shifr D 84.9 (1)
O'PKANING BOSHQA TUG'MA VA
IRSIY KASALLIKLARI

Diagnostika va davo ta'minoti	Tayinlash		
	%	Marta	
		1	2
1	2	3	4
MUTAXASSISLAR KONSULTATSIYASI, DIAGNOSTIK MUOLAJALAR			
Vrach immunolog konsultatsiyasi	100	1	1
Vrach genetik konsultatsiyasi	*		
Vrach pulmonolog konsultatsiyasi	100	1	1
Elektrokardiografiya (EKG)	*		
Diagnostik bronxoskopiya	*		
Sanatsion bronxoskopiya	*		
Avtomatlashgan spirometriya	100	2	2
LABORATOR MUOLAJALAR, TEKSHIRISHLAR			
Qon zardobida umumiy oqsilni tekshirish	100	2	2
Qonda oqsil fraksiyalarini aniqlash	100	2	2
Qonda kislota-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari	*		
Peshobning klinik tahlili	100	3	4
Qon plazmasida fibrinogenni aniqlash	100	2	2
Zardob (gemolitik) komplement darajasi	100	2	2
Sirkulyatsiyadagi immun kompleksini aniqlash	100	2	2
S-reaktiv oqsilini aniqlash	100	2	2
Zardob immunoglobulinlari (A, M, G) ni aniqlash	30	1	1
Ye immunoglobulinlarini aniqlash	100	2	2
Leykotsitlarni fagotsitar faolligini aniqlash	100	3	4
Qonning klinik tahlili	100	2	2
T-limfotsitlar sonini aniqlash	100	2	2
B-limfotsitlarning sonini aniqlash	*		
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING RENTGEN-RADIOLOGIK VA BOSHQA FIZIOLOGIK USULLARI			
To'g'ri proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Yon proyeksiyadagi o'pka rentgenografiyasi	100	2	2
Bronxografiya	*		
BOSHQA DAVOLASH MUOLAJALARI			
Davo plazmoforezi	*		

* ko'rsatmaga asosan

Farmakoterapiya

Farmguruhlar nomi

Nonarkotik, yoʻtalga qarshi, balgʻam koʻchiruvchi, qustiruvchi va qusishga qarshi vositalar

Balgʻam koʻchiruvchi vositalar, mukolitiklar

Ferment preparatlari va ingibitorlar

Plazma oʻrmini bosuvchi va intoksikatsiyaga qarshi eritmalar

Penitsillin va sefalosporin guruhi antibiotiklari

Penitsillin guruhi antibiotiklar

Sefalosporinlar guruhi antibiotiklari

Tetratsiklin guruhi antibiotiklari

Aminoglikozid antibiotiklari

Makrolid antibiotiklari

Turli guruh antibiotiklari

Qon, plazma va boshqa biotoʻqima preparatlari

Immun-biologik va davo profilaktik preparatlar

Davolash natijasi:

Bemor ahvolidning yaxshilanish klinik belgilari:

Umumiy ahvolning, funksional maʼlumotlar, laborator va funksional koʻrsatkichlarning yaxshilanishi.

O'PKANING BOSHQA TUG'MA VA IRSIY KASALLIKLARI (NOSPESIFIK, GUMORAL VA HUJAYRA IMMUNITETI TIZIMIDA)

Farmakoterapiya

I. Patogenetik terapiya

1.1. O'rin bosuvchi terapiya (immunoglobulin preparatlari: sandoglobulin, immun AG, venoglobulin, endobulin, gamimun, natriy plazmasi)

1.2. Immunomodullashtiruvchi terapiya

1.1.6. Timik preparatlari (T-aktivin, timalin, timoptin, timaktid, timostimulin, vilozen, timogen)

1.1.7. Ko'mik preparatlari (miyelopid)

1.1.8. Sitokinlar va ularning sintetik analoglari (alfaferon, lokferon, reaferon, viferon, vellferon, rebif, betaferon)

1.1.9. Intenferonning sintetik induktorlari (sikloferon, amiksin, ridostin, megosin, poludan)

1.1.10. Turli guruh sintetik immunostimulyatorlari (leakadin, levamizol, polioksidoniy, dibazol, diutsifon, metiluratsil, pentoksil)

1.3. Antibakterial preparatlar:

1.4. Penitsillinlar guruhi (ko'k yiringga qarshi penitsillinlar: karbenitsillin, tikarsillin, piperatsillin, ampitsillin, amoksitsillin klovlulon kislotasi bilan kombinatsiyada)

1.5. Sefalosporinlar guruhi

1.6. Karbapenemlar guruhi (imipenem, meropenem, tiyenam)

1.7. Aminoglikozidlar guruhi (gentamitsin, amikatsin, sizomitsin)

1.8. Ftorxinolonlar guruhi (levofloksatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin, nefloksatsin, lomefloksatsin, pefloksatsin)

1.9. Sulfanilamid preparatlari (biseptol, baktrim)

1.10. Zamburug'ga qarshi preparatlar (amfoteritsin B, diflyukan)

1.11. Virusga qarshi preparatlar (atsiklovir)

1.12. Glikopeptidlar (vankomitsin, teykoplanin)

II. Simptomatik davo

2.1. Bronxlar drenaji faoliyatini tiklash (kaliy yodid, mukaltin, atsetilsistein, bromgeksin)

2.2. Bronx muskulaturasi tonusini normallashtirish (bronxodilya-tatorlar: β_2 selektiv stimulyatorlari)

2.3. Antioksidant terapiya (vit. Ye, emoksipin, essensiale)

2.4. Intoksikatsiya bilan kurashish (gemodez, 5% glyukoza eritmasi, kokarboksilaza, piridoksalfofat, lipoy kislotasi, piratsetam) kofermentlari bilan birga.

2.5. Isitma tushiradigan va og'riq qoldiradigan vositalar, shamollashga qarshi preparatlar (atsetilsalitsil kislotasi, metindol-retard, voltaren va boshqalar)

2.6. Yurak-tomir vositalari (kordiamin, kamfora).

X XALQARO KASALLIKLAR KLASSIFIKATSIYASI

NAFAS A'ZOLARI KASALLIGI (J00 – J99)

Yuqori nafas yo'llari o'tkir respirator infeksiyasi (J00 – J06)

- J00. O'TKIR NAZOFARINGIT (TUMOV)
- J01. O'TKIR SINUSIT
 - J01.0. Yuqori jag' sinusiti
 - J01.1. O'tkir peshona sinusiti
 - J01.2. G'alvirsimon suyak o'tkir sinusiti
 - J01.3. Ponasimon suyak o'tkir sinusiti
 - J01.4. O'tkir pansinusit
 - J01.8. Boshqa o'tkir sinusitlar
 - J01.9. Qo'zg'atuvchisi aniqlanmagan o'tkir sinusitlar
- J02. O'TKIR FARINGIT
 - J02.0. Streptokokklik faringit
 - J02.8. Boshqa mikroblar chaqirgan o'tkir faringit
 - J02.9. Qo'zg'atuvchisi aniqlanmagan faringitlar
- J03. O'TKIR TONZILLIT
 - J03.0. Streptokokklik tonzillit
 - J03.8. Aniqlangan boshqa mikroorganizmlar chaqirgan tonzillit
 - J03.9. Chaqiruvchisi aniqlanmagan tonzillitlar
- J04. O'TKIR LARINGIT VA TRAXEIT
 - J04.0. O'tkir laringit
 - J04.1. O'tkir traxeit
 - J04.2. O'tkir laringotraxeit
- J05. O'TKIR OBSTRUKTIV LARINGIT (KRUP) VA EPIGLOTTIT
 - J05.0. O'tkir obstruktiv laringit (krup)
 - J05.1. O'tkir epiglottit
- J06. YUQORI NAFAS YO'LLARINING KO'P SONLIK VA JOYI ANIQLANMAGAN INFEKSIYALARI
 - J06.0. O'tkir laringofaringit
 - J06.8. Yuqori nafas yo'llari ko'p qismi o'tkir infeksiyasi
 - J06.9. Yuqori nafas yo'llarining aniqlanmagan o'tkir infeksiyasi

Gripp va pnevmoniya (J10 – J18)

- J10. VIRUSNING TURI ANIQLANGAN GRIPP
 - J10.0. Gripp virusi aniqlangan pnevmoniya
 - J10.1. Turli respirator ko'rinishlardagi virusning turi aniqlangan gripp

- J10.8. Virusning turi aniqlangan turli ko‘rinishdagi gripp
- J11. VIRUSNING TURI ANIQLANMAGAN GRIPP
- J11.0. Virusning turi aniqlanmagan pnevmoniyali gripp
- J11.1. Virusning turi aniqlanmagan har xil respirator ko‘rinishdagi gripp
- J11.8. Virusning turi aniqlanmagan turli ko‘rinishdagi gripp
- J12. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANMAGAN VIRUSLI PNEVMONIYA
- J12.0. Adenovirusli pnevmoniya
- J12.1. Nafas organlarining sinsitial virus chaqiradigan pnevmoniya
- J12.2. Paragripp virusi qo‘zg‘atgan pnevmoniya
- J12.8. Boshqa viruslar qo‘zg‘atgan pnevmoniya
- J12.9. Aniqlanmagan virusli pnevmoniya
- J13. STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE CHAQIRADIGAN PNEVMONIYA
- J14. HAEMOPHIUS INFLUENZAE (AFANASEV-PFEYFFERA TAYOQCHASI)
- J15. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANMAGAN BAKTERIAL PNEVMONIYA
- J15.0. Klebsiella pneumoniae chaqiradigan pnevmoniya
- J15.1. Pseudomonas (ko‘k yiring tayoqchasi) chaqiradigan pnevmoniya
- J15.2. Stafilakokk chaqirgan pnevmoniya
- J15.3. V-guruhga mansub streptokokk chaqirgan pnevmoniya
- J15.4. Boshqa streptokokklar chaqirgan pnevmoniya
- J15.5. Eacherichia coli chaqirgan pnevmoniya
- J15.6. Boshqa aerobli grammanfiy bakteriyalar chaqirgan pnevmoniya
- J15.7. Mycoplasma pneumoniae chaqirgan pnevmoniya
- J15.8. Boshqa bakterial pnevmoniyalar
- J15.9. Aniqlanmagan bakterial pnevmoniya
- J16. TURLI YUQUMLI MANBALAR KELTIRIB CHIQRARGAN VA BOSHQA

Ruknlarga kirmagan pnevmoniya

- J16.0. Xlamidiyalar chaqirgan pnevmoniya
- J16.8. Boshqa aniqlangan yuqumli faktorlar keltirib chiqargan pnevmoniya
- J17. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANGAN KASALLIKLARDA RO‘Y BERADIGAN PNEVMONIYA
- J17.0. Boshqa ruknlarda tasniflangan bakterial kasalliklardagi pnevmoniya
- J17.1. Boshqa ruknlarda tasniflangan virusli kasalliklardagi pnevmoniya

- J17.2.* Zamburug* (mikoz)kasalliklardagi pnevmoniya
- J17.3.* Parazitar kasalliklardagi pnevmoniya
- J17.8.* Turli kasalliklarda uchraydigan boshqa ruknlarda tasniflangan pnevmoniya

J18. QO'ZG'ATUVCHISI ANIQLANGAN PNEVMONIYA

- J18.0. Aniqlanmagan bronxopnevmoniya
- J18.1. Aniqlanmagan, o'pka bo'lagi pnevmoniyasi
- J18.2. Aniqlanmagan gipostatik pnevmoniya
- J18.8. Qo'zg'atuvchisi aniqlanmagan boshqa pnevmoniyalar
- J18.9. Aniqlanmagan pnevmoniya.

**Pastki nafas yo'llari o'tkir yuqumli respirator infeksiyasi
(J20 – J22)**

J20. O'TKIR BRONXIT

- J20.0. Mycoplasma pneumoniae chaqirgan o'tkir bronxit
- J20.1. Haemophilus influenzae (Afanasev-Pfeyffer mikrobi) chaqirgan o'tkir bronxit

J20.2. Streptokokk chaqirgan o'tkir bronxit

J20.3. Koksaki virusi chaqirgan o'tkir bronxit

J20.4. Paragripp virusi chaqirgan o'tkir bronxit

J20.5. Nafas a'zolarining sinsitial virus chaqirgan o'tkir bronxit

J20.6. Rinovirus chaqirgan o'tkir bronxit

J20.7. Exovirus chaqirgan o'tkir bronxit

J20.8. Boshqa aniqlangan faktorlar chaqirgan o'tkir bronxit

J20.9. Aniqlanmagan o'tkir bronxit.

J21. O'TKIR BRONXIOLIT

J21.0. Sinsitial respirator virus chaqirgan o'tkir bronxiolit

- J21.8. Boshqa aniqlangan faktor ta'sirida kelib chiqqan o'tkir bronxiolit

J21.9. Aniqlanmagan o'tkir bronxiolit

**J22. PASTKI NAFAS YO'LLARI ANIQLANMAGAN O'TKIR
RESPIRATOR INFEKSIYASI**

Yuqori nafas yo'llari turli kasalliklari (J 30 – J39)

J 30. VAZOMOTOR VA ALLERGIK RINIT

J 30.0. Vazomotor rinit

J 30.1. O'simliklar changi keltirib chiqargan rinit

J 30.2. Yil fasllari bilan bog'liq boshqa rinitlar

J 30.3. Boshqa allergik rinitlar

J 30.4. Aniqlanmagan allergik rinit

- J 31. SURUNKALI RINIT, NAZOFARINGIT VA FARINGIT
- J 31.0. Surunkali rinit
- J 31.1. Surunkali nazofaringit
- J 31.2. Surunkali faringit
- J 32. SURUNKALI SINUSIT
- J 32.0. Surunkali yuqori jag' sinusiti
- J 32.1. Surunkali frontal sinusit
- J 32.2. Surunkali etmoidal sinusit
- J 32.3. Surunkali sfmoidal sinusit
- J 32.4. Surunkali pansinusit
- J 32.8. Surunkali boshqa sinusitlar
- J 32.9. Surunkali aniqlanmagan sinusitlar
- J 33. BURUN O'SIQCHALARI (POLIP)
- J 33.0. Burun bo'shlig'ining o'siqchasi
- J 33.1. O'siqchalar natijasida sinuslarning buzilishi
- J 33.8. Sinuslarning boshqa o'siqchalari
- J 33.9. Burunning aniqlanmagan o'siqchalari
- J 34. BURUN VA BURUN BO'SHLIQLARINING (SINUS-LARINING) BOSHQA KASALLIKLARI
- J 34.0. Burun absessi, chipqoni (furunkuli) ho'ppozi (karbunkuli)
- J 34.1. Burun sinusining pufakchasi yoki mukotselasi
- J 34.2. Burun ichki devorining qiyshayishi
- J 34.3. Burun bo'shlig'ining kattalashishi
- J 34.8. Burun va burun bo'shlig'ining aniqlangan boshqa kasalliklari
- J 35. BODOM BEZI (MINDALINA) VA ADENOIDLARNING SURUNKALI KASALI
- J 35.0. Bodom bezining surunkali yallig'lanishi
- J 35.1. Bodom bezning kattalashishi
- J 35.2. Adenoidlarning kattalashishi
- J 35.3. Bodom bezi va adenoidlarning kattalashishi
- J 35.8. Bodom bezi va adenoidlarning surunkali kasalliklari
- J 35.9. Bodom bezi va adenoidlarning aniqlanmagan kasalliklari
- J 36. PERITONZILLYAR ABSSESS
- J 37. SURUNKALI LARINGIT VA LARINGOTRAXEIT
- J 37.0. Surunkali laringit
- J 37.1. Surunkali laringotraxeit
- J 38. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANMAGAN OVOZ BOG'LAMI VA KEKIRDAKNING KASALLIKLARI

- J 38.0. Ovoz bog'lami va kekirdak paralichi
- J 38.1. Ovoz bog'lami va kekirdak o'simtasi
- J 38.2. Ovoz bog'lamidagi tugunchalar
- J 38.3. Ovoz bog'laminin boshqa kasalliklari
- J 38.4. Kekirdak shishi
- J 38.5. Kekirdak qisilishi
- J 38.6. Kekirdak torayishi
- J 38.7. Kekirdakning boshqa kasalliklari

J39. YUQORI NAFAS YO'LLARINING BOSHQA KASALLIKLARI

- J 39.0. Retrofaringial va parafaringial abscess
- J 39.1. Hiqildoqning boshqa abscessi
- J 39.2. Hiqildoqning boshqa kasalliklari
- J 39.3. Yuqori nafas yo'llarining joyi aniqlanmagan sezgirligining oshishi
- J 39.8. Yuqori nafas yo'llarining aniqlangan kasalliklari
- J 39.9. Yuqori nafas yo'llarining aniqlanmagan kasalliklari

Pastki nafas yo'llari surunkali kasalliklari (J40 -J47)

J40. O'TKIRLIGI YOKI SURUNKALILIGI ANIQLANMAGAN BRONXIT

J41. ODDIY VA SHILLIQ-YIRINGLI BRONXIT

- J41.0. Oddiy surunkali bronxit
- J41.1. Shilliq-yiringli surunkali bronxit
- J41.8. Aralash oddiy shilliq-yiringli bronxit

J42. ANIQLANMAGAN SURUNKALI BRONXIT

J43. E M F I Z E M A

- J43.0. Mak-Leod sindromi
- J43.1. Panlobulyar emfizema
- J43.2. Sentrolobulyar emfizema
- J43.8. Emfizemaning boshqa turi

J43.9. O'pka emfizemasi (o'pkaning barcha qismini egallagan)

J44. O'PKANING BOSHQA OBSTRUKTIV KASALLIKLARI

J44.0. Pastki nafas yo'llari o'tkir respirator infeksiyasi bilan birga o'tadigan o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi

J44.1. O'pkaning aniqlanmagan surunkali obstruktiv kasalligining faollashgani

J44.8. O'pkaning boshqa aniqlangan surunkali obstruktiv kasalligi

J44.9. O'pkaning aniqlanmagan surunkali obstruktiv kasalligi

- J45. A S T M A
- J45.0. Allergik jabhasi faollashgan astma
- J45.1. Allergik bo'lmagan astma
- J45.8. Aralash astma
- J45.9. Aniqlanmagan astma
- J46. ASTMATIK HOLAT (STATUS ASTHMATICUS)
- J47. BRONXOEKTATIK KASALLIK

**O'pkaning tashqi muhit ta'sirida rivoj topgan kasalliklari
(J60 – J70)**

- J60. KO'MIRCHILAR PNEVMOKONIOZI
- J61. ASBEST VA BOSHQA MINERAL MODDALAR Keltirib Chiqargan PNEVMOKONIOZ
- J62. KREMNIY CHANGI Keltirib Chiqargan PNEVMOKONIOZ
 - J62.0. Mayda chang keltirib chiqargan pnevmokonioz
 - J62.8. Tarkibida kremniy bo'lgan boshqa chang keltirib chiqargan pnevmokonioz
- J63. BOSHQA NEORGANIK CHANG Keltirib Chiqargan PNEVMOKONIOZ
 - J63.0. O'pkaning alyuminazi
 - J63.1. O'pkaning boskit fibrozi
 - J63.2. Berillioz
 - J63.3. O'pkaning grafit fibrozi
 - J63.4. Sideroz
 - J63.5. Stankoz
 - J63.8. Boshqa aniqlangan neorganik changlar keltirib chiqargan Pnevmonioz
- J64. ANIQLANMAGAN PNEVMOKONIOZ
- J65. SIL BILAN BOG'LIQ PNEVMOKONIOZ
- J66. NAFAS YO'LLARINING MAXSUS SPESIFIK CHANGLAR BILAN BOG'LIQ KASALLIKLARI
 - J66.0. Bissinoz
 - J66.1. Kanop bilan ishlovchilar kasali
 - J66.2. Kannabikoz
 - J66.8. Nafas yo'llarining turli aniqlangan organik changlar keltirib chiqaradigan kasalliklari
- J67. ORGANIK CHANGLAR Keltirib Chiqaruvchi GIPERSENSITIV PNEVMONIYA
 - J67.0. Fermer o'pkasi (qishloq xo'jalik xodimlari)

- J67.1. Bagassoz (shakar qamish changi)
- J67.2. Parrandachilar o'pkasi
- J67.3. Suberoz
- J67.4. Qizil miya o'simligi bilan ishlovchilar o'pkasi
- J67.5. Zamburug'lar bilan ishlovchilar o'pkasi
- J67.6. Zarang daraxtini po'stlog'ini yig'uvchilar o'pkasi
- J67.7. Konditsioner va namli havoga aloqador o'pka
- J67.8. Boshqa organik changlar chaqirgan gipersensitiv pnevmonitlar
- J67.9. Aniqlanmagan organik changlar chaqirgan gipersensitiv pnevmonitlar

J68. KIMYOVIY MODDALAR, GAZLAR, TUTUNLAR VA PARLAR KELITIRIB CHIQRADIGAN RESPIRATOR HOLAT

J68.0. Kimyoviy modda, gaz, tutun va bug'larning nafas bilan kirish natijasida yuzaga chiqadigan respirator holat

J68.1. Kimyoviy modda, gaz, tutun va bug'lar keltirib chiqargan o'pka shishi

J68.2. Boshqa sohalarda qayd etilayotgan kimyoviy modda, gaz va bug'lar keltirib chiqargan yuqori nafas yo'llari yallig'lanishi

J68.3. Kimyoviy modda, gaz, tutun va bug'lar keltirib chiqargan turli o'tkir va unga yaqin respirator holatlar

J68.4. Kimyoviy modda, gaz, tutun va bug'lar keltirib chiqargan surunkali respirator holatlar

J66.8. Kimyoviy modda, gaz, tutun va bug'lar keltirib chiqargan boshqa respirator holatlar

J68.9. Kimyoviy modda, gaz, tutun va bug'lar keltirib chiqargan aniqlanmagan respirator holatlar

J69. QATTIQ MODDALAR VA SUYUQLIKLAR KELITIRIB CHIQRAGAN PNEVMONIT.

J69.0. Oziqa moddalari va qayt qilganda ajraladigan moddalar keltirib chiqaradigan pnevmonit

J69.1. Yog' va essensiyalarni hidlash natijasida kelib chiqqan pnevmonit

J69.8. Boshqa qattiq va suyuqlik moddalar keltirib chiqargan pnevmonit

J70. BOSHQA TURLI MODDALAR VA AGENTLAR KELITIRIB CHIQRAGAN RESPIRATOR HOLATLAR

J70.0. O'pkada nurlanishdan kelib chiqqan o'tkir holat

J70.1. Radiatsiyadan o'pkada hosil bo'ladigan o'tkir va surunkali o'zgarishlar

J70.2. Dorilar ta'sirida o'pkada hosil bo'ladigan interstitsial o'zgarishlar

J70.3. Dorilar ta'sirida o'pkada hosil bo'ladigan surunkali interstitsial o'zgarishlar

J70.4. Aniqlanmagan dorilar ta'sirida o'pkada hosil bo'ladigan interstitsial o'zgarishlar

J70.8. Aniqlangan tashqi ta'sirlar natijasida hosil bo'ladigan respirator holatlar

J70.9. Aniqlanmagan tashqi ta'sirlar natijasida hosil bo'ladigan respirator holatlar

Asosiy interstitsial to'qimani o'zgartiradigan boshqa respirator kasalliklar (J80 – J84)

J80. KATTALARDAGI RESPIRATOR O'ZGARISHLAR BELGISI

J81. O'PKANING SHISHI

J82. BOSHQA BO'LIMLARDA KO'RSATILMAGAN O'PKA EOZINOFILIYASI

J84. O'PKANING BOSHQA INTERSTITSIAL KASALLIKLARI

J84.0. Alveolyar va alveolalar atrofi o'zgarishlari

J84.1. Fibroz bilan aloqador o'pkaning boshqa interstitsial kasalligi

J84.8. O'pkaning boshqa aniqlangan interstitsial kasalliklari

J84.9. O'pkaning aniqlanmagan interstitsial kasalliklari

Pastki nafas yo'llarining yiringli va nekrotik kasalliklari (J85 - J86)

J85. O'PKA VA KO'KS ORALIG'I ABSSESSI

J85.0. O'pka gangrenasi va nekrozi

J85.1. O'pka abssessi, pnevmoniyali

J85.2. O'pkaning pnevmoniyasiz abssessi

J85.3. Ko'krak o'rtasi abssessi

J86. PIOTORAKS

J86.0. Fistulali piotoraks

J86.9. Fistulasiz piotoraks

Plevraning boshqa kasalliklari (J90 – J94)

J90. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANMAGAN PLEVRAL SUYUQLIK YIG'ILISH

J91. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANGAN PLEVRAL SUYUQLIK YIG'ILISH

J92. PLEVRAL TUGUNCHA

J92.0. Asbestoz bilan bog'liq plevral tuguncha

J92.9. Asbestoz bilan bog'liq bo'lmagan plevral tuguncha

J93. PNEVMOTORAKS

- J93.0. Bosim bilan bog‘liq spontan pnevmotoraks
- J93.1. Boshqa tur spontan pnevmotoraks
- J93.8. Boshqa tur pnevmotoraks
- J93.9. Aniqlanmagan pnevmotoraks
- J94. PLEVRANING BOSHQA JAROHATLARI
- J94.0. Xilus suyuqligi (yog‘ tomchilariga boy limfa)
- J94.2. Gemotoraks
- J94.8. Plevraning boshqa aniqlangan holatlari
- J94.9. Plevraning aniqlanmagan jarohatlari

Nafas a‘zolarining boshqa kasalliklari (J95 - J99)

J95. BOSHQA BO‘LIMLARDA KO‘RSATILMAGAN TIBBIY MUOLAJALARDAN HOSIL BO‘LGAN RESPIRATOR HOLATLAR

- J95.0. Traxeostoma funksiyasining buzilishi
- J95.1. Ko‘krakda olib borilgan jarrohlik amalidan keyin kelib chiqadigan o‘tkir o‘pka yetishmovchiligi
- J95.2. Ko‘krakda olib borilmagan boshqa jarrohlikdan keyin kelib chiqadigan o‘tkir o‘pka yetishmovchiligi
- J95.3. Jarrohlikdan keyin kelib chiqadigan o‘pkaning surunkali yetishmovchiligi
- J95.4. Mendelson sindromi
- J95.5. Tibbiyot muolajasidan keyin kishi ovoz apparati torayishi (stenoz)
- J95.8. Tibbiyot muolajalaridan keyin kelib chiqadigan boshqa respirator o‘zgarishlar
- J95.9. Tibbiyot muolajalaridan keyin kelib chiqadigan aniqlanmagan respirator o‘zgarishlar

J96. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANMAGAN NAFAS YETISHMOVCHILIGI

- J96.0. O‘tkir respirator nafas yetishmovchiligi
- J96.1. Surunkali respirator nafas yetishmovchiligi
- J96.9. Aniqlanmagan respirator nafas yetishmovchiligi
- J98. BOSHQA RESPIRATOR XASTALIKLAR
- J98.0. Boshqa ruknlarda tasniflanmagan bronx kasalliklari
- J98.1. O‘pka kollapsi
- J98.2. Interstitsial emfizema
- J98.3. Kompensator emfizema
- J98.4. O‘pkaning boshqa jarohatlanishlari
- J98.5. Boshqa bo‘limlarda qayd etilmagan ko‘ks oralig‘i kasalliklari
- J98.6. Diafragmaning kasalliklari

- J98.8. Boshqa aniqlanmagan respirator o'zgarishlar
- J98.9. Aniqlanmagan respirator o'zgarishlar
- J99. BOSHQA RUKNLARDA TASNIFLANGAN KASALLIK-LARDAGI RESPIRATOR HOLATLAR**
- J99.0. O'pka revmatoid kasalligi
- J99.1. Biriktiruvchi to'qima diffuz o'zgarishlaridagi respirator holatlar
- J99.8. Boshqa ruknlarda tasniflangan kasalliklarda yuzaga chiqadigan respirator holatlar.

Nafas organlari kasalliklari aholi o'rtasida uchraydigan xastaliklar sifatida yetakchi o'rinni egallaydi va ko'pgina hollarda nogironlik hamda o'limga sabab bo'ladi. Bu guruh kasalliklar jahon bo'ylab tobora ko'payib bormoqda.

Nafas organlari kasalliklari O'zbekistonda so'nggi 5 yil davomida 2,5 barobar ko'payib, kasalxonalarga yotqiziladigan pulmonologik bemorlar soni, yurak-tomir va endokrin kasalliklar bilan og'riqan bemorlar birgalikda olingan sonidan ko'ra ko'proqdir. Nafas organlari kasalliklari tufayli mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotish hollari yil sayin 12 foizga, nogiron bo'lish esa 3 foizga ortib bormoqda. O'zbekistonda ana shu kasalliklar keltirib chiqarayotgan o'lim ham son jihatidan anchagina bo'lib, bu hol nafas organlari kasalliklarini aniqlash va davolash xususlarida hali sezilarli kamchiliklar borligidan darak beradi.

Aholi salomatligi ko'rsatkichlarining yomonlashuvida nafas organlari kasalliklarining ahamiyati tobora ortib borayotganini e'tiborga olib pulmonologiya sohasida taniqli maktablar, shuningdek o'zimizda orttirilgan ilg'or tajribalarni umumlashtirishni lozim ko'rdik. Ana shu bois, qo'lingizdagi kitobda O'zbekiston SSV Ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy tekshirish instituti va Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutining Pulmonologiya va klinik allergologiya kafedralarida mening rahbarligimda o'tkazilgan ilmiy-tadqiqot ishlarining natijalaridan tashqari, Rossiya tibbiyot fanlari akademiyasi akademigi, mashhur pulmonolog A.G. Chuchalin va uning hamkasblari, shuningdek, Rossiyaning boshqa atoqli olimlari ilmiy asarlaridan keng foydalanilib, ko'pgina yangi ma'lumotlar keltirildi. Bu ayniqsa, bizning mamlakatimizda yaqin kelajakda ilmiy jihatdan keng ko'lamda o'rganilishi joiz bo'lgan masalalarga taalluqlidir.

Ushbu kitob katta hajmdagi klinik materialni umumlashtirish, tegishli zamonaviy standartlarga diqqatni jalb etish bilan nafas organlari kasalliklari diagnostikasi va davosi yuzasidan shifokorlik faoliyati bilan mashg'ul vrachlarga asosli tavsiyalar berishni niyat qilib, o'zbek tilida jo etilgan birinchi inshodir. Unda nafas organlari kasalliklari bo'yicha bajarilishi kerak bo'lgan tibbiy standartlar, mutaxassislar maslahati, dori-darmonlar ro'yxati va 10-xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasidan pulmonologiyaga oid ma'lumotlar ham keltirilgan.

Ushbu asarni tayyorlashda o'zlarining qimmatli yordamlarini ayamagan shogirdlarim – dotsent M.A. Yakimova, tibbiyot fanlar nomzodlari Sh.R. G'afforov, I.V. Liverko va G.T. Uzoqovalarga o'z minnatdorchiligimni bildiraman.

Bu kitob tahririga katta ulush qo'shgan Rossiya tibbiyot fanlari akademiyasi akademigi, professor S.M. Bahromovga alohida tashakkurimni izhor etaman.

Shuningdek, ushbu kitob yuzasidan bildiriladigan barcha fikr va mulohazalarni samimiy qabul qilaman.

TAVSIYA ETILADIGAN ADABIYOTLAR

1. Авдеева О.Е., Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Современные представления об облитерирующем бронхиолите. Чучалин А.Г.: ХОБЛ, 1998. М., с. 462–479.
2. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Тяжёлая внебольничная пневмония // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 5. – Том 9. – С. 458–462.
3. Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане (Сборник научных трудов). Ташкент, 2001, с.117.
4. Амелина Е.Л., Чучалин А.Г. Муковисцидоз: современный подход к диагностике и лечению. Русс. Мед. Журнал, 1997. Т.5, № 17, с.1136-1142.
5. Белявский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой, находящихся под амбулаторным наблюдением. Пульмонология, 1996, № 7, с.25–32.
6. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения. Проблема, 1996, Приложение 165 с.
7. Бронхиальная астма. Под ред. акад. РАМН Чучалина А.Г. М., 1997, 1–2 т.
8. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 1996, 1, с.90.
9. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 1997, 2, с. 149.
10. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 1999, 3, с. 139.
11. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 2000, 4, с.140.
12. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 2001, 5, с. 133.
13. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 2003, 6, с.186.
14. Зильберг А.П. Дыхательная недостаточность. М., Медицина, 1989, с. 512.
15. Карпов О.И. Фармакоэпидемиология лечения пневмоний в амбулаторных условиях // Пульмонология. – 2000. – № 2. – С. 50–56.
16. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2-е издание. М. Издательский дом “ГЭОТАР-МЕД”. 2002, с.1242.
17. Клиническая фармакология болезней органов дыхания. Справочное руководство для врачей. М.Унверсум Паблишинг, 1996.
18. Клинические рекомендации “Хроническая обструктивная болезнь легких” Под редакцией академика А.Г.Чучалина. – М. Издательство “Атмосфера”. – 2003 г.

19. Кокосов А.Н., Стрельцова Э.В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с заболеваниями легких. Л., Медицина, 1987, с. 144.
20. Крофтон Дж., Хрон Н., Милер Ф. Сил касаллиги (инглизчадан таржима). Тошкент, 1999, 2003 й.
21. Кулес В.Г., Ишх Е.В., Алешин М.А. Клинико-фармакологический подход к применению отхаркивающих средств. Лекция. Клиническая фармакология и терапия. 1995, 4, с. 75–77.
22. Лукомский Г.И., Шулуток М.Л., Виннер М.Г. и др. Бронхология. М., Медицина, 1982, с. 400.
23. Марчук Г.И., Бербенцова Э.П. Острые пневмонии. М. 1989.
24. Материалы 5 съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. Ташкент, 2000, с.319.
25. Материалы юбилейной конференции НИИ фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, 2002, с.247.
26. Механизмы обструкции бронхов. Под редакцией Федосеева Г.Б. СПб. Медицинское информационное агенство, 1995, 336 с.
27. Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия (Ред. Г.Б.Федосеев). СПб: НОРМЕД, 1998, с. 687.
28. Мухарьямов Н.М. Легочное сердце. М., 1973.
29. Назаров А.А. Атопическая астма. Ташкент, 2002.
30. Никонова Е.В., Чучалин А.Г., Черняев А.Л. Пневмония: эпидемиология, классификация, клинико-диагностические аспекты // Русский медицинский журнал. – 1997. – № 17, – Том 5. –С. 340–345.
31. Новиков Ю.К. Современные подходы к лечению пневмоний // Русский медицинский журнал. – 2002. –№ 5. – Том 10. –С. 758–761.
32. Нонилов В.Е. Антибактериальная терапия и пульмонология // Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 5. – С. 8–11.
33. Проблемы наследственности при болезнях легких. Под редакцией А.Г.Хоменко. М., Медицина, 1990, с. 240.
34. Садуль П. Длительная кислородотерапия у больных с тяжелой дыхательной недостаточностью. Пульмонология, 1995, № 2.
35. Самильчук Е.П. Роль наследственных факторов в возникновении хронических легочных заболеваний. Докт. Дисс. М., 1997.
36. Саркаидоз. Под редакцией А.Г. Хоменко, О.Швайгера. М., Медицина, 1982, с282.
37. Сильвестров В.П. Острые пневмонии. М. 1986.
38. Сильвестров В.П. Федотов П.И. Пневмония. М., Медицина, 1987, с.247.
39. Соколов В.А. Плевриты. Екатеринбург, 1998, с.238.
40. Туберкулез. Руководство для врачей Узбекистана (Формулярная система). Составители: А.М. Убайдуллаев и др. Т., 2000, с.42.
41. Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В. Проблема муковисцидоза в пульмонологии (Методические пособия). Ташкент, 1997.
42. Убайдуллаев А.М., Якимова М.А., Узакова Г.Т. Функциональные методы диагностики в пульмонологии (Методические рекомендации для врачей). Ташкент, 1997.
43. Убайдуллаев А.М. Якимова М.А. Шарафутдинова Г.Х. Хронические обструктивные заболевания легких (Методические рекомендации). Ташкент, 1998.

44. Убайдуллаев А.М., Исмаилов Ш.У., Шарафутдинова Г.Х. Проблема синдрома ночного апноэ в пульмонологии (Методические рекомендации для врачей), Ташкент, 1998.
45. Убайдуллаев А.М., Якимова М.А., Узакова Г.Т. Бронхиальная астма. Ташкент, 2001, с.64.
46. Убайдуллаев А.М., Агзамов Р.А., Гаффаров Ш.Р. Ўпка саркоидози. Т, 2000, 58 б.
47. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. М., Медицина, 1988, с. 272.
48. Федосеев Г.Б., Убайдуллаев А.М. Ранняя диагностика и первичная профилактика бронхиальной астмы. Ташкент, 1989, с.64.
49. Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма. М., 1996, с. 480.
50. Хоменко А.Г. Туберкулез вчера, сегодня и завтра. Проблема туберкулеза, 1997, № 6, с. 6–12.
51. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. Москва, 1999.
52. Частная пульмонология. Том 4. Род редакцией академика АМН СССР Н.Р.Палеева. М., Медицина, 1990.
53. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема современной медицины. *Materie Medica/* 1995, № 4, с. 5–10.
54. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М., 1998, с. 510.
55. Chung F, Fabbri L.M. Asthma. 2003. P. 458.
56. Baldacci S., Carrozzi L., Viegi G., Gicentini C. Assessment of respiratory effect of air pollution study design on general population samples. *JETPO*, 1997, 16. 77–83.
57. Agabiti N., Mallone S., Forastiere F. et al. The impact of parental smoking on asthma and wheezing *Epidemiology*. 1999.
58. Burr M.L. *Epidemiology of clinical allergy/* Basel, Karger, 1993
59. Grol M.H. *Asthma from childhood to adulthood: Groningen*, 1999.
60. *Fundamentals of genetic epidemiology*. New York, Oxford. University Press, 1993.
61. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. NIH Publication, 1997.
62. Global strategy for asthma management and prevention. In N.H. National Institute of Health, Lung Blood Institute, editor. 1998, NHLBI/WHO Workshop report.
63. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. – GOLD, WHO, Updated, 2003.
64. Clark L., Davies C. Опыт применения лефловлоксацина для лечения внебольничной пневмонии в крупной клинике // *Am.J.Health – Syst. Pharm.* –200. –57 (suppl 13)/ – p. 10–13.
65. Costa J.J., Weller P.F., Galli S.J. The cells of the allergic response: mast cell, basophils and eosinophils. *JAMA* 1997, 278: 1815–1822.

MUNDARIJA

TASHQI NAFAS FAOLIYATIGA OID QISQARTIRILGAN KO'RSATKICHLARNING O'ZBEK, RUS VA INGLIZ TILLARIDAGI MA'NOLARI	5
O'ZBEKISTONDA PULMONOLOGIYA XIZMATI	6
TASHQI NAFAS A'ZOLARINI FUNKSIONAL TEKSHIRISH USULLARI	12
O'pka hajmlari va sig'implari	14
O'pka ventilyatsiyasi ko'rsatkichlari	15
Spirografik ko'rsatkichlarni baholash	19
Farmakologik funksional sinamalar	25
Tashqi nafas funksiyasini tekshirish uchun ishlatiladigan zamonaviy apparatlar	32
Rentgenologik tekshirish metodlari	36
Bronxologik tekshirish	36
ILOVALAR	37
O'TKIR RESPIRATOR KASALLIKLAR	39
O'TKIR BRONXIT	48
PNEVMONIYA	53
Epidemiologiyasi	54
Etiologiya, patogenez va patomorfologiyalari	54
Klassifikatsiyasi	56
Klinikasi	56
Diagnostikasi	61
Asoratlari	64
Davolash usullari	69
SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGI (SOO'K)	76
Patogenezi	80
SOO'K diagnostikasi	83
Kasallik kechishining og'ir-yengilligiga va obstruktiv sindrom qaytalanishiga qarab davo o'tkazish	97
BRONXIAL ASTMA	100
Bronxial astmaning tarqalishi	101
Bronxial astmaning kelib chiqish sabablari	104
Bronxial astmaning rivojlanib borish mexanizmlari	109
Bronxial astma klassifikatsiyasi	115
Bronxial astmaning og'ir-yengilligini aniqlashda bosqichma-bosqich yondoshish	117
Bronxial astmaning klinik kechishi	118
Bronxial astma diagnostikasi	121
Differensial tashxis	124
Bronxial astma davosi dasturi	128
Dori-darmonlar bilan qilingan davo	129
Yallig'lanishga qarshi preparatlar	131
Glyukokortikosteroidlar	133

Sistem glyukokortikoidlar	135
Bronxodilatatorlar	136
Leykotriyenlar va leykotriyen preparatlarining antagonistlari	141
Bronxial astmani dori-darmonlarsiz davolash metodlari	143
Bronxial astmani dorilar bilan davolashda bosqichma-bosqich yondoshish	145
Noadekvat davo	156
Bronxial astma davosida zonalar sistemasi	158
O'PKA EMFIZEMASI	161
MUKOVISSIDOZ	172
BRONXOEKTATIK KASALLIK	181
Etiologiyasi va patogenezini	181
Klinikasi	183
Diagnostikasi	185
Davosi	188
OBLITERATSIYALOVCHI BRONXIOLIT	192
Etiologiyasi va patogenezini	194
Morfologik ko'rinishi	195
Diagnostikasi	196
Klinik ko'rinishi	196
Funksional testlar	199
OB ba'zi turlarining xususiyatlari	201
Davosi	203
ALVEOLITLAR	205
Ekzogen allergik alveolit	205
Sabablari	206
Toksik fibrozli alveolit	211
Idiopatik fibrozli alveolit	212
Klinik ko'rinishi	213
Davosi	214
O'PKA SARKOIDOZI	215
Sabablari	218
Klassifikatsiyasi	218
Sarkoidozni davolash	226
O'PKA-YURAK YETISHMOVCHILIGI	230
O'tkir o'pka-yurak yetishmovchiligi	231
O'pka-yurak yetishmovchiligining o'rtacha o'tkir turi	233
O'pka-yurak yetishmovchiligining surunkali turi	234
O'PKA SILI	247
Silning epidemiologiyasi	247
Silning patomorfozi va klinik tavsifi	249
Silning klinik tasnifi	250
Bolalar va o'smirlarda sil intoksikatsiyasi	252
Birlamchi sil majmui	252
Ko'krak ichki limfa tugunlari sili	253
O'pkaning disseminatsiyali sili	253
O'choqli o'pka sili	254
O'pkaning yallig'li sili	254

Kazeoz pnevmoniya	254
O'pka tuberkulomasi	255
O'pkaning kavernali sili	255
O'pkaning fibroz-kavernali sili	255
O'pkaning sirrotik sili	256
Sil plevriti	256
Silning profilaktikasi va uni barvaqt aniqlash	258
Silni laborator tahlil va asbor-uskunalar yordamida aniqlash	261
Silni davolash	263
TUNGI APNOE SINDROMI	265
Tungi apnoe simptomlari	268
Apnoe davosi	269
NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI VA HOMILADORLIK	272
Fiziologik homiladorlikning nafas olish tizimiga ta'siri	273
Surunkali bronxit	274
Bronxial astma va homiladorlik	277
Pnevmoniya	281
Krupoz pnevmoniya	281
O'pkaning yiringli kasalliklari	283
O'pka gipertenziyasi	286
O'pka obstruktiv xastaliklarida kuzatiladigan o'pka gipertenziyasi	286
Sil kasalliklari va homiladorlik	287
O'pka kasalligida homiladorlikka monelikning umumiy asoslari	291
Homilador ayollarda dori-darmon bilan davolashning asosiy tamoyillari	291
Nafas a'zolari kasalliklari bo'yicha bajarilishi kerak bo'lgan tibbiy standartlar, mutaxassislar maslahati, dori-darmonlar ro'yxati	297
MUALLIFDAN	360
TAVSIYA ETILADIGAN ADABIYOTLAR	361

O'quv-uslubiy nashr

A. M. UBAYDULLAYEV

NAFAS ORGANLARI KASALLIKLARI

Muharrir

Ma'mura QUTLIYEVA

Texnik muharrir

Yelena DEMCHENKO

Musahhih

Maqsuda XUDOYOROVA

Kompyuterda sahifalovchi

Feruza BOTIROVA

Bosishga 15.02.2009 y.da ruxsat etildi. Bichimi 60/90 1/16.
Bosma tobog'i 23,0+vkl.0,5. Adadi 420 nusxa. Buyurtma №32 .
Bahosi kelishilgan narxda.

«Yangi asr avlodi» nashriyot-matbaa markazida tayyorlandi.
«Yoshlar matbuoti» bosmaxonasida bosildi.
100113. Toshkent, Chilonzor-8, Qatortol ko'chasi, 60.

Murojaat uchun telefonlar
Nashr bo'limi 278-36-89, marketing bo'limi 128-78-43
Faks 273-00-14, e-mail: yangiasravlodi@mail.ru