

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

**Мавзу: ЎПКАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ
ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Бажарди: Маманазарова З.

Самарқанд 2017 йил

ЎПКАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўпка касалликлари диагностикаси аввалам бор беморларнинг шикоятлари, анамнез ва организмни физикал текшириш усуларига асосланади.

Ўпкаси касалланган беморларнинг кўпинча қуйидагилар безовта қилади: бу балғамли ёки балғамсиз йутал, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, қонли йутал, хансирашлардир. Анамнез йиғганда эътиборни касалликнинг бошланиши ва ривожланиши, яъни касалликнинг бошланиши совуқ қотиш, инфекцион касалланган беморлар билан ёки травмалар билан боғлиқлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Шунингдек меҳнат шароити, турли хайвонлар билан алоқаси, ёмон одатлар мавжудлигини аниқлаш лозим.

Қўлланиладиган физикал текширувларга: кўрик, пальпация, перкуссия, аускультациялар киради. Булар организмдаги анатомио-функционал ўзгаришларни тасаввур қилишга ва кўпинча беморларнинг ахволини динамикада ва даволаш жараёнида баҳолашнинг асосий усулларида бўлиб қолади.

Балғамни текшириш унинг физик хоссаларини ўрганиш, бактериоскопия ва бактериологик экишлардан иборатдир.

Ўпкаси касалланган беморларда рентгенологик текширувлар кўпроқ аниқ диагноз қўйиш имконини беради.

Томография – бу қатма-қат тасвир олишдан иборат бўлиб, бунда сегмент ва субсегмент бронхлардаги ўзгаришлар, лимфа тугунларидаги ўзгаришлар, ўпкадаги майда деструктив парчаланиш, майда буллани ва кистани, ўчоқли сояларни кўриш мумкин.

Компьютерли томография – Ўпкадаги ўчоқнинг аниқ чегарасини, ўлчамини аниқлайди, унинг зичлигини баҳолашга шароит туғдириб беради.

Бронхоэктатик касаллигининг гумонида, унинг шикастланиш даражасини ва характерини аниқлашда, ўпкадаги йирингли деструктив жараённинг аниқроқ ҳажмини аниқлашда, сурункали ўпка йирингли касаллиги ва марказий ўпка орасида дифференциал диагностика ўтказиш мақсадида бронхография тавсия этилади.

Ангиопульмонография – Ўпка артериясини катетерлашдан иборат бўлиб, бу томирга рентгеноконтраст модда юбориб қилинадиган тасвирдир. Бу муолажа ўпканинг туғма касалликларида, ўпка томирларидаги патологик жараёнларда, ўпка артериясининг тромбоземболиясида, ўпканинг сурункали касалликларида, ўпка артериясида гемодинамиканинг бузилиш даражасини аниқлаш учун, ёмон кечувчи ўпка ўсмаларида, операбелликни аниқлаш мақсадида бажарилади.

Бронхиал артериография – бронхиал артерияни катетерлаш, ўпкадан қон кетишининг сабабини, қон кетаётган жойини ҳамда қон оқишини тўхтатиш мақсадида ишлатиладиган муолажа ҳисобланади.

Бронхоскопия – қаттиқ ва фибробронхоскопияларга бўлинади. Кўрсатмалар: марказий жойлашган бронх ўсмаси, ўпкадан қон кетиши, трахея ва бронхлардаги ёт жисм, ўпка йирингли касалликларини диагностикаси ва санациялаш мақсадида.

Торакоскопия – торакоскоп ёрдамида плевра бўшлиғини визуал кўриқдан ўтказиш мақсадида қўлланиладиган муҳим диагностик ва даволаш усулидир.

Ўпканинг йирингли – деструктив касалликлари оғир патологик жараён бўлиб, бу касалликларда ўлим ўпкадаги йирингли деструкция характерига кўра турли муаллифлар буйича 8 – 75% ни ташкил этади.

Биз кўпроқ Стручков 1968 йилда таклиф этган таснифини Толузаков В.И. (1985й.) томонидан мукамаллаштирилган ҳолатидан фойдаланамиз. Яъни бу таснифга асосан, **патогенез буйича:** постпневмоник, аспирацион, пневмоник, гематоген – эмболик, сурункали пневмония асосида ривожланувчи;

характери буйича: йирингли абсцесс, гангреноз абсцесс, ўпка гангренази;

жойлашуви буйича: Ўпка сегменти, бўлакли, бутун ўпкада;

жараённинг тарқалиши бўйича: ягона абсцесс, кўплаб абсцесслар икки томонлама абсцесслар;

абсцесснинг ўпка илдизига нисбатан жойлашуви бўйича: периферик (кортикал), марказий (илдиз олди);

оғирлик даражаси бўйича: енгил, ўрта оғир, жуда оғир;

асоратлар бўйича: асоратсиз, асоратли: Ўпкадан қон кетиши, плевра эмпиемаси (чегараланган, тотал) таранглашган пиопневмоторакс, сепсис, септикопиемия.

Ўткир йирингли абсцесс – бу некрорзга учраган ўпка тўқимасининг йирингли чириши бўлиб, у йиринга тўла еки йирингли суюқлик сатхига эга бўшлиқ ҳосил қилади ва пиоген капсулага эга бўлган ҳолда, соғлом ўпка тўқимасидан перифокал инфильтрация орқали ажралиб туради.

Ўпка гангрена – Ўпканинг катта бир қисмини аниқ чегарага эга бўлмаган йиринглаб чириган некрози бўлиб, тезда тарқалиши, жуда оғир клиник кечиши билан ҳарактерланади.

Булардан ташқари ўпканинг гангреноз абсцесси фарқланади. Бу ўпка тўқимасининг йиринглаб-чириган некрози бўлиб, секвестр ҳосил қилиши ва Ўпканинг соғлом тўқимасидан чегараланиши мойиллигига эга.

Ўпкада йирингли-деструктив касалликни келтириб чиқарувчи асосий учта омиллар мавжуд. Булар: 1) бронхиал ўтказувчанликнинг бузилиши, 2) Ўпка тўқимасини яллиглантирувчи инфекцияни ривожланиши, қон айланишининг бузилиши ва тўқима некрози, 3) организмда химоя қилувчи кучларнинг сусайиши.

Трансбронхиал дарахтининг инфекцияланишида аспирацион фактор ўпканинг йирингли – деструктив касаллиги патогенезида катта роль ўйнайди. Ўпканинг ўткир йирингли – деструктив касалликлари патогенезида транс бронхиал дарахтнинг аспироацион механизми бўйича инфекцияланиши катта роль ўйнайди. Аспирацияга олиб келувчи шароитлар: вақтинча ютиш, йўталиш рефлексларининг сусайиши ёки йўқолиши билан боғлиқ бўлган умумий анестезия, чуқур алкоголь мастлик, наркотик ҳолат, оғир калла –мия жароҳати, узок муддат ўзини йўқотиш, мияда қон айланишининг ўткир бузилиши, тутканок. Ўпканинг ўткир йирингли – деструктив касалликларида пневмония ҳам муҳим роль ўйнаши мумкин. Травмадан кейин бўладиган абсцесслар камроқ учрайди. Гематоген – эмболик сабаб септик ўчоқдан келиб чиқиши мумкин. Этиологик жиҳатдан носпецифик инфекциялар асосий роль ўйнайди. Ўпканинг йирингли деструктив касалликларини чақирувчи инфекция полиморф бўлиб, улардан анаэроб (клостридиал), анаэроб ва аэроб ассоциацияси катта аҳамиятга эга. Аэроблар: стафилококк, протей ва клебсиеллалар. Анаэроблар – бактероидлар, фузобактериялар, пептострептококклар.

Ўткир Ўпка абсцессларининг клиник манзарасини иккига бўлиш мумкин, яъни бронхга ёрилгунча ва бронхга ёрилган босқичлар.

Кўпинча касаллик ўткир бошланиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, кучли безгак, шикастланган тарафда кўкрак қафасининг оғриши, нафас тезлашуви, терлаш ва бошқа интоксикация белгилари, делириоз ҳолатларни кузатиш мумкин. Биринчи босқичда йутал қуруқ ёки оз миқдорда шиллиқли балғам ажралиши мумкин. Физикал текширувда товуш титроғининг шикастланган тарафда сусайиши, перкуссияда – товушнинг бўғиқлиги, аускультацияда – нафас сусайиши ёки умуман эшитилмаслиги аниқланади. Қон анализида – лейкоцитоз, лейкоцитар формуланининг чапга силжиши, интоксикация индексининг кўтарилиши, рентгенологик текширувда – ўчоқли гомоген қоронғулик аниқланади.

Иккинчи босқичда, касаллик бошлангандан 7-14 сутка ўтгач, қуйидаги клиник манзара кузатилади: Йўтал билан кўп миқдордаги қўланса ҳидли, йирингли балғам ажралиши (сутка давомида 500 мл.дан кўпроқ). Бу ҳолатда клиник манзарада ижобий динамика кузатилади, яъни умумий аҳвол яхшиланади, интоксикация белгилари камаяди, тана ҳарорати нормалашади, интоксикация индекси камаяди, лейкоцитоз пасаяди. Аускультацияда – абсцесс соҳасида амфорик нафас, кўплаб ҳар хил калибмли хўл

хириллашлар эшителиди. Рентгенологик текширувда суюқлик сатҳига эга бўлган, ички контури текис ва атрофида перифокал инфильтрацияли бўшлиқ аниқланади.

Ўпка гангренасининг клиник манзараси: беморнинг умумий аҳволи жуда оғир, тер оқиши, кучли безгаклар, тез-тез нафас олиши, 3-4 кун давомида беморда йутал билан кўп миқдорда кўланса хидли, бадбуй балғам ажралиши кузатилади. Балғам тиндирилганда 3 катламдан иборат бўлади: пастки қатлами ўпка тўқимасининг некрозга учраган парчалари. ўрта қавати – лойкаланган суюқликдан ва юқори қатлами – кўпиксимон шиллик йирингдан иборат. аускультацияда – нафас сусайиши фонида кўплаб турли калибрли хўл хириллашлар. Рентгенологик текширувда бир ўпканинг диффуз, бир хил даражада бўлмаган коронғулиги фонида кўплаб оқарган доғлар, плевра бўшлиғида кўпинча суюқлик сатҳи ёки суюқлик гумони аниқланади.

Ўпка йирингли-деструктив касалликларининг энг кўп учрайдиган асортлари, бу пиопневмоторакс, контралатерал ўпканинг пневмонияси, ўпкадан қон кетиш. Бошқа асоратлар - сепсис, пневмоперикардит, ўткир буйрак етишмовчилиги камроқ учрайди.

Пиопневмоторакс – ўткир йирингли процесс, Ўпка абсцессининг плевра бўшлиғига ёрилишдан келиб чиқади. Абсцесс плевра бўшлиғига ёрилганда плевра бўшлиғига йиринг қуйилади ва ҳаво чиқади, натижада ўпка коллапси кузатилади. Бу ҳолатларда клапанли, таранглашган пиопневмоторакс кузатилиши мумкин.

Клиник манзараси: кучли йўтал, кўкрак қафасида ўткир оғриқлар, нафас олишнинг тезлашуви, тери қаватларининг оқариши ва ёпишқоқ тер билан қопланиши, цианоз. қон босими 50-70мм.с.м.устинигача тушиб кетади, тахикардия аниқланади.

Объектив: кўкрак қафаси шикастланган тарафда нафас олишда кам иштирок этади. Ковурға оралиғи кенгайган, силликланиш ҳолатида товуш титроғи кучсиз ёки аниқланмайди. Перкуссияда юқори (газ) қисмида коробкасимон товуш, пастки (суюқлик, йиринг) қисмида – бўғик товуш. Аускультацияда – бронхиал нафас, амфорик белги билан. Рентгенологик текширувида – ўпка коллапси, плевра бўшлиғи ҳаво суюқлик сатҳи билан пункция вақтида ҳаво суюқлик билан олинади.

Ўпканинг ўткир йирингли – деструктив касалликларини даволаш 3 компонентдан иборат. 1) Умумий медикаментоз терапия. 2) Трахеобронхиал дарахт, плевра бўшлиғи, ўпка абсцесси бўшлиғини санациялаш. 3) Катта хирургик операциялар.

Ўпка йирингли-деструктив касалликларининг консерватив терапияси.

Бу усул операцияга тайёргарлик, ёки мустақил даволаш усули бўлиб, этиопатогенез омилларига таъсир этувчи қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

-антибактериал терапия-қўлланувчи эрта ташхис усуллари (экспресс-бактериоскопия, хромато-масс-спектрометрия) микробларнинг қайси гуруҳга таълуқлигини аниқлаш ва эрта мақсадга мувофиқ антибактериал терапия ҳамда С.М.Навашина, Н.Г.Фомина (1982) усуллари бўйича антибиотикларни оптимал бирга қўшиш имконини беради. Кейинчалик (2-3 кундан сўнг) антибактериал терапия микробларнинг ассоциацияси, ноклостридиал анаэроб ва аэробларнинг аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда антибактериал препаратларнинг комбинацияси (кўпинча аминогликозид ёки цефалоспоринларни метронидазол билан) дан фойдаланилади: - дезинтоксикацион терапия – кучайтирилган диурез усули. Дилютанатлар сифатида электролит эритмалари, гемодез, реополиглюкин, глюкоза эритмалари фойдаланилади. Жараённинг оғир ёки жуда оғир кечимида гемосорбция, қонни УФ ва лазер нурлари билан нурлаш амалга оширилади:

Сув-электролит бузулишларини коррекция қилиш:

- яллиғланишга қарши воситалар (ацетилсалицил кислотаси 0,5 граммдан кунига 2-3 марта) яллиғланиш шишини кайтариш, микроциркуляцияни яхшилаш имконини беради.

- қон ивиш системаси ва микроциркуляцияни нормаллаштиришга йуналтирилган терапия. Маълумки, УУЙЯҚда Ўпканинг яллиғланиш соҳасида микроциркуляциянинг бузилиши кузатилади. Шунинг учун даволаш комплексига микроциркуляциянинг бузилишига қарши йуналтирилган воситалари киритилади. Шу мақсадда антифермент-

криоплазма комплекси (5-6 кун давомида янги музлатилган плазма кунига 150-300 мл., контрикал 100 минг ЕД, гепарин 10-20 минг бирлик, қоннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи препаратлар, антиагрегантлар- реополиглюкин, тернтал, ксантинол никотинат, курантил) тайинланади:

- бронхолитик воситалар:

- иммунитетни стимуляцияловчи воситалар: Яллиғланиш фазасида актив иммунизация воситалари (стафилококк анатоксини). Пассив иммунизация воситалари (гамма глобулин, гипериммун плазма). Регенерация фазасида хужайравий иммунитетни кучайтирувчи декарис, Т-активинлар қўлланилади.

- умумий мустаҳкамлаш терапияси – гемотрансфузия, плазма ва унинг препаратлари, қон оксигени ўрнини босувчи инфузияси, глюкоза концентрациялашган эритмалари, анаболик препаратлар, витаминлар.

- юрак – томир воситалари:

- антиоксидант химоя- токоферол ацетат, унитиол, модда алмашунувига таъсир қилувчи, тўқималарни регенерацияси ва репарациясини яхшиловчи воситалар – метилурацил, пентоксил, калий оротат.

- сурулишни, нозик чандиқ ҳосил бўлишини таъминловчи препаратлар – лидаза, ронидаза. Ушбу препаратлар регенерация, эпителизация ва чандиқ ҳосил бўлиши фазаларида тайинланади.

УУЙДҚда яллиғланиш соҳасида препаратларни юқори концентрациясини вужудга келтирмок даволашни муҳим шартларидан биридир. Бу касалликларда ангиопульмонография ва бронхоартериография натижалари яллиғланиш соҳасида ўпка артерияси системаси бўйлаб батомом қон оқими тўхташи ёки камайишини тасдиқлайди. Шикастланган ўпка тўқимасининг ҳаёт фаолияти бронхиал системаси бўйича қон оқимининг активлашуви ҳисобига тутиб турилади. Бу ҳолларда даволаш препаратларининг бронхиал артерияга узоқ регионар инфузияси самарали натижасини беради.

2 компонент – маҳаллий санация. Бу қуйидагиларни ичига олади:

1) трахео-бронхиал дарахтнинг санацияси. Дори-дармонларни трахео-бронхиал дарахт орқали юбориш: микроорганизмга таъсир қилиш, яллиғланишга қарши, балғамни суюқлантириш ва ажратиш мақсадида трахео-бронхиал дарахтни бурун орқали катетерлаш, микроотрахеостомия ва бронхоскопия йуллари билан бажарилади. Дори-дармонлар таркиби: 2% 2,0 натрий бикарбонат, микроорганизмнинг сезувчанлигига қараб АБлар, антисептиклар (диоксидин, фурагин), балғамни суюлтирувчилар (мукосальвин 10% -1,0), протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин 10-15 мг), бронхолитиклар (эуфиллин 0,24 % -1,0, новодрин 0,5% - 0,5), гормонлар (гидрокортизон 25-50 мг).

2) абсцесс бўшлиғи ва плевра эмпиемасини санациялаш – бурун орқали бронхоскопия ёрдамида абсцесс бўшлиғини катетерлаш, трансторакал катетерлаш, торакоцентез актив аспирация билан, йирингли бўшлиқни ювиш. Буларнинг ҳаммаси нафас олишни яхшилланишига, интоксикация белгиларини камайишига ва клиник – рентгенологик белгиларни тез орада яхшилланишига олиб келади.

УУЙДҚда бажариладиган катта жарроҳлик амалиётлари: лобэктомия, билобэктомия, пульмоэктомия. Жарроҳлик амалиётларига кўрсатмалар: Ўпкадан қон кетиш асорати ёки 5-7 сутка давомида (бир тарафлама жараёнда) ўтказилган комплекс даволашнинг эффектсизлиги.

Ўткир ўпка абсцесси ҳар доим ҳам тузалмайди: у сурункали кечимга ўтиши мумкин, унда клиник кечим ремиссия ва хуружлардан иборат бўлади. Доимий симптомлардан бири – ҳар ҳил миқдордаги йирингли балғамли йўтал. Хуруж вақтида балғам миқдори кўпайиши мумкин ва қўланса хидли бўлади. Сурункали интоксикация балғам билан оксиген йўқолиши, гипопропротеинемия, анемия, озиш, дармонсизлик, кўкрак қафасида оғриқлар ва тахипноэ кузатилади. Кўрикда терини оқариши, оғиздан қўланса хид, юзни шишиши, қўл-бармоқларини ўзгариши (дўмбира таёкчалари) аникланади. Физикал текширувда :

перкуссияда – товушни кискариши, аускультацияда – хўл хириллашлар, бронхиал нафас амфорик белги билан. Қон анализида – лейкоцитоз (нейтрофилез), лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, анемия, гипопропротеинемия, диспротеинемия. Рентгенологик текширувида – аниқ ички контурли юмалоқ бўшлиқ, суюқлик сатхи билан, перифокал инфильтрация. Бронхоскопияда чегараланган йирингли эндобронхит (дренажловчи бронхда). Бронхографияда бир ёки бир неча бронх билан боғланган юмалоқ бўшлиқ. Сурункали абсцессларда радикал амалиётлар бажарилади (сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмозэктомия). Жарроҳлик амалиёти учун қаршилик кўрсатмалар: жараённинг икки тарафламалиги, қарилик, хамрох касалликлар.

Бронхоэктатик касаллик – Ўпка бронхларининг сурункали яллиғланиши бўлиб уларнинг кенгайиши, уларнинг деворларидаги эластик ва мушак компонентларининг декструктив ўзгаришидир. Келиб чиқиш сабаби – Ўпка бронх аппаратининг туғма нуқсонлари, шунингдек бронх яллиғланиши, ундаги ёт жисм ва хоказо.

Клиника: Ўпка-бронх инфекцияларининг хуружлари, йутал, йирингли балғам ажратиш, тез-тез нафас олиш, кучсиз меҳнатда хансираш, қон туфлаш, интоксикация белгилари. Аускультацияда шикастланган тарафда хўл, майда пуфакли хириллаш эшитилади. Рентгенологик текширувида – фиброз майдони, илдиз структурасинининг ўзгарганлиги аниқланади. Бронхоскопия – диффуз ёки чегараланган эндобронхит, бронхларнинг дистал кенгайганлиги (Сулья белгиси). Бронхографияда – бронхнинг цилиндрик копсимон, кистасимон ва аралаш кенгайиши аниқланади. Бронхларнинг локал ўзгаришларида қуйидаги операциялари бажарилади: сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, пульмозэктомия. Тарқалган бронхоэктазларда консерватив даволаш кўрсатилган.

Ўрта бўлак синдроми- ўрта бўлакнинг сурункали яллиғланиши. Бу касалик ўрта бўлак бронхининг махсус анатомик тузилиши билан боғлиқдир ва ўпка фасодлари ичида 20-26% ташкил этади. Бронх атрофидаги лимфа тугунлари катталашиши натижасида ўрта бўлак ателектази вужудга келади ва яллиғланади.

Клиникаси – йирингли балғам билан йутал, қон тупириш, тез-тез нафас олиш, интоксикация белгилари. Аускультацияда-ўрта бўлак проекциясида катта ва ўрта хириллашлар аниқланади. Рентгенологик текширувда-ўрта бўлак ателектази кўринади. Бронхоскопияда шу бронх ўтказувчанлиги бузилган ҳолатда, сиқилиш натижасида чегараланган йирингли эндобронхит. Бронхографияда-ўрта бўлак бронхининг «чўлтоғи» аниқланади. Даволаш-операция йўли билан : ўрта бўлак резекцияси. Операцияга қаршилик кўрсатувчилар: қарилик, хамрох касалликлар ва х.к.

Ўпканинг кистоз гипоплазияси (поликистоз)- бу ўпка паринхимасининг, бронхнинг ва қон томирларининг туғма етишмовчилиги натижасида кистоз бўшлиқларининг пайдо бўлишидир. Клиник манзараси сурункали ўпка деструктив касаликлари клиникасига хосдир. Рентгенологик, бронхографик, бронхоскопик ва ангеопульмонографик текширувлари асосида ташхис қўйилади.

Даволаш оператив бўлиб: лобэктомия, пульмонэктомия. консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида ва операцияга қаршилик кўрсатувчилар (қарилик, хамрох касалликлар ва х.к.) бўлганда қўлланилади.

ЎПКАНИИГ ЙИРИНГЛИ ХАСТАЛИКЛАРИ

Кейинги ўн йилликларда ўпканинг йирингли хасталиклари аҳолининг хасталаниши, уни ногирон қилиб қўйиши ва халокатга учратиши бўйича юрак томир хасталиклари ва ўсмалардан сўнг учинчи ўринни эгаллаб олди.

Бундай беморларнинг сони йилига 5% дан кўпайиб, ногиронлик ошиб бормокда. Академик В.И.Стручков маълумотига кўра, ўпканинг йирингли хасталиклари нафас олиш аъзолари хасталикларининг 7% ини, плевра эпиемаси эса 9-11% ини ташкил этмокда. Бундай беморларнинг ўртача 7-12% и, ўпкадан қон кетганида эса 26-40% и ҳалокатга учраши мумкин. Ўпка гангренаси ҳозирги вақтда ҳам касалхоналарда 50% беморларнинг ҳалокатига сабаб бўлмокда. Шунинг учун ҳам ўпканинг йирингли хасталиклари тиббиётнинг долзарб мавзуларидан ҳисобланади.

Ўпка ҳупузи абсцесси - бу ўпка тўқимасида якка ёки кўплаб йирингли бўшлиқлар ҳосил қилувчи чегараланган йиринлиги-деструктив жараёндир. Ўпка гангренаси эса, ўпка тўқимасида аниқ чегараси бўлмаган, чекланмаган йирингли-некротик жараён.

Ўпка анатомияси ва физиологиясидан қисқача маълумот

Ўпкалар жуфт аъзо бўлиб, ҳар бири кесик, конус шаклига эга. Ўпкалар орасида кўкс оралиғи жойлашган. Ҳар бир ўпка алоҳида плеврал қопча ичида жойлашган.

Плевра қопчалари ўпкаларни қоплаган висцерал плевра ва кўкрак бўшлиғини ичидан қоплаган париетал плевра ҳисобига ҳосил бўлиб, ўпка дарвозаси остида плевранинг иккала варақлари қўшилиши натижасида ўпка бойламини ҳосил қилади.

Париетал плевра коворға-тўш, диафрагма ва медиастинал қисмлардан иборат бўлиб, юқорида ўмов суягидан 3-4 см кўтарилувчи плевра гүмбазини ҳосил қилади. Плевра варақлари орасида бўшлиқлар: коворға-диафрагма ва бўлақлараро синуслар ҳосил бўлади. ўнг ўпка қийшиқ ва горизонтал эгатлар воситасида юқори, ўрта ва пастки, чап ўпка эса қийшиқ эгат воситасида юқори ва пастки бўлақларга бўлинган. 1958 йили анатомлар конгресси қабул қилган таснифга биноан ўнг ўпка 10, чапи 8 сегментдан иборат.

ҳаво трахея орқали I, II, III бронхлардан, терминал ва респиратор бронхиолалар орқали альвеолаларга боради. Бронхларнинг ички юзаси цилиндрсимон киприкчали эпителийдан ташкил топган шиллиқ қават билан қопланган. II тартибдаги бронхлар бўлак, III тартибдагиси сегмент бронхларига давом этади.

Иннервацияси: сайер ва симпатик нерв системаси орқали.

Ўпкалар қон билан ўпка ва бронхиал артерия орқали таъминланади, қон эса юқори ва пастки ўпка веналари бўйлаб кетади.

Ўпкалар нафас олишга хизмат қилиб, атмосфера ҳавосидаги кислород альвеолаларда қондаги эритроцитлар томонидан ўзлаштирилиб, карбонат ангидрид чиқарилади. Нафас олиш диафрагма ва коворғалараро мускуллар кискариши билан, нафас чиқариш эса ўпкаларнинг эластик кискариши ва кўкрак қафасининг торайиши ҳисобига амалга ошади.

Ўпкаларнинг нафас олиш сатҳи 100 кв.м. Ўпка артериясидаги босим эса 14-16 мм симоб устунига тенг.

Одатда, нафас олганда ўпкаларнинг 1/5 қисми катнашиб, 4/5 қисми эса физиологик ателектаз ҳолатида бўлади. Ўпкаларда газ алмашувчи нафас олиш ва чиқаришда порциял босим ўзгариши сабабли амалга ошади.

Кислород билан бойиган эритроцитлар томирлар орқали қон билан тўқималарга бориб, у ерда ички нафас олиш амалга ошади.

Ташқи нафас олиш ҳолати спирометрия ва спирография билан аниқланади. Ўпкаларнинг мўтадил (оддий) нафас олиш ҳажми 500 мл бўлиб, қўшимча (максимал) нафас олиш ҳажми 2000-2500 мл га тенг.

Оддий нафас чиқаргандан сўнг максимал нафас чиқариб резерв ҳаво ҳажми (1500мл) аниқланади.

Бундан сўнг нафас йўлларида қолган ҳаво ўпкалар қолдик ҳажми 1500 мл.га тент.

Шундай қилиб, ўпкаларнинг умумий ҳаво ҳажми 5500-6000 мл.га тенг бўлиб, резерв, оддий нафас олиш ҳамда қўшимча ҳажмлар мажмуидан иборат ўпкаларнинг ҳаётий ҳажми эса 3500-5000 мл.га тенг.

Беморларни текшириш усуллари.

1. Ташки нафас олиш спирография усулида аниқланади. Оддий нафас олиш ҳажми (ОНХ) 500-800 мл., бир дақиқалик нафас ҳажми (МНХ) 8-10 литр, ўпкалар ҳаётӣ ҳажми (УХХ) 3500-5000 мл., кучаниб чиқарилган нафас ҳажми (КЧНХ) ОФБ. Тифно синови КЧНХ ни УХХ га бўлиб аниқланади. Одатда, у 70% дан кам бўлмаслиги керак.
2. Ички нафас олишни аниқлаш. Бунинг учун кислород фойдаланиши коэффицентини (КФК) ҳисоблаб топилади. У 30-34 дан кам бўлмаслиги керак.
Кислород ўзлаштирилиши фоиз ҳисобида НВО,2 эса биохимиявий усулда аниқланади.
3. Билобэктомия ёки пульмонэктомия қилиш зарур бўлганда ҳар бир ўпкани алоҳида спирография қилиш ҳамда ўпка артериясидаги босимни аниқлаш лозим. Бунда қон босими 30-50% га ошса (24ммНд) ташриҳ этиш хатарли, 50% дан кўпга ошса /28-30 Нд/, ташриҳ этиш мумкин эмас, чунки ташриҳдан сўнг юрак ўнг қоринчаси етишмовчилиги юзага келади.
4. Балғамни умумий ва бактериологик текшириш.
5. Организмининг иммунологик ҳолатини.
6. Ангиография (ангиопульмонография ва бронхиал артериография).
7. Ўпкалар структураси қуйидаги усуллар билан текширилади: рентгеноскопия, рентгенография, томография, компьютер томографияси.
8. Бронхоскопия ва бронхография.
9. Плеврография.
10. Торакоскопия.
11. Медиастиноскопия.
12. Каваграфия.
13. Радиоизотоп сканнерлаш (ксенон билан).

ЎПКА ЙИРИНГЛИ ХАСТАЛИКЛАРИ ТАСНИФИ

(П.А.Куприянов буйича)

1. Ўпкалар абсцесси ва гангренази:
 - а) йирингли абсцесслар (ўткир, сурункали, якка, кўп сонли)
 - б) гангреноз абсцесслар
 - в) тарқалган гангрена
 2. Ўпка абсцессидан сўнгги пневмосклероз.
 3. Бронхоэктазия: а) ателектаз билан; б) ателектазсиз
 4. Ўпканинг йиринглаган кисталари: а) якка; б) кўп сонли (кистоз ўпка)
- ВНИИП таснифи ҳам юқоридагидек.

ЎПКАЛАР АБСЦЕССИ ТАСНИФИ (ВНИИП буйича)

1. Йирингли абсцесслар.
 - А. Патогенези бўйича: ўткир, сурункали (зўрайиш ва ремиссия даври);
 - Б. Кечиши бўйича: ўткир, сурункали (зўрайиш ва ремиссия даври);
 - В. Локализация бўйича: марказий, периферик (якка, кўп сонли). Кайси бўлак ва сегментда жойлашгани кўрсатилади.
 - Г. Асоратлари бўйича: асоратсиз, асоратлар билан (эмпиема, пиопневмоторакс, қон кетиш ва х).
2. Гангреноз абсцесслар (локализацияси ва асоратларига кўра).
3. Тарқалган гангрена.

Этиологияси. Ўпкада йирингли яллиғланиш бўлиши учун заифлашган, қарилик қобиляти ва иммунологик ҳолати пасайган, қаттиқ совуқда қолган организмга вирулентли инфекция кириши лозим (стрептококлар-2,8%, стафилококлар ва ичак таёкчаси 9,3%, стафилокок - стрептокок - 8,4%, стафилокок-протей - 8,2%, ноклостридиал анаэроблар - 60-70% ҳолларда). Ўпкада жараён бошланиши учун унда маҳаллий мойиллик бўлиши лозим. Ўпка абсцесси юзага келишининг сабаблари: пневмония - 60,4%, аспирация - 17,9%, грипп - 3,6%, шикастланиш -1,2%, номаълум сабаблар - 7,9% ҳолларда.

Ўпканинг ўткир абсцесси юзага келишида 3 хил омил муҳим аҳамиятга эга.

1. Ўпка паренхимасидаги ўткир носпецифик инфекцион жараён.

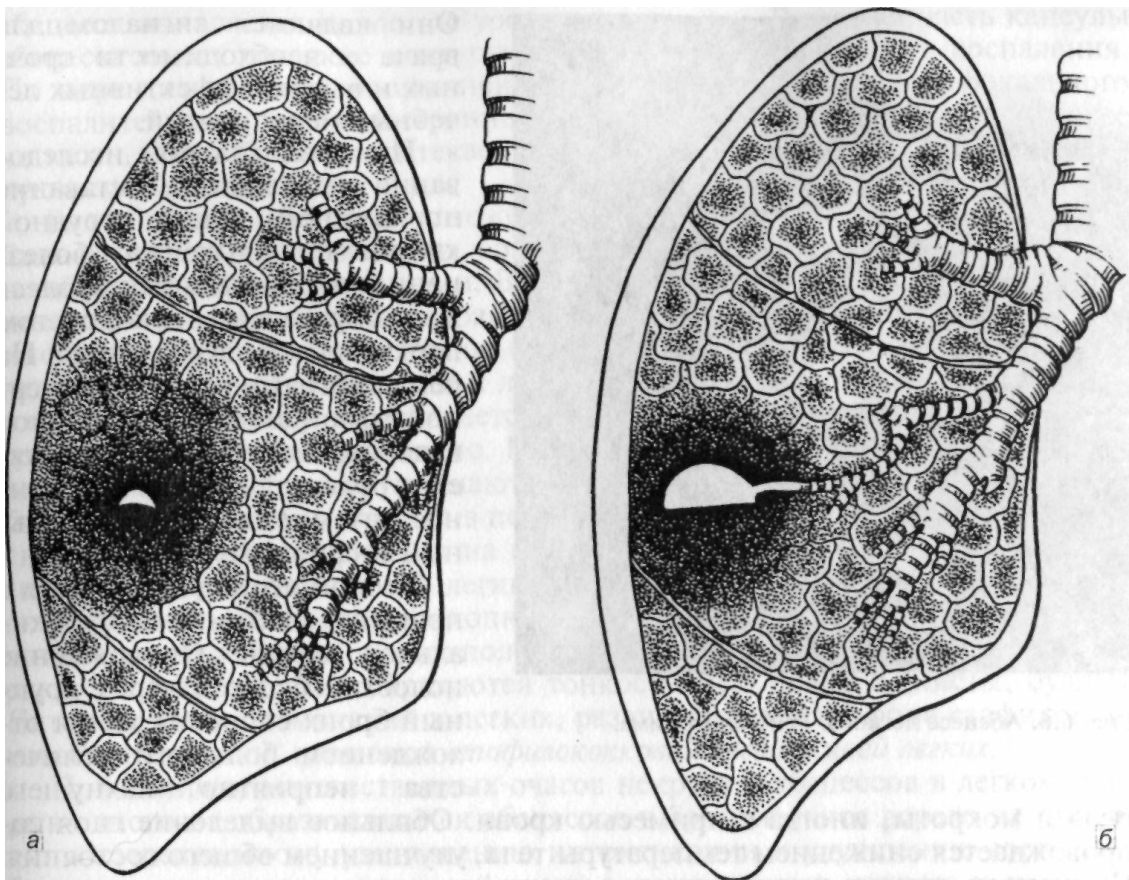
2. Бронхлар ўтказувчанлигини бузилиши.

3. Ўпка тўқималарининг қон билан таъминланиши бузилиб, некроз юз бериши.

С.И. Спасокукоцкий (1940) ўпка абсцесси этиопатогенезида мойилик туғдирувчи омилларга катта эътибор берган:

1. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши (охиригача даволанмаган бронхопневмония, ёт жисмлар аспирацияси, бронхлар эвакуатор функциясининг бузилиши) натижасида. Хусусан, эски кашанда чекувчиларда бронхлар эпителияси киприкчалари тушиб кетган бўлади. Натижада, балғам фақат йўталиш орқалигина чиқиш мумкин бўлиб қолади. Бронхларда ўсма ёки чандик стенози бўлиши ҳам бронх ўтказувчанлигини бузиши мумкин.

Бронхоген-пневмония абсцесслари 70% ни ташкил этади. ўттизинчи йилларда ўпкалар ностериллиги, халқумда микрофлора бўлиши аниқланган.



Расм а. Ўпка тўқимасидаги инфилтратни марказдан йиринглаши б. Йирингни бронхга ёрилиши

Одатда, тирик ўпка тўқимаси, унинг хужайралари микробларга қарши тура олади. Ўпкада ателектаз бўлиши, тўқималар чириши ва қон айланишининг бузилиши эса микроблар кўпайишига олиб келиши мумкин.

2. Гематоген-эмболик абсцесслар 10% ҳолларда учрайди.

Сепсис, тромбофлебит ва остеомиелитда микробларнинг микроэмболияси метастатик кўп сонли абсцесслар пайдо бўлишга сабаб бўлади.

3. Ўпкаларнинг шикастланиш абсцесслари ва плевра хасталиклари, асосан, кўкрак бўшлиғига ўтмайдиган жароҳатларда ҳам учраб туради. Ўпканинг эзилиши, унга қон қуйилиши ҳам ўпканинг йиринглашига олиб келиши мумкин.

Венгер маълумотларига кўра, ўпканинг тинчлик пайтидаги шикастлари уруш пайтидагидан ҳам кўпроқ ҳолларда йиринглашига олиб келиши мумкин.

И.С.Колесников бўйича, ўпка абсцесслари 51,4% холларда иккинчи сегментда (38,8% холларда ўнг, 12,8% холларда эса чап тарафда), 28,5% холларда олтинчи сегментда (19,5% холларда ўнг, 9% холларда чап тарафда) учрайди.

Ўпка абсцесси, одатда, инфильтрат марказида тўқималар йиринглаб, абсцесс шаклланиши натижасида юзага келади. Ўпка гангреназида эса, ўпка тўқималарининг чириши ва йиринглаши чегараланмаган бўлади.

Клиника ва симптомлари

Ўпка абсцесси бронхларга очилган ёки очилмаганлигига қараб ҳар хил клиник манзарага эга. Ўпка абсцесси бронхларга очилмаган, яъни дренажланмаган холларда қуйидаги белгиларга эга:

1) юқори ҳарорат; 2) кучли интоксикация; 3) кўкракнинг ҳасталанган тарафида оғриқ бўлиши; 4) қуруқ йўтал; 5) перкутор товуш қисқариши; 6) аускультацияда пневмонияга ҳос нам хириллаш; 7) лейкоцитоз ва СОЭ нинг ошиб кетиши; 8) рентгенограммада ўпка соҳасида чегараланган интенсив соя бўлиши.

Ўпка абсцесси бронхларга очилган (дренажланган абсцесс) даврида қуйидаги белгиларга эга:

1) йўталганда оғиз тўлиб, қўланса ҳидли балғам ажралиши; 2) қон туфуриш; 3) тана ҳароратининг биринчи давридагидан анча пастга тушиши; 4) аускультация бронхиал нафаснинг амфорик белгилари пайдо бўлиши; 5) рентгенограммада горизонтал сатхли юмалоқ соянинг аниқланиши; 6) беморларнинг аҳволи яхшиланиб, интоксикациянинг камайиши.

Дифференциал ташхис

1. Бронхоэктазия ёш беморларда учраб, жараён ўпканинг пастки бўлақларида жойлашади анамнезида бронхит қайталаниб турганлиги ҳос. Балғам эрталаб кўчиб, идишга солганда 3 қатламга ажралади, эластик толалар бўлмайди. Беморларнинг умумий аҳволи енгилроқ бўлиб, ҳасталик аста-секин ривожланади. Бронхографияда бронхларнинг кенгайганлиги-бронхоэктазлар аниқланади.

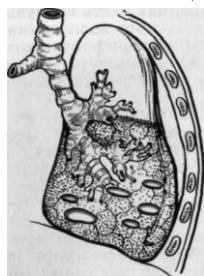
2. Пневмосклерознинг зўрайиши ўпка сегменти билан чегараланган, йўтал озгина балғам чиқиши билан кечади. Кўпинча қон туфуриш, рентгенограммада сегмент соҳасининг қорайиши ҳос.

3. Ўпка кистасининг йиринглаши йўтал билан кўп миқдорда балғам кўчиши, рентгенограммада атрофи силлиқ бўлган юмалоқ соя ва унда горизонтал сатх аниқланиши билан кечади.

Поликистоз учун "ари уяси" белгиси ҳос.

4. Ўпка ракиннинг емирилиш даври учун чегараларининг ноаниқлигига, рақ қахексияси; ўпканинг марказий рақи учун эса ателектаз, қуруқ йўтал ҳамда ўзига ҳос бронхоскопия ва бронхография белгилари, биопсияда атипик хужайралар топилиши ҳос.

Ўпка гангренази ниҳоятда оғир ҳасталик бўлиб, организмнинг кучли интоксикацияси билан кечади. Беморни хлорамин билан ҳўлланган икки қават материал билан изоляция қилинсада, касалдан келаётган бадбўй хиддан бўлимга кириб бўлмайди.



Беморнинг юзи керикиб, акроцианоз бўлиши, бикиллаб хириллаб нафас олиши ҳос. Бемор йўталганида, кўп миқдорда гўшт селига ўхшаш ифлос қўнғир тусли қўланса балғам ажралиб, балғам ичида ўпка тўқималари (секвестр) бўлади.

Расм 2 Ўпка гангреназида кўп сонли бушлиқлар ҳосил бўлиши

Рентгенологик текшириш ўпкадаги соя кўп сонли бўшлиқларга эга эканлиги чегараси ноаниқлигини кўрсатади. Одатда, жараён чегараси (демаркацияси) йўқ бўлиб, ўпка тўқимаси шишган, суйкалувчи ва узилувчан бўлади.

Бундай беморлар авваллари жарроҳлик бўлимларида, ҳозир эса пульмонология бўлимларида даволанадилар. Беморларнинг 80% и ташриҳсиз консерватив йўл билан

махсус моулажалар: ўпка дренажлаш, даво бронхоскопияси (хафтасига 2-3 марта) қилиб даволанади. Ўпка абсцесси махсус катетерлар билан бронх орқали хафтасига 2-3 марта ювилади.

Ўпканинг периферик абсцессида йўғон игна билан трансторакал пункция қилиб йиринг чиқарилади, антибиотиклар юборилади ва трансторакал катетер қолдирилади. Тана ҳолатини узгартириш орқали постурал дренаж амалга оширилади. Венага 33% ли спиртдан 200 мл, кальций хлориднинг 1% ли эритмасидан 200 мл юбориш, кенг спектрдаги антибиотикларни қўллаш яхши натижа беради. Беморларга юқори калорияли, оксил ва витаминларга бой овқат бериш лозим. Еғ моддалари етишмовчилиги ўпка сурфактантини парчалаши туфайли, беморларга ёғ эмульсияси тайинланади. Интоксикация экстракорпорал детоксикация қон қуйиш воситасида даволанади. Беморларнинг иммунологик ҳолатини яхшилаш учун АСГТ, тактивин ва бошқа иммунологик даво чоралари қўлланилади.

Ўпканинг кўп сонли абсцессларида антибиотикларни интрапульмонал юбориш, бронхиал артерияни катетеризация қилиб, томчилаб антибиотиклар юбориш, гемосорбция қилиш, венага гемодез, реополиглюкин юбориш тавсия этилади. Бундай ҳолларда дориларни аэрозол усулида ёки мушак орасига юбориш фойдасиз.

Ўпканинг ўткир абсцессларининг тақдири:

- 1) 30% ҳолларда бемор тулиқ тузалиб кетади;
- 2) 50% ҳолларда бемор шикоят этмасада, рентгенологик текшириш қолдиқ бўшлиқ (курук бўшлиқ) борлигини курсатади;
- 3) 15% ҳолларда сурункали абсцесс шиклланади;
- 4) 5% ҳолларда асоратлар ва беморларнинг ўлими кузатилади.

Ўпка ўткир абсцессининг асоратлари:

1. абсцесснинг плевра бўшлиғига очилиб, пневмоторакс юзага келиши;
2. Бронхларга қон кетиб, асфиксия юзага келиши;
3. йирингни ўпканинг бошқа ерларига тарқаб, янги абсцесслар пайдо бўлиши;
4. Организмнинг бошқа аъзоларида (кўпинча бош миёда) абсцесслар пайдо бўлиши.

Клапанли пневмоторакс юз берса, зуддик билан плевра бўшлиғини дренажлаш керак. Бронхларга қон кетганида, беморни қўшқавакли найча воситасида зуддик билан интубация қилиб, соғ ўпкага қон кетиб асфиксия бўлишини олдини олиш лозим. Шунингдек, гемостатик чоралар, бронхиал артерияни эмболизация қилиш ёки хасталанган ўпка сегменти бронхини пломбалаш керак. Янги хосил бўлган абсцесс ва метастатик абсцесслар одатдагидек даволанади.

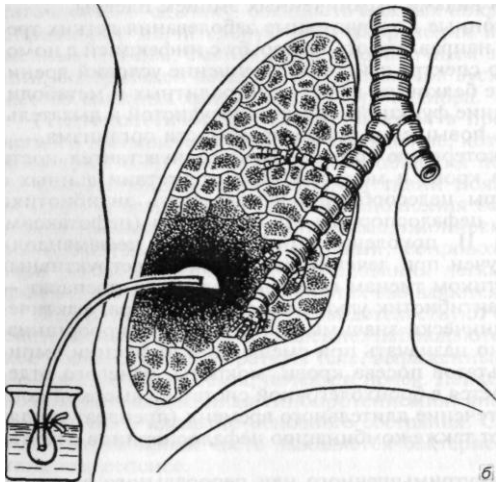
Пиопневмоторакс. Субплеврал абсцесс плевра бўшлиғига очилишидан келадиган иккиламчи хасталиқдир Бунда тўсатдан кўкракда оғриқ туриб, қуруқ йутал, цианоз, нафас етишмовчилиги юзага келади. Томир уриши ва нафас олиш тезлашади. Баъзан артериал босимнинг пасайиши ҳам кузатилади. Аускультацияда нафас аниқланмай, перкуссияда ногора товуши аниқланади. Рентгенда ўпка коллапси ва кўкрак қафасида суюқликнинг горизонтал сатхи кўринади. Кейинроқ беморларнинг ҳарорати кўтарилиб, лейкоцитоз кузатилади. Оғир ҳолларда тушиб қолиши мумкин.

Давоси: Зуддик билан плевра бўшлиғини пункция қилиб, яхши нуқтадан дренажлаш лозим. Одатда, 2-3 қовурғалар оралиғидан ўрта ўмров чизиги бўйлаб пункция қилиб, ҳавони сўриш учун плевра бўшлиғига дренаж найча қўйилади. Иккинчи дренаж найча 8-9 қовурғалар оралиғидан қўлтиқнинг орқа чизиги бўйича суюқликни тортиш учун қўйилади. Фаол дренажлаш учун электрсуруғич, Бобровнинг вакуум аппарата ва х. қўлланилади. Плевра бўшлиғи 2-3 кун дренажланганидан сўнг, йиринг ва ҳаво қолмай, ўпка юзаси кўкрак қафасига ёпишиб қолади. 3-4 кун давомида ўпкалар коллапси ўтиб кетмаса, беморларни ташрих этиш, бронх окмаларини, некротик тўқималарни олиб ташлаш ва плевра бўшлиғини дренажлаш лозим.

Ўпка ўткир абсцессларининг сурункали абсцессга ўтиш сабабли:

1. Ўткир абсцессларнинг сонли бўлиши;

2. абсцесс бўшлиғида тўқима секвестрининг бўлиши;
3. абсцесснинг пастки бўлакларида жойлашуви;
4. абсцесснинг диаметри 5 см.дан катта бўлиши.



Расм 3 Субплеврал абсцессни дренажлаш

Ўткир абсцесслар 2 ой давомида тузалиб кетмаса, унда ўпканинг сурункали абсцесси юзага келади. Бундай беморларда нафас аъзолари тўлиқ текширилиши, ўпканинг хасталаниш даражаси аниқланиши шарт.

БРОНХОЭКТАЗИЯ ХАСТАЛИГИ (БЭ).

Бронхоэктазия болаларда учраб туладиган бронхларнинг қайтмас сурункали йирингли жараёнидир. Бронхоэктазия хасталиги бирламчи хасталик бўлиб, сурункали йирингли ўпка хасталикларининг асосий қисмини ташкил этади.

Туберкулез, ўпка шикастланишлари ва сурункали абсцесслардан сўнг юзага келадиган иккиламчи бронхоэктазлардан фарқли ўлароқ, бронхоэктазия хасталиги ўзининг этиологияси ва патогенезига эга. Бронхларнинг кенгайиши хасталикнинг асосий белгисидир.

Бронхоэктазия хасталиги ҳозирги вақтда камроқ учрасада, эркалар аёллардан 1,5 марта кўпроқ хасталаниши маълум. 10 ёшгача эса қиз ва ўғил болалар бир хилда хасталаниши аниқланган.

Этиологияси ва патогенези. Хасталик ёш болалар ва пневмониядан сўнг бошланади. Титованинг маълумотиغا кўра, 10% бронхоэктазлар пневмониядан сўнг пайдо бўлади. А.Я.Цигельник эса бронхоэктазия хасталиги, ўпка ателектази сабабли пайдо бўлади деган. Пневмония ва ателектаз кўпинча бир вақтда учрайди. Болаларда пневмония натижасида ателектаз юзага келашга 2 сабаб бор: ўпка пневмониясига жавоб реакцияси сифатида ўпка илдизи соҳасида бронхопульмонал лимфа тугунлари лимфаденети (бронхаденит) юзага келади; болалар балғамни йўталиб, яхши чиқара олмаганидан катта ва кичик бронхлар ичи қуюқ, ёпишқоқ балғам билан тўлиб қолади. Шу билан бирга VI-VII тартибдаги бронхларда бронхиолит бўлиши ҳам ҳаётлилик юзага келиши учун қулайлик яратади.

Иккинчи гуруҳ олимлар бронхоэктазлар ҳосил бўлиши бронхлар обструкциясига боғлиқ деб тушунтиради. Ателектаз бронхлар ичидаги босимни ошириб, эластиклигини йўқотади (обструктив бронхит).

Олмония олими Заурбах бронхоэктазни туғма хасталик деб тушунтиради. Бронхоэктазия хасталиги ўпканинг кистоз гипоплазиясидек туғма хасталик бўлмасада унга туғма мойиллик бўлиши мумкин. Масалан, Зиверт-Картагенер синдромида бронхларни қоплаган эпителий киприкчалари ҳаракатсиз бўлиши, муковисцедозда шиллик қаватлар ишлаб чиқарган секрет қуюқ ва ёпишқоқ бўлиши, бронхоэктазия ҳосил бўлишга мойиллик туғдиради.

Бронхоэктазия хасталигининг таснифи.

Шакли буйича: дуксимон, цилинрсимон, копсимон, аралаш.

Жойлашувчи буйича: 1 тарафлама, 2 тарафлама (27% ҳолларда).

Купинча чап ўпканинг пастки бўлаги ва юқори бўлагининг тил сегменти, ўнг тарафда эса пастки ва ўрта бўлақлар хасталанади.

Хасталикнинг кечишига кўра; зўрайиш ва ремиссия даври, фарқланади.

Асоратлари бўйича: асоратсиз ва асоратланган тури.

Бронхоэктазия хасталигининг асоратлари: ички аъзолар амилоидози; икки тарафлама ўпка зарарланганда нафас етишмовчилиги; бронхиал артериянинг майда тармоқларидан қон кетиши. Ўпка хасталикларида, одатда, бронхиал артерия кенгайиб, юпқалашиб қон кетиш манбаи бўлиб қолса, ўпка артериялари бўйича қон айланиши камаяди.

Клиникаси. Хасталик узоқ йиллар бир зўрайиб, бир ремиссия бериб давом этади. Беморлар хар тонгда йўталиб, йирингли балғам ташлайдилар. Балғам ҳидсиз ёки ҳидли бўлиб (30% ҳолларда), қунига миқдори 100-700 мл гача боради. Балғам турса, уч қаватли бўлиб қолади. 10-30 % ҳолларда беморлар қон туфуриши мумкин, 50% ҳолларда кўкрак тортишиб оғрийди, нафас қисиши мумкин. Хасталик 12-14 ёш, баъзан кечроқ, хатто катталарда пневманиядан сўнг ҳам бошланиши мумкин. Баҳор ва кузда грипп хасталиги бронхоэктазиянинг зўрайишига сабаб бўлади.

Объектив текшириш қуйидагиларни аниқлайди. Хасталик учун субфебрил ҳарорат хос бўлиб, хасталик зўрайиши ҳароратнинг 30°C гача кўтарилиши, кўп миқдорда балғам ташлаш, ҳароратнинг тушиши билан кечади. Силласи қуриган беморларда мўтадил рақамлар орасида ҳароратнинг ўзгариши хос (масалан, 35,0°C -36,9°C). Беморларнинг лаби кўқарган бўлиб, жисмоний жиҳатдан кам ривожланган, бармоқлари ногора таёқчаси, тирноқлари "соат ойнаси" дек бўлади. (остеоартропатия).

Перкуссияда ателектаз туфайли товуш қисқарган, аускультацияда хириллаш, шовқинлар эшитилиб, йуталдан сўнг ўзгариб туради. Нафас олиш бронхиал нафас олишга ўхшаш. Рентгенологик умумий текширишда бемор ўпкасида бронхоэктазлар қопча шаклида бўлганидагина 27-44% ҳолларда томсимон ёки катаксимон соя билан намоён бўлади.

Бронхоэктазия клиникаси бўлганида аввалига беморларнинг даволаб, чиқаётган балғамнинг миқдори камайганидан кейин бронхография қилинади.

Бронхоэктазиянинг бронхографик балгилари: бронхларнинг бир бирига яқинлашуви; бронхларнинг кенгайиши; "чултоқ супурги" белгиси.



Расм 4 Бронхограмма. Ўнг ўпка пастки бўлагини бронхоэктази

Бронхоскопия ташхис учун ҳамда бронхларни тозалаш (санация) учун қилинади. Унда йирингли бронхит ва бронхлар шакли ўзгарганлигини кўриш мумкин. Спирографияда эса ташқи нафас олиш обструктив бузилган бўлиб, оғир ҳолларда "ўпка юраги" аниқланади кичик қон айланиш доирасида одатда гипертензия бўлмайди. Бронхоэктазия кенг тарқалган оғир ҳолларда гипертензия 30 мм. сим. уст. етиб, декомпенсация юзага келади ҳамда бронхиал ва ўпка артерияси орасидаги шунтлар очилиб кетади.

2-давр. Бронхоэктазиянинг йиринглаш даври. ўпканинг 1-2 бўлаги хасталанган бўлиб, бемор қунига 100-200мл йирингли балғам ташлайди, нафас етишмовчилиги, интоксикация хос. Меҳнат қобилияти камайиб кетган бўлади.

3-давр. Ўпка деструкцияси даври, оғир кечиб, бемор кунига 500-600 мл йирингли балғам ташлайди. Бронхоэктазлар қопсимон бўлиб, нафас етишмовчилиги кучли. Беморлар меҳнатга лаёқатсиз.

Касаллик прогнози - давосиз яхши эмас. Бемор болаларнинг ахволи кўпинча ўсмирликга бориб оғирлашади. В.И.Ермолаевнинг малумотида кўра, консерватив даво бемор ҳаётини 10-15 йилга узайтириши мумкин.

Хасталикнинг клиник турлари: 1) Бошланғич тури: 2) енгил тури-йилига бир икки марта зурайиб, 50-100 мл гача балғам ташлаш хос. Ташқи нафас олиш ва гемодинамикада ўзгаришлар йўқ; 3) клиникаси яққол тури-200 мл гача балғам ташлаш, ташқи нафас олиш ва гемодинамикада ўзгаришлар билан кечади: 4) оғир тури 10-15% ҳолларда учраб, кунига 500-1000 мл гача балғам ташлаш, оғир нафас ва гемодинамика етишмовчилиги билан кечади.

Асоратлари: "Ўпка юраги", кичик қон айланиш гипертензияси, ички аъзолар амилоидози, нафас етишмовчилиги, қон кетиши.

Хозирги вақтда 60-65% ҳолларда бронхоэктазиянинг енгил турлари учраб, беморларнинг 40% и ташрих этилмоқда.

Давоси. Консерватив даво мажмуи қуйдаги ҳолларда қўлланиши керак:

- а) беморларни ташрихга таёрлаш учун;
- б) бронхоэктазиянинг бошланғич даврида;
- в) бронхоэктазия кенг тарқалган ҳолларда.

Қонсерватив даво асосини даво бронхоскопияси, назотрахеал катетерлаш, юқори нафас йўллари тозалаш, даво жисмоний тарбияси, постурал дренаж, меҳнат ва овқатланишни тартибга солиш ҳамда санаторий - курорт давоси ташкил этади.

Бронхоэктазия хасталиги қуйдаги ҳолларда ташрих йули билан даволанади:

- а) типик бронхоэктазия нафас ва гемодинамиканинг чуқур ўзгаришларисиз бўлганида;
- б) бронхоэктазия бир тарафда жойлашганида;
- в) бронхоэктазиялар икки тарафда бўлиб, ўпканинг олти сегменти соғлом бўлса;
- г) беморларнинг ёши 6 дан 45 ёшгача бўлиши шарт.

Академик Ю.Ф. Исаков болаларда фақат "бронхоэктазияси бўлган бронхларни олиб ташлаб, унинг томирларини қолдиришни тавсия қилган. Бронхоэктазия хасталигида қўлланиладиган ташрих турлари:

- 1) пульмонэктомия;
- 2) билобэктомия;
- 3) лобэктомия;
- 4) сегментэктомия;
- 5) резекция комбинацияси.

Ташрих ҳажми бронхография натижасига қараб аниқланади.

Ташрих асоратлари: 1) ателектаз (13%) ҳолларда: 2) қолдиқ плевра бўшлиғининг қолиши (8%) ҳолларда: 3) плевра эмпиемаси (1,9%) ҳолларда, 4) қон кетиши (0,5%) ҳолларда, жароҳат йиринглаши (1%) ҳолларда, беморларнинг 1,4% ҳалокатга учраши мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар

- 1) Хирургические болезни. Под редакцией академика РАМН профессора В.Д.Федорова и профессора С.И. Емельянова Москва-2005
- 2) Хирургические болезни. Под редакцией академика РАМН М.И.Кузина. Москва-2002

- 3) Хирургические болезни. Под редакцией академика А.Ф. Черноусова
“ГЭОТАР-Медиа” 2012
- 4) Частная хирургия. Под редакцией члена-корреспондента РАМН профессора
Ю.Л. Шавченко Том-1 Санкт-Петербург 1998
- 5) Клиническая хирургия. Под редакцией профессора Ю.М.Панцырева Москва 1998
- 6) Хирургические болезни в двух томах. Под редакцией академика В.С. Савельева и
А.И.Криенко Москва-2006

Интернет сайтлар:

<http://www.moodle.sammi.uz>
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://www.doktor.ru>
<http://www.ziyonet.uz>