

NAFAS OLISH TIZIMI
YUQOLARI KASALLIKLARINI
O'SMIRLAR, QARIYALAR
VA HOMILADORLARDA
KECHISHI

№300

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

**X.T. Jumabaev, G.U. Nazarova, T.Z. Djumaboev,
M.B. Boyqo‘zieva, D.M. Qalandarov**

**«NAFAS OLISH TIZIMI A‘ZOLARI
KASALLIKLARINI O‘SMIRLAR, QARIYALAR
VA HOMILADORLARDA KECHISHI»**

*O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
tomonidan Davolash ishi – 5510100, Kasbiy ta‘lim – 5111000
(Davolash ishi-5510100) bakalavriyat ta‘lim yo‘nalishi uchun o‘quv
qo‘llanma sifatida nashrga tavsiya etilgan*

Toshkent – 2015

axborot

1258 Sp

UO'K: 612.21(075)

54.12

N30

X.T. Jumabaev

Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini o'smirlar, qariyalar va homiladorlarda kechishi [Matn] : o'quv qo'llanma / X.T. Jumabaev – Toshkent: Tafakkur Bo'stoni, 2015. -208 b.

KBK 54.12ya73

Takrizchilar:

M.Z.Zoxidova

TVMOI, UASh qayta tayyorlash kafedrası mudiri t.f.d.
professor.

Q.D .Djalalov

ADTI,1-UASh tayyorlash kafedrası professori t.f.d.

Tavsiya etilayotgan qo'llanma o'zbek tilida tayyorlangan bo'lib, pulmonologiya fani va amaliyotini dolzarb masalalariga bag'ishlangan umumlashgan qo'llanma hisoblanadi. Qo'llanmada nafas olish tizimi a'zolarini birlamchi va ikkilamchi kasalliklari va sindromlari, pulmonologiyadagi shoshilinch holatlar, ularni o'smirlar, qariyalar va homiladorlarda tashxisi va davolash xususiyatlari batafsil keltirilgan. Qo'llanma tibbiyot instituti talabalari, vrach Pulmonologlar, tez tibbiy yordam vrachlari va umumamaliyot vrachlari uchun mo'ljallangan.

ISBN - 978-9943-993-12-9

© "Tafakkur Bo'stoni", 2015

© X.T. Jumabaev, 2015

© Ilm - Ziyο nashriyot uyi



Abu Ali Ibn Sino
980 – 1037 yillar

Xavoda chang-to'zon bo'lmaganida edi,
Odamlar ming yil yashagan bo'lar edi.
Homiladorlikni boshlanishi bilan,
Bola tarbiyasi boshlanishi kerak.



Alisher Navoiy
1441-1501 yillar

Haq yo'lida kim senga bir harf o'rgat-
mish ranj ila,
Aylamak bo'lmas ado uning haqqin
ming ganj ila.
Kishi kim qilsa olimlarga ta'zim,
Andoqki qilur payg'ambarlarga ta'zim.
Yigitlikda yig'ilmning mag'zini, qari-
likda harj qilgin ani.

QISQARTMALAR

- BA - Bronxial astma
NE - Nafas yetishmovchiligi
O'SV - O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
O'ATE - O'pka arteriyasi tromboemboliyasi
O'NE - O'tkir nafas yetishmovchiligi
O'SOK - O'pkani surunkali obstruktiv kasalligi
O'RVI - O'tkir respirator virusli infeksiya
O'YuE - O'pka yurak yetishmovchiligi
OITS - O'rttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
OITV - O'rttirilgan immun tanqisligi virusi
OIT - O'rttirilgan immun tanqisligi
OIV - Odam immunodefisit virusi
RSO₂ - Karbonat angidritning parsial bosimi
RO₂ - Kislородning parsial bosimi
SNO'K - Surunkali nospesifik o'pka kasalliklari
SO'Yu - Surunkali o'pka yurak
SO₂ - Karbonat angidrit
SO - Is gazi
EGK - Ekstragenital kasalliklar
EChT - Eritrotsitlarning cho'kish tezligi
ExoKG - Exokardiografiya
EKG - Elektrokardiografiya
EChT - Eritrotsitlarni cho'kish tezligi
FNChX 1 - 1 sekundda forsirlangan nafas chiqarish hajmi
FO'B - Funksional o'lik bo'shliq
YuIK - Yurak ishemik kasalligi
YuQS - Yurak qisqarishlari soni
YaMRT - Yadro-magnitli rezonansli tomografiya

MAVZUNING DOLZARBLIGI

*Keksalik san'ati yoshlarga to'g'anoq emas-suyanchiq,
raqib emas muallim, befarq emas hamdard bo'lishi lozim*

A.Morua

O'zbekiston Respublikasining ko'p millatli xalqlari mustaqillikka erishib, porloq istiqlol yo'lidan borib, demokratiyaga va bozor iqtisodiyotiga asoslangan, yangi jamiyat va kelajagi buyuk davlat qurmoqdalar. Buyuk mamlakatni barpo etish uning sog'lom o'g'lonlari va qizlariga bog'liq. Shunday ekan, sog'lom avlodni o'stirish va tarbiyalash davlatimiz siyosatining ustuvor yo'nalishlaridan hisoblanadi.

Ilmiy tibbiy adabiyotdan ma'lumki homilador ayollar vujudida jinsiy a'zolar kasalliklaridan tashqari, boshqa a'zolarning turli-tuman kasalliklari ham mavjuddir. Bu kasalliklar guruxi ekstragenital kasalliklari (EGK) deb ataladi.

Nazariy jihatdan olib qaralganda Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash tashkilotining ro'yxatiga kirgan, insonlarda uchraydigan o'n minglab kasalliklardan deyarli hammasi ekstragenital kasalliklarning ayrim turi sifatida homilador ayol organizmida namoyon bo'lishi mumkin. EGKlarning tarkibiy va tashxisiy tahlili shuni ko'rsatadiki, tug'ish yoshidagi ayollarda uchraydigan EGKlarning aksariyati terapevtik xastaliklardir. Aynan shu kasalliklar ayrim hollarda onalar o'limiga hamda chaqaloqlar majruh va nogiron yoxud o'lik tug'ilishiga bevosita va bilvosita sabab bo'lmoqda.

Yuqorida sanab o'tilgan chora tadbirlarni amaliyotga tadbiq etish Respublikamiz prezidentining 17-aprel 1096-sonli "Ona va bola sog'lig'ini muxofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora tadbirlar to'g'risida"gi farmoishi ijrosini ta'minlashga javob bo'ladi.

Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari respublikamiz aholisi o'rtasida eng ko'p tarqalgan hisoblanadi. O'smirlar, qariyalar va homiladorlarda nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari o'ziga xos xususiyatga ega.

Pulmonologiya fani va amaliyotida keyingi yillarda katta yutuqlarga erishildi. Kasalliklarni epidemiologiyasi, omillari, rivojlanish mexanizmi, klinik kechishi xususiyatlari va davolash-profilaktik choralarini ishlab chiqishida qator yangiliklar yaratildi. Nafas a'zolari kasalliklarini halqaro tasnifi zamonaviy diagnostika va davolash standartlari vrachlar faoliyatida qo'llanilmokda.

Keyingi yillarda tibbiyotda o'tkazilayotgan islohotlarni ijrosini ta'minlash uchun terapevtlar, pediatrlar va umumamaliyot vrachlarini malakasini oshirish davralarida ma'ruza va o'quv qo'llanmalarini matnlarini to'plamini yaratish zaruriyati paydo bo'ldi.

O'quv qo'llanmada ichki kasalliklar mutaxassisligi va umumamaliyot vrachlari ish faoliyatda dolzarb bo'lgan mavzular yoritilgan. Qo'llanma 4 bobdan iborat bo'lib, oila shifokori faoliyatidan kelib chiqqan holda mavzu tanlangan, birinchi bobida terapiya va pulmonologiya fanini dolzarb masalalari batafsil yoritilgan, nozologiyalar zamonaviy xalqaro tasnifi (shifri bilan) tashxislash mezonlari, vrachlar taktikasi keltirilgan.

O'quv qo'llanmaning ikkinchi bobi nafas olish tizimi a'zolarini ikkilamchi kasalliklari, jumladan jigar, oshqozon osti bezi, alkogolizm, shikastlanganlarda kechish xususiyatlari keltirilgan.

O'quv qo'llanmaning uchinchi bobida pulmonologiya amaliyotida ko'p uchraydigan shoshilinch holatlar, ularni sabablari, kechishi, tashxislash mezonlari va tez tibbiy yordamni tashkil etish bo'yicha to'liq ma'lumotlar berilgan. Mavzular matnini an'anaviy savollar bilan bir qatorda oilaviy shifokor ish tajribasida uchraydigan vaziyat masalalarga ham ahamiyat berilgan. Bu bobda Respublikamiz Prezidentining 21 may 2009 yil 1114-sonli "Tez tibbiy yordam ko'rsatish tizimi faoliyatini takomillashtirish to'g'risida"gi qarori ijrosini ta'minlash bo'yicha tibbiyot xodimlarini vazifalariga bag'ishlangan.

Qo'llanmani to'rtinchi bobida nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari bo'yicha nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalarni mustaxkamlash usullari, ya'ni mavzular bo'yicha nazorat test savollari va javoblari, vaziyat masalalari va javoblari, tashxislarni

shakllantirish namunalari va davolash standartlaridan misollar keltirilgan. Umuman, qo'llanmada interfaol usullarini ishlatishga alohida e'tibor berilgan. Bu esa mavzuni mukammal o'zlashtirishga imkoniyat yaratadi.

Tavsiya etilayotgan o'quv qo'llanma o'zbek tilida yozilgan birinchi darslik bo'lib, pulmonologiya fanining dolzarb muammolari yoritiladi. O'quv jarayonini unifikatsiya etishda oila shifokorlari faoliyatida davolash va profilaktik ishlarni yanada takomillashtirishga yordam beradi. U tibbiyot instituti talabalari va vrachlari uchun ham nazariy, ham amaliy manbaa bo'lib qoladi degan umiddamiz.

I BOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI.

1.1. PULMONOLOGIYA FANI VA AMALIYOTINI DOLZARB MASALALARI

1. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari va ularni sabablarini epidemiologiyasi va profilaktika usullarini o'rganish.
2. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini xronizatsiya omillarini o'rganish.
3. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini o'smirlar va balog'at yoshlilarda kechishini o'rganish.
4. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini tug'ish yoshli ayollar va homiladorlarda kechishini o'rganish.
5. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari keksa va qariyalarda kechishi.
6. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari shikastlangan, nurlangan va zaharlanganlarda kechishini o'rganish.
7. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari narkomanlar, kashandalar va surunkali alkogolizm bilan zaharlanganlarda kechishini o'rganish.
8. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini odam immuntanqislik virusini tashib yuruvchilar va odam immuntanqislik sindromi bilan kasallanganlarda kechishini o'rganish.
9. Qo'shib kelgan kasallik va sindromlarni o'rganish.
10. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini tizimli kechishi xususiyatlarini o'rganish.
11. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarni kam uchraydigan yashirin va boshqa kasalliklarni niqobi ostida kechishi shakllarini erta aniqlash.
12. Zamonaviy diagnostika va davolash standartlarini amaliyotga tadbiq etish.
13. Shoshilinch pulmonologiya asoslarini takomillashtirish.
14. Pulmonologiyada xronomeditsina: xronodiagnostika, xronoterapiya va xronoprofilaktika usullarini qo'llash.

15. Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktik tadbirlar o'tkazish.

16. Pulmonologik kasalliklarni kelib chiqishida ekologiyatashqi muxitni tasirini o'rganish.

17. Ixtisoslashtirilgan pulmonologiya muassasalarini va umumamaliyot vrachlarini integrativ vazifalarini aniqlab berish.

18. Ixtisoslashtirilgan xususiy tibbiyot sektori faoliyatini yanada takomillashtirish.

19. Pulmonolog vrachlarini tayyorlash, qayta tayyorlash va malakasini oshirishni yanada takomillashtirish.

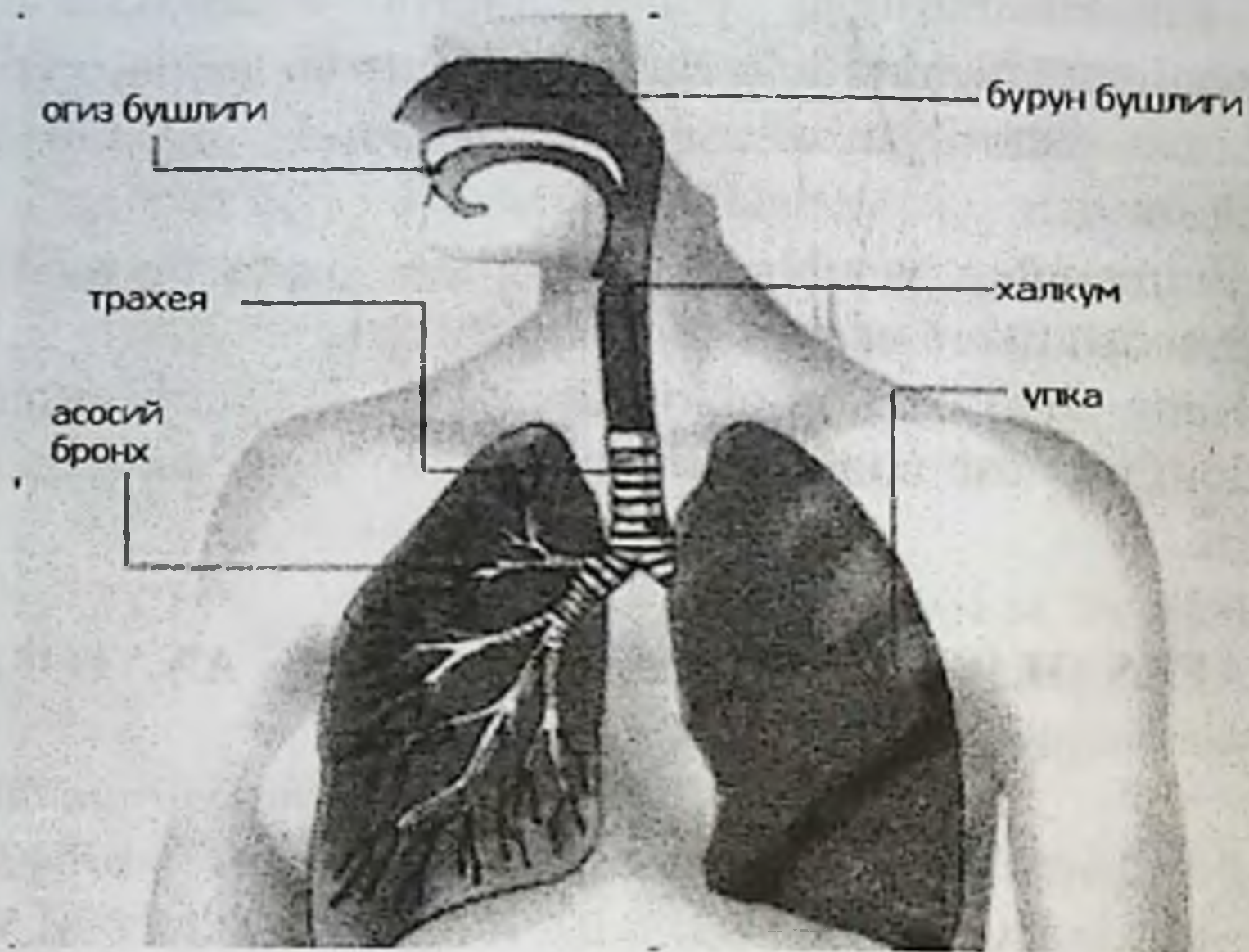
20. Keng aholi orasida ularni tibbiy ma'daniyatini oshirishda va sog'lom turmush tarzini shakllantirish bo'yicha chora-tadbirlar o'tkazish.

1.2.NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINING ANATOMIYA VA FIZIOLOGIYASI

*Vrach anatomiyani bilmasa,
foydasidan ko'ra zarari ko'proq bo'ladi*
E.Muxin

Nafas olish a'zolari tizimi: burun yo'llari, hiqildoq, traxeya, bronxlar va o'pkani o'z ichiga oladi. Nafas olish tizimi a'zolari tizimi organizm bilan tashqi muxit o'rtasida gaz almashinishini ta'min-lash vazifasini bajaradi. Nafas olish tizimi a'zolarini tuzilishi 1.1 rasmda ko'rsatilgan. Traxeya uzunligi 9-11 sm, diametri 15-18 mm keladigan naydan iborat. Traxeya VI bo'yin umurtqasi pastki chetidan I ko'krak umurtqasining yuqori chetigacha davom etadi va shu sohada ikkiga, chap va o'ng bronxlarga bo'linadi. Ko'krak bo'shlig'ida kekirdak, ko'ks oralig'ining qoq o'rtasidan o'tib, bu oraliqni oldingi va orqa qismlarga ajratib turadi. Kekirdak 16-20 ta yarim xalqa shaklidagi tog'aylardan tuzilgan. Tog'aylar bir-biri bilan fibroz boylam yordamida tutashgan. Traxeya devori 4 qavat: shilliq, shilliq osti, fibroz tog'ay va tashqi adventitsial pardalardan iborat. Kekirdak IV-V ko'krak umurtqalari soxasida

ikki bronxga bo'linadi. O'ng bronx deyarli vertikal yo'nalgan bo'lib, kekirdakning davomi xisoblansa, chap bronx kekirdakdan burchak hosil qilib chiqadi va bir oz gorizontal yo'naladi. Bronx devorlarining tuzilishi kekirdak devorining tuzilishiga o'xshaydi.



1.1-rasm. Nafas olish tizimi a'zolari

Asosiy bronxlar o'ng va chap o'pkalar darvozasidan kirib, bo'lak bronxlariga tarmoqlanadi. O'ng o'pkaga kirgan bronx uch bo'lakka bo'linadi. Chap o'pkaga kirgan bronx ikki bo'lak bronx tarmog'iga bo'linadi. Bo'lak bronxlari o'z navbatida o'pka segmentini ta'minlovchi bronxlarga bo'linadi. Segment bronxlari bir necha marotaba bo'linib, diametri 1 mm ga teng o'pka bo'lakchalari bronxlargacha parchalanadi. Bo'lakcha bronxlari o'z navbatida mayda-mayda diametri 0,3-0,5 mm ga teng oxirgi bronxiolalarga bo'linadi. Bu bronxiolalarning, devorida tog'ay moddasi bo'lmaydi. Bronxiolalaridan alveolyar naychalar ajraladi va berk holdagi kengaygan alveolyar xaltachalar bilan tugallanadi.

Nafas bronxiolasi va alveolalar o'pkaning atsinus deb ataladigan

funksional birligini tashkil etadi. Ikkala o'pkadagi atsinuslarning soni 30000 ga, alveolalar esa 300-350 mln. ga teng. O'pkalar ko'krak kafasi bo'shlig'ida joylashadi. O'pka konus shaklida bo'lib, asosi va uchi tafovut etiladi. O'ng o'pka uchta bo'lakdan, chap o'pka esa ikki bo'lakdan tashkil topgan. Ko'krak qafasining ichki yuzasi, o'pkaning tashqi yuzalari seroz parda (plevra) bilan o'ralgan. Plevra ikki varaqli bo'ladi: uning o'pka tashqi yuzasini o'rab turgan varag'i - ichki (visseral), ko'krak bo'shlig'i devorining ichki yuzasini qoplagan parda parietal plevra deb ataladi. Parietal va visseral plevralar orasidagi bo'shliq - plevra bo'shlig'i deyilib, bu bo'shliqda bosim bo'ladi va biroz miqdorda seroz suyuqlik hosil bo'ladi.

Insonda nafas quyidagi jarayonlarni o'z ichiga oladi: 1) tashqi nafas (tashqi muhit bilan o'pka alveolalari orasida havo almashinuvi); 2) o'pkada gazlar almashinuvi (o'pka alveolari bilan kichik qon aylanish doirasi o'rtasida gaz almashinuvi); 3) gazlarning qonda tashilishi; 4) qon bilan to'qima orasida gazlar almashinuvi; 5) to'qima nafasi (hujayra mitoxondriyalaridagi biologik oksidlanish).

O'pka hajmi va sig'imlari. O'rta yoshli odam tinch turganda 500 ml (300 dan 800 ml) gacha xavoni nafasga oladi. Bu o'pkaning *nafas olish hajmi* deyiladi. Tinch nafas olib chiqargandan so'ng, chuqur nafas chiqarish orqali, yana qariyb 1500 ml havoni chiqarish mumkin. Bu hajm *nafas chiqarishning qo'shimcha hajmi* deyiladi. Chuqur nafas chiqargandan so'ng ham o'pkada yana 1000-1500 ml miqdorda xavo qoladi, bu *goldik hajmi* deyiladi.

O'pkani nafas olishdan boshqa funksiyalari: 1. O'pka suvni nafas yo'llari orqali chiqarish yo'li bilan suv almashinuvini boshqarishda ishtirok etadi. 2. O'pka organizmdan issiqlikni chiqarish yo'li bilan, issiqlikni boshqarishda ishtirok etadi. 3. O'pka va mayda bronxlar A sinfiga taalluqli immunoglobulinlar ishlab chiqaradi. Organizmning himoyasini kuchaytirish maqsadida o'pka epiteliysi immunitet uchun javobgar bo'lgan V limfotsitlar bilan yaqin qontaktda bo'ladi va bu alveolalarda antitanachalarni doimo mavjudligini ta'minlaydi. 4. O'pkada angiotenzin I angiotenzin II

ga aylanishi sodir bo'лади va shu yo'l bilan arterial qon bosimini nazoratida ishtirok etadi. 5.O'pka qon uchun bioximik va mexanik filtr vazifasini o'taydi. Prostoglandinlar, noradrenalin, serotonin, atsetilholin, gistamin kabi biologik aktiv moddalar o'pka tomonidan kichik qon aylanish doirasidagi qondan ajratib olinadi va to'la parchalanadi. 6.O'pkada qon mikroblardan, parchalangan xujayra qoldiqlaridan tozalanadi. 7.O'pka orqali organizm uchun zararli bo'lgan moddalar - atseton, spirtlar, sirka kislotalari, metan, ammiak, vodorod va boshqa moddalar chiqarib tashlanadi. 8.O'pkada 2 tipdagi pnevmotsitlar yordamida alveolyar surfaktant va Klark xujayralari ishtirokida bronxial surfaktant hosil bo'лади. Surfaktant fosfolipidlar, oqsillar glyukokortikosteroidlardan tashkil topgan. Bu modda homiladorlikni 24 haftasidan boshlab homila organizmida hosil bo'la boshlaydi. Surfaktant alveolalarni ichki tomonini mustaxkamlab, o'pka to'qimasiga aerogematik barer orqali har-xil zarrachalarni va mikroorganizmlarni kirishidan himoya qiladi. Surfaktant moddasi alveolalarda gazlar almashinuvini ta'minlab kapillyarlardan suyuqlikni alveolalarga o'tishga yo'l qo'ymaydi. Va nihoyat, surfaktant tarkibidagi fosfolipidlar alveolalar orasidagi devor qatlamini elastikligini saqlab turadi, bu esa nafas olish aktida kuzatilishi mumkin bo'lgan fizik faktorlarni ta'siridan himoya qiladi.

O'smirlarda nafas olish tizimi a'zolarida kuzatiladigan fiziologik o'zgarishlar va ularni tekshirish.

Har bir yoshda organizmida o'ziga xos morfo-funksional va moslashish reaksiyalari kuzatiladi. O'smirlik davri odamning postnatal rivojlanishidagi eng murakkab va kritik davrlardan biri hisoblanadi.

O'smir - balog'at yoshi davri 3 ta bosqichga ajratiladi. 1. Erta o'smir davri-11-14 yosh. Bu davmi qizlar ertaroq o'tkazadilar. 2. O'rta o'smir davri -14-17-yoshlilar bo'lib, o'g'il bolalarni o'sishi va rivojlanishi tez o'tadi. 3. Kechki o'smir davri-17-19 yoshga to'g'ri keladi (rasm.1.2).



1.2-rasm. O'smirlar

Bu davrda o'g'il-qizlar organizmida ikkala jinsga tegishli, xamda aloxida maxsus fiziologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Nafas olish tizimi a'zolarining morfologik shakllanishi 15-18 yoshda yakunlanadi. Shu vaqtda ko'krak qafasi rivojlanishining, nafas olish muskullarining, o'pka segmentlarining intensiv rivojlanishi kuzatiladi. o'pkalarning ventilyatsiyasi, umumiy hajmi, hayotiy hajmi ko'payadi. Nafas olishda o'g'il bolalarda qorin tipi, qizlarda ko'krak tipi farqlanadi.

O'pkada qon va limfa aylanishi qobiliyatlari 25 yoshda yakunlanadi. Kislород bilan ta'minlanishi tez o'sayotgan organizmni ta'minlashga ulgurmaydi, shuning uchun o'smirlarda gipoksiya holati kuzatilib turadi.

Homiladorlarda homiladorlikning fiziologik kechishida nafas olish tizimi a'zolarida kuzatiladigan o'zgarishlar.

Mutloq sog'lom ayollarda aksariyat hollarda homiladorlikning fiziologik kechishi kuzatiladi. Fiziologik homiladorlik jarayonida ham, ayol organizmida maxsus, faqat homiladorlik bilan bog'liq bo'lgan vaktinchalik o'zgarishlar rivojlanadi. Bu fiziologik o'zgarishlarni xisobga olish patologik holatlarni erta aniqlashga, to'g'ri va o'z vaqtida davolashga imkon yaratadi.

Homilador ayollarning nafas sistemasida o'ziga xos fiziologik o'zgarishlar kuzatiladi: Gazlar almashinuvi, energiya almashinuvi, jinsiy gormonlarning sezilarli tasirida bo'ladi, shuning uchun ham

ular da nafas olish chuqurligi, o'pkaning xayotiy sig'imi, nafasning daqiqali hajmi, o'pkaning ventilyatsiyasi ko'payadi. O'pkaning qoldiq hajmi kamayadi, o'pkaning umumiy qarshiligi pasayadi, bronxlar kengayadi va ularning o'tkazuvchanligi yaxshilanadi (1.3-rasm.).



1.3-rasm. Xomilador ayol

Homiladorlik rivojlanib borishi bilan qondagi karbonat angidridning konsentratsiyasi kamayadi va nafas chiqarish xavosidagi konsentratsiyasi ko'payadi. Homiladorlik vaqtida estrogenlar va progesteronlarning ko'payishi gumoral imunitetni oshiradi, bu esa yallig'lanish oldini oluvchi epiteliy proliferatsiyasini kuchaytiradi, o'pka infeksiyasini susaytiruvchi, virusli kasaliklarga bardoshlilikini oshiruvchi, to'qima trofikasini yaxshilashini ta'minlovchi omildir. Nafas olish tizimi a'zolarida kasalligi bor ayollarga xomiladorlikka mone'likning quyidagi jixatlariga amal qilish lozim:

1. Kasallikning xomilador organizmiga, xomila rivojlanishiga, tug'ish va tuqqandan keyingi davrga, chaqaloqqa salbiy ta'sirini xisobga olish;

2. Normal xomiladorlikning ayolda mavjud bo'lgan nafas olish tizimi a'zolari xastaliklari kechishiga, og'irlik darajasiga, davolash usullarining extimol tutilgan salbiy ta'sirini nazarga olish;

3. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarida ko'plab qo'llaniladigan, muntazam ravishda qabul qilinishi lozim bo'lgan dori-darmonlarning (antibiotik, kortikosteroidlar) xomilaga ta'sirini xisobga olish;

4. Xamrox organlar va tug'ish a'zolari kasalliklarini nazarda tutish, ular o'z xolicha xomiladorlikka mone'lik qilishga asos bo'lmasa-da, o'pka xastaliklari bilan birga kelgan bo'lsa, xomilador yoki xomilaga xavf tug'dirishini unutmash kerak;

5. Xomilador ayolning ijtimoiy xolatini, oilada farzandlar sonini, tug'ishlar orasidagi davr, irsiy kasalliklarga moyillik borligini xisobga olish katta ahamiyatga ega.

Shuni ta'kidlab o'tish joizki, agar kasallik vaqtida aniqlansa, bemor ayol faqat vrachlar maslaxati bilan davolansa, profilaktika choralari izchillik bilan o'tkazilsa va zamonaviy davolash usulari to'la va sifatli ravishda qo'llanilsa kasallikka chalingan bemor ayollarning ko'pchiligida xomiladorlikni onasiga xam, chaqaloqqa xam zarar keltirmasdan eson-omon oxirigacha etkazish imkoni bor.

Qariyalarda nafas olish tizimi a'zolarida kuzatiladigan fiziologik o'zgarishlar va kasalliklarning kechishi

Qariyalarda o'pka to'qimasining elastikligi pasayadi ko'krak qafasi va diafragmani harakati kamayadi. Nafas olganda o'pka to'liq kengayish qobiliyati pasayadi. Xansirash paydo bo'ladi, bronxlarni o'tkazuvchanligi pasayadi va ularning drenaj funksiyasi buziladi, o'pkaning ventilyatsiyasi pasayishi natijasida pnevmoniyaning rivojlanishiga olib keladi (1.4-rasm.).

Qariyalarda yo'tal refleksi pasayadi. Ularda alveola devorlarini sklerozi tufayli o'pkani qon bilan to'lishi buziladi, natijada gaz almashinuvi buziladi, xavodagi kislorodni alveolalar devori orqali qonga o'tishi qiyinlashadi, qondan alveola orqali tashqariga uglekislotani tashqariga chiqarishi ham qiyinlashib - gipoksiya rivojlanadi. Gipoksiya natijasida tez charchashlik, uyquchanlik rivojlanadi, uyqu buziladi, shuning uchun qariyalarga ko'proq ochik xavoda yurishlari va nafas olish gimnastikasi tavsiya etiladi.

Qariyalar yotganda ularni krovatini bosh tomoni ko'tarilgan bo'lishi kerak, bu holat o'pka ventilyatsiyasini chuqurlashishini ta'minlaydi. O'pka kasalliklarida nafas olish harakatini har tamonlama kuchaytirish kerak. Qariyalarda kasalliklarni etiologiyasi ko'p omilli, patogenezi immunologik holati pasayishi bilan, klinikasi-polimorbid, kechishi yashirin, rivojlanuvchi, og'riqsiz bo'ladi.



1.4-rasm. Qariyalar

1.3. NAFAS OLISH TIZIMINI O'TKIR VIRUSLI RESPIRATOR KASALLIKLARI VA XOMILADORLIK.

ShIFR J. 31,0

Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarida mantiqiy tashxisi

1. Bemor haroratining keskin ko'tarilishi ($39-40^{\circ}\text{S}$), junjikish, ko'pincha bir tomonlama ko'krak qafasida sanchiqning paydo bo'lishi, xansirash, lunji qizarishi, lab, burun va quloq uchining ko'karishi, labdagi gerpetik toshmalar (uchuqlar); avval quruq 1-2 kundan so'ng zangsimon balg'am ajralishi, shikastlangan tomonning nafasdan orqada qolishi zotiljam kasalligidan dalolat beradi. Bunday holda bemorni terapevtik bo'limiga yotqizib, tekshiruvdan o'tkazish va tez yordamga kirishish lozim.

2. Nafas chiqarishning qiyinligi, uzoqdan eshitilib turadigan davomli, xushtaksimon, shovqinli xirillashlar, yopishqoq balg'amning qiyin ajralishi; og'zi ochiq, burun qanotlari kengaygan, bo'yin

tomirlari boʻrtib chiqqan, terga botib majburiy holatni (yaʼni qoʻllarini tizzalariga tirab oʻtirishi), bronxial astma (dikqinafas) xastaligining boʻgʻilish xuruji davrida kuzatiladi, bunda kislorodli yostiq, va astmaga qarshi bor dorilarni berib, shifokorni chaqirish darkor (1.5-rasm).

3. Bemorda tana haroratining koʻtarilishi ($39-39,5^{\circ}\text{S}$), koʻp terlash, xansirash, quruq yoʻtal, lab koʻkarishi, kasallangan tomonning nafas harakatidan orqada qolishi; qattiq, ogʻriq (sanchiq) boʻlganda kasal tomonga yonboshlab yotishi plevraning yalligʻlanishiga xos boʻlib, bemor darhol terapiya yoki pulmonologiya boʻlimiga yotqizilishi kerak.



1.5-rasm. Bolada rinoreya

4. Tez charchash, kechalari koʻp terlash, ishtahaning pasayishi, quvvatsizlik, tana haroratining koʻtarilib turishi (koʻpincha subfebril $37-37,3^{\circ}\text{S}$), yoʻtal paytida qon tupurish, ozib ketish - oʻpka sili kasalligining belgilaridan boʻlib, albatta, ftiziatr maslahatini olish tavsiya qilinadi. Nafas yoʻllari oʻtkir virusli kasalliklari katta yoshlilarda 30%, bolalarda 60%ni tashkil etadi.

Etiologiyasi: Adenoviruslar, rinoviruslar, gripp va paragripp viruslari, havo-tomchi yoʻli bilan oʻtadi (1.6-rasm.).

Patogenezi: Nafas yo'llarini shilliq pardasida joylashib bronxial sekretni chiqishini buzib, b rer funksiyasini pasaytirib bronxospastik holatlarni chaqiradi. Epitelial qatlam nekrozga uchrab, ajralib tushib ketadi. Interstitsiya qavati shishadi. Viruslar neytrofillarni fagotsitar faolligini, T va V limfotsitlarni ham faolligini pasaytiradi. Immunoglobulin A ni sekretsiyasini ham ozaytiradi. Natijada shikastlangan joyda himoya faktorlari oz bo'lgani uchun, ikkilamchi bakterial flora qo'shilib qoladi. Bakterial yallig'lanishi belgisi bu yiringli balg'amni paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Bunaqa holatlarda antibakterial preparatlarni qo'shimcha berish kerak bo'ladi.



1.6-rasm. Gripp virusi tuzilishi

Klinikasi: 1. Adenovirus infeksiyasi bo'lsa belgilari faringit, kon'yunktivit, tonzillit, rinit, o'rtacha toksikoz va subfebrilitet, bolalarda pnevmoniya qo'shilsa, ichak dispepsiyasi simptomlari ham qo'shiladi. 2. Paragripp virusi bo'lsa, rinit, laringit, traxeit, bolalarda yolg'on krup belgisi bilan. Toksikoz o'rtacha, subferilitet. 3. Sinsitial virus infeksiyasi bo'lsa kechishi bronxit, bronxiolit, astmatik sindrom

bilan: doimiy yutal, nafas qisishi, chiqarishni qiyinlashuvi bilan. Xushtaksimon xirillashlar, kuruk xirillashlar va timpanit. 4. Rinovirus bo'lsa: junjikish, tomoqda qitiqlanish, chuchkirish, burun bo'shlig'ini bitib qolishi, burundan suyuqlik oqishi, keyinchalik quyruq yiringli ajralma oqadi. 5. Korona virusi: tana haroratini ko'tarilishi ahyon-ahyonda bo'ladi, limfa tugunlar, taloq, jigar kattalashadi, pnevmoniya bilan asoratlanadi. 6. Gripp -toksikoz gipertermiya, bosh og'rig'i, ko'z sohasidagi og'riq, mushaklarda og'riq.

Meningit belgilari. Ortostatik kollapsga tushish mumkin. Laringotraxeit, bronxit, pnevmoniya, o'pka shish, miya shishi va mi-kardit bilan asoratlanish mumkin.

Tashxis mezonlari: 1. Virusemiya belgilari umumiy. 2. Nafas yo'llarini yallig'lanishi. 3. Leykopeniya. 4. Shilimshiqli olingan surt-mada immunoflyuorescent taxlilda virusni aniqlash mumkin. 5. Serologik usul bilan virusga qarshi hosil bo'lgan antitellarni retrospektiv aniqlash mumkin. Kechishi 1-2 hafta ichida tuzalishi mumkin. Prognozi o'rtacha.

Davolash: Bolalarda va asoratlanganda statsionarda davolanish kerak. Parxez-ko'p suyuqlik ichish kerak. Preparatlardan Antigrip-pin tarkibi (aspirin 500 mg.+vit S 300 mg+ rutin 200 mg+ dimedrol 20 mg+ glyuqonat kalsiy 100 mg) poroshokdan 3 mahal, yo'talga qarshi kodterpin 1 tabl 2 tabletkadan 3 mahal rinitda tomir toray-tiruvchilardan – naftizin 0,05% -1-2 tomchi burun yo'llariga 3-4 mahal. Oyoqqa issiq vanna. Og'ir shaklida, toksikoz bo'lsa grip-pga qarshi Gammaglobulin 3 ml. mushak orasiga har 6-8 soatda yuborilib turiladi, to toksikoz belgilari yo'qolgunga qadar. Vena tomiriga Reosorbilakt 200-400 ml, elektrolitlar, 20-40 mg laziks bilan. Bu muolaja diurezni oshirib toksikozni oladi. Asoratlanmagan grippda remantadin 50 mg 3 mahal 2-3 kun, interteferon 3000 ED 2 mahal ingalyatsiya usuli bilan yoki 3 tomchidan har soatda har bir burun yo'liga tomiziladi. Holati yaxshilanguncha.

Asoratlansa: bronxit, pnevmoniya, sinusit. Antibiotiklar masa-lan fuzofo'ngin (bioparoks) tavsiya etiladi. O'tkir nafas yetishmov-chiligida - infeksiyon toksik shokda prednizolon (60-120 mg) berish mumkin.

Profilaktika uchun remantadin 50 mg 1 tabl 2-4 xafta ichish tavsiya etiladi.

GRIPP VA HOMILADORLIK. ShIFR-J.10-11.

Gripp - homiladorlik paytida ko'p uchraydigan yuqumli kasallik hisoblanadi (rasm. 1.7). Epidemiya vaqtida aholini 30-40% yuqumli gripp virusi bilan xastalanadilar. Gripp va o'tkir respirator kasalligi bilan aholi orasida o'lim holati 0,6% tashkil etadi. Ko'pincha o'lim holatlari grippdan emas, balki uning asoratlari, birinchi navbatda pnevmoniyadan sodir bo'ladi va u 15-21% tashkil etadi. Gripp-o'tkir yuqumli virusli kasallik bo'lib havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Gripp virusini antigen xususiyati o'zgaruvchan bo'ladi va 3 ta A, V va S serologik turlari tafovut qilinadi. Virus nafas yo'llari orqali kirib, eng avvalo kekirtak va nafas yo'llari devorlarini silindrik epiteliyasini zararlaydi. U erda qon tomirlar o'tkazuvchanligini oshirib mikrosirkulyatsiyasini buzilishiga va gemorragik asoratlarni (teriga, milklarga, shilliq pardasiga, yumshoq tanglayga petexial toshmalar toshishi, ko'z sklerasiga qon quyilishiga, burun qonashiga, gemorragik pnevmoniya va ensefalopatiya) rivojlanishiga olib keladi. Gripp organizmni immunologik rezistentligini pasaytiradi, natijada xronik infeksiyon kasalliklarni (revmatizm, pielonefrit, holetsistitlarni) qo'zishiga sabab bo'lishi mumkin. Gripp bilan xastalangan bemorlar kasallikni birinchi soatlaridan boshlab to kataral holatlar o'tib ketguncha 5-7 kun mobaynida yuqumli hisoblanadi. Gripp pnevmoniya bilan asoratlanganda virus organizmdan 10-14 kunda yoki kechroq tozalanadi. Gripp virusi ko'proq burun tanglay soxasida ko'payadi. Epidemiologik jixatidan kasallikni simptomsiz shakli xavfli hisoblanadi.

Kasallikni inkubatsion davri 12-24 soat davom etadi. Kasallik o'tkir: yuqori isitma, sovqotish, qaltirashi, umumiy intoksikatsiya belgilari - bosh og'rish, mushaklarda, belda, ko'z kosalari ichida og'riq, butun badanini qaqshab og'rish bilan boshlanadi. Bosh aylanish, ko'ngil aynish, qayt qilish mumkin. Ba'zan tomoq qichishishi, quruq yo'tal, burun bitishi, tumov belgilari bo'lmasligi

mumkin. Isitma 3-5 kuncha davom etadi, so'ng isitma tushishida kuchli terlash kuzatiladi. Keyinchalik isitma 20-25% bemorlarda subfebril kechadi. Bemorni ko'zdan kechirilganda, bo'yin soxasi, yuz terisini, tomog'ini qizarishi, ko'z sklerasini qon tomir kapillyarlarini qizarishi, ter bosish, bradikardiya aniqlanadi. Tili qarash bilan qoplangan, lablariga uchuq toshgan bo'ladi. Ayrim bemorlarda ich surilishi kuzatiladi. Qon taxlilida leykopeniya, neytropeniya qayd etiladi. Isitmalangan davrida siydikda oqsillar, eritrotsitlar, sidindrlar paydo bo'lishi mumkin. Grippda tranxeobronxitni rivojlanishi (quruq yo'tal, dag'al nafas, traxeya ustida xirillashlar eshitalishi) harakterli hisoblanadi. Tranxeobronxit odatda 10-12 kun davom etadi. Gripp 10% bemorlarda pnevmoniya bilan asoratlanadi, pnevmoniya ko'proq interstitsial harakterga ega bo'ladi. Rentgenologik tekshiruviziz pnevmoniyani harakteri to'g'risida xulosa chiqarish imkoni bo'lmaydi. Lekin bir necha klinik farqlari bo'ladi. O'pka eshitib ko'rilganda bronxial nafasni, krepitatsiyani bo'lmasligi, balg'amda qonni bo'lishi virusli pnevmoniyani rivojlanganligini ko'rsatadi. Agar balg'amda patogen mikrofloralar va rentgen tekshirishda soyalanish aniqlansa grippga o'choqli bakterial pnevmoniya qo'shilganligini ko'rsatadi. Gripp sinusit, miokardit, otit, meningoensefalit kabi asoratlar berishi mumkin.

Grippning toksik shakllari 30-40% bemorlarda uchraydi. Umumiy behollik, markaziy nerv sistemasini faoliyati buzilishi, uyqusizlik, eshitishni susayishi, nutqni buzilishi, ensa muskullarini tortishishi, tirishishlar, yuz mimikasi o'zgaradi. Yurak tonlari o'ta bo'g'iqlashadi, yurak chegarasi chapga kengayadi, EKG o'zgarishlari miokardit yoki miokardiodistrofiya rivojlanganligini bildiradi. Grippni og'ir kechishida DVS bilan asoratlanishi yo'ldoshni muddatidan ilgari ko'chishishiga infeksiyon toksik shok natijasida onaning hamda homilani antenatal o'limiga sabab bo'ladi. Epidemiya paytida - gripp tashxisini qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Epidemiyadan tashqari holatlarda gripp kam uchraydi ham engil kechadi, shuning uchun boshqa etiologiyali

o'tkir respirator kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash qiyinrok bo'ladi. Bunday holatlarda tomoq, burun shilimshiqlaridan gripp virusini aniqlash, qon zardobida spesifik antitela titrini 4 va undan ortiqroq kasallikni 6 kuni, so'ng 10-14 - kunlarida aniqlanishiga asoslanib tashxis qo'yiladi.

Ayollar organizmi homiladorlikni oxirgi oylarida va tug'ruqda infeksiyalarga, ayniqsa virusga chidamliligi sustlashadi. Agar gripp bilan xastalansa uni asoratlari ko'proq qayd etiladi. Xatto homilani tushib ketishi uni ona qornida o'lishiga sabab bo'lishi mumkin.

Gripp bilan og'rikan yoki o'tkazgan homilador ayollar yo'ldoshni intervillez bo'shlig'ida tromboz, bazal plastinkasiga o'choqli qon quyilishlar kuzatiladi. Bu esa yo'ldoshda qon aylanishini buzilishiga olib kelib homilani rivojlanishiga qiyinchilik tug'diradi, hamda yangi tug'ilgan chaqaloqni esa rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Undan tashqari gripp boshidan kechirgan homiladorlarda homilani etkiza olmaslik, chala tug'ilishi, homila tug'ma anomaliyalar hamda o'limiga mutloq sabab bo'lishi mumkin. Bunda muddatidan ilgari tug'ruq 16,5% homilador ayollarda uchraydi. Tug'ruqdan keyin pielonefrit, endometrit, mastit rivojlanishi mumkin.

Tug'ruq tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib boriladi. Tekshirish natijalari ko'rsatadiki, gripp virusi bilan zararlangan ayollarda homiladorlikni 1-trimestrida embrion markaziy nerv sistemasini nuqsonli rivojlanishi, natijada 60% chaqaloqlarning jismoniy va aqliy rivojlanishini orqada qolishi kuzatilgan. Gripp kasalligi homiladorlikni to'xtatish yoki tushirib yuborish uchun ko'rsatma bo'la olmaydi. Lekin bolalari bor, kutilmagan homiladorlikda homiladorlikni 12 xaftasigacha oldirib tashlash tavsiya etiladi.

Davolash. Gripp bilan xastalangan homilador ayollar odatda uy-sharoitida davolanadi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasiga faqatgina grippni og'ir shakllarida pnevmoniya, miokardit bilan asoratlanganda, markaziy nerv sistemasini zararlanishi belgilari paydo bo'lganda yotqiziladi. Bemorlar aloxida xonaga yotqizilib izolyatsiya qilinadi. Idish tovoqlari va parvarish uchun ishlatilgan buyumlar qaynatilib zararsizlantiriladi. Agar homiladorlarda shish

sindromi bo'lmasa ko'proq suyuqlik ichish (issiq sut bilan borjom mineral suvi) tavsiya etiladi. Yuqori isitmalarda og'riq qoldiruvchi va isitmaga qarshi dori vositalari buyuriladi. Lekin bu dorilarni ko'p qo'llashni tavsiya etilmaydi, chunki isitmani o'zi gripp virusiga o'ldiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Gerpetik (uchuqli) toshmalarda 0,5% oksolin mazi (malhami) toshmalarga surkash, burun bitishi (tumov) belgilarida burun ichiga qo'yiladi. Furatsillin, bikarbonat natriy eritmaları bilan og'izni, tomoqni chayqash tavsiya etiladi. Yo'talda balg'am ajralishini yaxshilash uchun Termopsis yoki Altey ildizlaridan tayyorlangan balg'am ko'chiruvchi miksturalar, kunda 1 osh qoshikdan 4 mahal beriladi. Gemorragik asoratlarni oldini olish, kapillyar qon tomirlarni o'tkazuvchanligini mustaxkamlash uchun Rutin va askorbin kislota 100 mg 4 mahal tavsiya etiladi.

Grippning asoratsiz kechishida antibiotiklar berilmaydi. Gripp bronxit, pnevmoniya, yiringli otit, gaymorit, meningoensefalitlar bilan asoratlangan taqdirda antibiotiklar tavsiya etiladi. Shifoxonada og'ir bemorlarga grippga qarshi gammaglobulin preparati 3-5 ml muskul orasiga, zardobli poliglobulindan 6 ml muskul orasiga hamda plazma, poliglyukin, gemodez, reosorbilakt 5% li glyukoza eritmasi dezintok-sikatsion dorivor moddalar sifatida vena ichiga tomchilab yuboriladi. Prednizolon 30-60 mg, yarim sintetik penitsillin 100 mg har 4 soatda buyuriladi. Miya va o'pka shishi, ensefalit belgilarni paydo bo'lganda furosemid 40-80 mg vena ichiga yoki muskul orasiga yuboriladi.

Profilaktikasi: Grippga qarshi profilaktik ishlar asosan epide-miya davrida olib boriladi. Tirik yoki faollashtirilgan grippga qarshi vaksinalar bilan ayollarni immunizatsiya qilish, homiladorlikni kechishga salbiy ta'sir qilmaydi. Inson leykotsitar interferoni bilan profilaktika o'tkaziladi. Lekin Remantadin bilan homiladorlar va tuqqan ayollarda profilaktik davo o'tkazish nomutanosib hisoblanadi.

Gripp bilan og'rimaslik uchun o'tkaziladigan oilaviy tadbirlar ob-havo sharoitiga mos kiyinish: terlab yoki issiq xonadan birdaniga

ko'chaga chiqmaslik, badanni va ayniqsa oyoqlarni sovqotishdan saqlash, tanani chiniqtiruvchi tadbirlarni qo'llash, bolalarni kiyinishini ustidan nazorat o'rnatish, bolalarni, homiladorlarni, qariyalarni birinchi galda grippga qarshi emlatish, gripp kasalligi va uning oldini olish xaqida tushuncha va malakaga ega bo'lish.

Gripp bilan og'rimaslik uchun o'tkaziladigan umumiy tadbirlar: qozonxonalar va istish tizimlarining ishini yaxshilash ish va turar joy xonalarida, ayniqsa, bolalar xonalari va muassasalarida haroratni mo'tadil va me'yoriy bo'lishini ta'minlash, deraza va eshiklarni kuz-qishki mavsumga tayyorlash, bog'chalar, maktablar va o'quv yurtlarida qaynatilgan ichimlik suvi tashkil etish, bog'chalarda gripp bilan og'rikan bolalarni guruxlardan ajratib saqlash choralarini ko'rish, ambulatoriya va poliklinikalarda grippga qarshi emlash ishlarini yo'lga qo'yish, mehnat jamoalarida keng ko'lamda tushuntirish ishlarini olib borish.

Grippga qarshi emlash, grippga qarshi bir qancha vaksinalar mavjud. Xozirgi davrda Respublikamizda sinovdan o'tgan «In-flyuvak» vaksinasi bilan emlash yaxshi natija beradi. Emlash gripp bilan og'rish darajasini va asoratlarini kamaytiradi. Kasallikka chalinganlarda kasallikning kechishini engillashtiradi, o'limning oldini oladi. Ushbu vaksina bir vaqtning o'zida gripp virusining 3 xilidan himoya qiladi. Gripp epidemiyasidan oldin bolalarni, homiladorlarni, qariyalarni, surunkali kasalliklar bilan og'riyotganlarni grippga qarshi emlatish katta ahamiyatga ega. Emlash mahalliy qishloq vrachlik punktlari va poliklinikalarda amalga oshiriladi.

1.4.O'TKIR BRONXIT. ShIFR – J. 20

O'tkir bronxit - bronxlar shilliq pardalarning o'tkir diffuz yallig'lanish (o'tkir endobronxit), kamdan-kam holatlarda bronxlarni deformatsiyalari, ya'ni hamina qatlamlarning zararlanishidir (pan bronxit). O'tkir bronxidlarni amaliyotda qo'llanilayotgan sinflanishini N.V.Pugov va G.D.Fedoseev (1984) tavsiya etishgan.

Etiologiyasi bo'yicha: 1.Virusli infeksiyalar. 2.Bakteriyalar.

3. Ximiyaviy zararli ta'sirlar. 4. Har xil chang-g'uborlar nafasga olinganda. 5. Fizikaviy omillar. 6. O'pka va bronxlarni venoz qonga to'lishi va boshqa endogen holatlar. O'tkir bronxit rivojlanishiga moyillik qiladigan omillar: organizmning sovuq qotish, asabiy zo'riqish, turli-tuman xronik va ekzogen intoksikatsiyalar chekish.

Patogenezigiga qarab birlamchi va ikkilamchi bronxidlarga bo'linadi. O'tkir bronxit va bronxidlarning rivojlanishida bronxlar himoya kuchining fizikaviy omillar, ya'ni aksirish va yo'tal reflekslarini pasayishi kuzatiladi, natijada nafas yo'llarining nafas olingandagi havoni dag'al mexanik zarrachalardan tozalashi va filtrlashi buziladi. Birlamchi bronxidlalar ko'pincha yuqori nafas yo'llarining o'tkir respirator virusli kasalliklaridan keyin kelib chiqadi, jarayonga traxeya ham qo'shib ketadi. Ikkilamchi o'tkir bronxidlalar esa yuqori nafas yo'llarining xronik o'choqli infeksiyalari (xronik tonsillit, faringit, laringit, sinusit) qo'zishida rivojlanib, jarayon nafas yo'llari yoki qon orqali bronxlar pardalariga limfa orqali qo'shni organlardan o'tishi mumkin.

O'tkir bronxidlalar *morfologik o'zgarishlarga qarab* proksimal (traxeobronxit) va distal bronxit, (bronxiolit) shakllarga bo'linadi.

Yallig'lanish harakteriga qarab: kataral, shish belgilari bilan, yiringli, yiringli-mikrobli shakllarga bo'linadi. Yallig'lanishning allergik mexanizmi bo'lgan takdirida, shilliq pardaning vazomotor shishi, balg'amda eozonofillar soni ko'payishi kuzatiladi.

Klinik kechishiga ko'ra o'tkir (2-3 hafta davom etadi - 1.8-rasm), surunkali (1 oy va undan ko'proq bir yil davomida) shakllarga bo'linadi.

Bronxidlarning funksional holatiga qarab obstruktiv va noobstruktiv shakllarga bo'linadi.

Klinik manzarasi organizmning umumiy intoksikatsiyasi simptomlaridan va bronxidlarning zararlanishi simptomlaridan iborat: temperaturaning ko'tarilishi, et junjikishi, umumiy holsizlik, darmonsizlik, mushaklar og'rishi, tumov qichishish, quruq keyinchalik balg'am yo'tal, to'sh orqasida qichishish, yo'talda kuchayadigan qichishish sezgisi. Auskultatsiyada - qattiq vezikulyar nafas,

quruq tarqoq xirillashlar, bronxiolit rivojlanganda esa yallig'langan bronxlarning kalibri (ingichka-yo'g'onli) va ulardagi yallig'lanish sekretining harakteriga ko'ra jarangsiz nam xirillashlar, quruq xushtaksimon xirillashlar fonida eshitiladi. Qonda biroz neytrofil leykotsitoz va ko'paygan EChT kuzatiladi.

O'tkir bronxiolit kasalligida obstruktiv emfizema bilan bog'liq o'tkir nafas va o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi: bemorning ahvoli og'ir, ortopnoe holati, diffuz sianoz, akrotsianoz, ekspirator hansirash, ko'krak qafasi emfizematoz shaklida, auskultatsiyada tarqoq quruq xirillashlar va nafas chiqarish aktining uzayishi fonida mayda va o'rta pufakchali jarangsiz nam xirillashlar eshitiladi.

O'tkir bronxitning xronik bronxitga o'tishiga imkon beradigan eng ko'p sabablar quyidagilar:

1. Makroorganizm reaktivligini pasayishi yoki o'zgarishi.
2. Bronxlarning nospesifik ta'sirlovchilar (chekish, alkogol iste'mol qilish, sovuq, chang-to'zonli havodan nafas olish)dan irritatsiyasi.
3. O'tkir bronxidlarda bronxlarning chuqur neyrohumoral va trofik buzilishlari.
4. Bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi.
5. Yuqori nafas yo'llarida xronik infeksiya o'choqlar borligi.
6. O'tkir bronxitni etarlicha davolamaslik.

Homiladorlik bronxit kasalligiga moyillik tug'dirmaydi. Lekin homiladorlik davriga xos bronxlar shilliq pardasining bo'rtib qolishi balg'am tashlashni qiyinlashtiradi. O'tkir traxeobronxit va bronxit homiladorlikni 1-2 trimestrlarida ayol organizmiga sezilarli ta'sir qilmaydi, lekin kasalliklar tug'ish jarayoni boshlanishidan oldin rivojlangan bo'lsa, tug'ish faoliyati boshlanishini uzaytirish maqsadga muvofiqdir. Homiladorlarda o'tkir bronxiolit og'ir kechadi. Bemor ayolda o'tkir nafas va o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi, bronxiolalarda total obstruksiya rivojlanishi gipoksemik komaga olib kelishi, ba'zi hollarda o'lim bilan tugashi mumkin. Homiladorlikni 3- trimestrida diafragma satxining ko'tarilishi o'pka ventilyatsiyasining biroz qiyinlashishi natijasida kasallikning surunkali kechishi, ayrim hollarda pnevmoniya

rivojlanishi ehtimoli bor. Homiladorlikning hamma trimestrlarida o'tkir bronxiolit rivojlanishi mumkin va u og'ir kechishi mumkin.

O'tkir bronxit va bronxiolitning homilaga ta'siri:

1.Homilaning infeksiyon-toksik zararlanishi. 2.Homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi. 3.Homila asfiksiyasi va antenatal o'lim. 4.Homilaning tushishi.

O'tkir bronxitda kuzatiluvchi infeksiyon-toksik o'zgarishlar tug'uvchi ayolning nerv, yurak-qon-tomir sistemasiga, skelet va silliq mushaklarga salbiy ta'sir etib, tug'ish faoliyatini susayishiga olib keladi. O'tkir nafas va o'pka-yurak yetishmovchiligi bilan kechuvchi o'tkir bronxiolitda gipoksemiya va qon aylanishining buzilishi tug'ish faoliyatini sezilarli darajada susaytirib ko'yadi.

Homiladorlardagi o'tkir bronxitning yoki surunkali bronxitni qo'zish davrini davosi quyidagilardan iborat: tez sur'atda issiq choy ichishi, asal va limon bilan qaynoq choy ichishi, soda yoki ishqorli mineral suv bilan sut ichish. Choy va sut tomoqdagi, ko'krakdagi noxush sezgini yumshatadi, balg'am tashlashni osonlashtiradi. Termopsidan tayyorlangan mikstura qo'llaniladi. Ipekakuana tomiridan tayyorlangan mikstura yaxshi samara beradi, biroq me'da shilliq qavatini ta'sirlab ko'ngilni aynitgani uchun uni homiladorlar toksikozida qo'llash maqsadga muvofiq emas. Ishqorli ingalyatsiyalar maqsadga muvofiqdir.

Kuchli yo'talni to'xtatish maqsadida altey tomiridan tayyorlangan qaynatma tavsiya etiladi. Kodein va etilmorfin gidroklorid platsentadan o'tganligi uchun homiladorlarga to'g'ri kelmaydi. Bronxospazmni yo'q qilish uchun eufillin 0,15dan kuniga 3 marta, efedrinni 0,015dan kuniga 3 marta qo'llash mumkin. Ko'pincha o'tkir bronxitni antibakterial preparatlar qo'llamasdan davolash mumkin. Bemorlarda yiringli balg'am ajralgan hollarda antibiotiklar qo'llash zaruriyati tug'iladi. Antibiotiklardan homiladorlikni 1 trimestrida penitsilinni bir kecha kunduzda 1200000 TB yoki ampitsillini 0,5dan kuniga 4 marta qo'llash zarur.

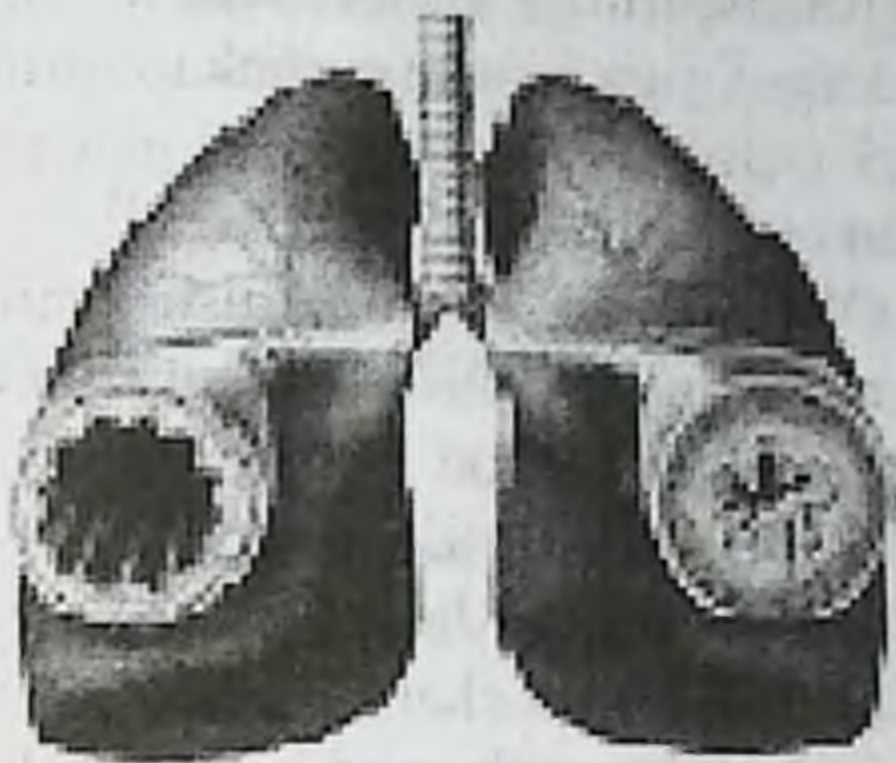
Homiladorlikni 3 trimestridan boshlab sefalosporinlar (kefzol,

seporin, sefuroksin)ni 0,5-1,0 grammdan bir kecha kunduzda 4 marta qo'llash mumkin. Sulfanilamid preparatlarining qisqa muddat ta'sir qiladiganlari qo'llaniladi. Homiladorlik davrida uzoq muddat ta'sir qiluvchi sulfanilamid preparatlari (sulfadimetoksin, sulfalen) ni qo'llash to'g'ri kelmaydi, chunki ular ko'pincha homilani magizli sariq kasalligiga olib keladi. Homiladorlikni 2 trimestridan boshlab zaruriyat tug'ilsa eritromitsin va oleandomitsin fosfatni qo'llash mumkin. Ayrim homiladorlik va undan keyingi chilla davrida to'g'ri kelmaydi. Streptomitsin homilaning vestibulyar va koxlear apparatlari funksiyasini buzsa, levomitsetin xomilada qon ishlab chiqarishni sustlashtiradi, tetratsiklin-teratogen ta'sirga ega va sut tishlari gipoplaziyasiga va uqalanib ketishga olib keladi. Davolashning fizik usullaridan eng sodda va samarali bo'lganlari xantalmalar va bankalardir. Sodani, eufilinni va desensibilizatsiyalovchi vositalarni ingalyatsiya etish tavsiya etiladi. Homiladorlik davrida tarkibida yod, belladonna, morfin, adrenalin va barbituratlar saqlovchi dori vositalarini qo'llash man etiladi.

1.5.O'PKANI SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI.

ShIFR –J. 43-44

Ta'rifi: O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) zamonaviy pulmonologiyada dolzarb muammo sanaladi. O'SOK bronxlar shilliq pardasining surunkali noallergik yallig'lanishi bo'lib, zo'rayib boruvchi nafas yetishmovchiligiga olib keladigan nafas yo'llari obstruksiyasi bilan tavsiflanadi. O'SOKda ro'y beruvchi obstruksiyaning ortga qaytmas va qisman ortga qaytariluvchan turlari bor. Ortga qaytmas turi o'pkaning elastik kollagen stromasi destruksiyasi, bronxiolalar deformatsiyasi hamda obliteratsiyasi bilan bog'lik. Ortga qaytariluvchi turida esa bronxlar silliq mushaklari spazmi natijasida mayda bronxlar shilliq pardalarining shishi va ularning obstruksiyasi kuzatiladi. Bu holatga «distal bronxit» deb ataladi (1.9-rasm.)



1.9-rasm. Chap bronxni obstruksiyasi

Epidemiologiyasi. O'SOK tarqalishi dunyo bo'ylab tobora ortib bormoqda. Shuni ham alohida qayd etish mumkinki, kishi yoshi ulg'aygan sayin unda ushbu xastalikning rivojlanish xavfi oshadi. Agar O'SOK 10 yoshlarda 3-6 foiz kishilar dardga uchrasa, 70 yoshga borib bu ko'rsatkich 24,1 foizgacha oshadi. Ovro'pa mamlakatlarida O'SOK guruxi doirasida, bronxial astma (BA) va zotiljamni qo'shib xisoblaganda, 1996 yilda o'limni keltirib chiqaruvchi sabablar orasida uchinchi o'rinni egallab, 100000 aholiga nisbatan olinganda o'rta xisobda 20 ni tashkil etgan.

O'zbekistonda aholi nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari son jixatdan birinchi o'rinni egallaydi. So'nggi 10 yil ichida nospesifik o'pka kasalliklari bo'yicha kasallanish ko'rsatkichi 2,5 baravar oshdi, shifoxonaga yotkizilgan Pulmonologik xastalikka ega bemorlar soni, yurak-tomir va endokrin xastaliklar bilan ogrigan 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 MDXda tegishli ko'rsatkichlardan 1,5-2 baravar ortiqdir. Qishloq xududlarida o'pkaning nospesifik kasalliklariga oid o'lim

ko'rsatkichi ayniqsa yuqoridir (A.M. Ubaydullaev 1995). Surunkali obstruktiv o'pka kasalligiga asosan surunkali obstruktiv bronxit va o'pka emfizemasi oqibatida kelib chiqadigan nafas yo'llarining obstruksiyasi bilan tavsiflangan holatlar kiradi.

Etiologiyasi. O'SOKning kelib chiqish omillarini bir necha guruxga ajratish mumkin. O'SOK shakllanishining asosiy sababchilari: 1. Mintaqamizda mavjud bo'lgan atrof-muxitning ayrim noxush ta'sirlari va kasbga aloqador zararli faktorlar ushbu kasalliklarda asosiy etiologik omillardan xisoblanadi (defoliantlar, xlororganik birikmalar, paxta, don changlari, oltingugurt va azot dioksidlari, xavoda kadmiy va kremniy moddalari miqdorining oshishi va boshqalarning bronxlar shilliq pardalariga zararli ta'sir ko'rsatishi). 2. Turar joy binolarining zamonaviy sintetik qurilish materiallari va isitish sistemalaridan foydalanish. 3. Tamaki chekish.

Ma'lumki, 80-90% nafas organlarining surunkali kasalligi, 30% barcha yurak-qon tomir kasalliklari va 85% o'pka rak kasalligi chekish natijasida yuzaga chiqadi. Bu esa yiliga 4 million kishining o'limiga sabab bo'layotir, ya'ni, har 8 sekundda chekish natijasida bir kishi xayotdan ko'z yummoqda. O'SOKga ko'pincha chekuvchilar xastaligi deb karaladi. Unda obstruksiya faqat ashaddiy kashandalarda emas, balki passiv chekuvchi xisoblanadigan odamlarda ham uchrab turadi. Kishining qaysi yoshdan boshlab cheka boshlagani va bir kunlik chekiladigan sigaretalari soni O'SOK da xatarli oqibatni oldindan bildiruvchi asosiy omillar sanaladi. Ota-onalari tamaki chekadigan bolalarda O'SOK ning rivojlanish xavfi ayniqsa yuqori bo'ladi.

Diagnostikasi. O'SOK tashxisi kasallik tarixi, klinik belgilar, funksional va laborator testlar ko'rsatkichlarini kompleks baholashga asoslangan. Yo'tal balg'am ko'chishi, hansirash O'SOKli 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 xansirayveradi. Respirator simptomlar ko'pincha xushtaksimon nafas olish bilan navbatlashadi.

Ob'ektiv tekshiruvda bemorlarda 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 xushtaksimon 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 xushtaksimon xirillashlar, goxo 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.

Balg'amni tekshirish: gistologik holat yallig'lanish turi va bosqichni oydinlashtirish imkonini beradi; infeksiyon agent sababli xastalik qo'ziganda neytrofillar, epitelial xujayralar, makrofaglar va bevosita qo'zg'atuvchining o'zini topsa bo'ladi.

Rentgenografiyada diafragma gumbazining past turishi, unda harakatchanlikning cheklanganligi, o'pka to'qimasi tiniqligining oshishi aniqlanadi (1.10-rasm.).

Elektrokardiografiya. Kasalligi cho'zilib ketgan bemorlarda 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 uzatkichlarida chuqur S-tishchasi).

Pikfloumetr yordamida nafas chiqarishning eng yuqori tezligi monitoringi ham obstruksiyaning qaytariluvchan ekanligi xaqida fikr yuritish imkonini beradi. O'SOKda 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 harakterlanadi. Bu tekshirish usuli O'SOK va o'pka raki, zotiljam, plevrit, pnevmotoraks kabi xastaliklarni differensial diagnozi uchun muhim xisoblanadi.



1.10-rasm. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi R^o tasviri

Kompyuter tomografiyasi (KT). Emfizemada kamaygan o'pka zichligi KT skanerida namoyon bo'lishi, bullez o'zgarish boryo'qligini va emfizema turini identifikasiya qilishda foyda berishi (markaziy bo'lakchali yoki pan bo'lakchali emfizemada) mumkin. O'SOKda KTning asosiy roli jarroxlik usulini qo'llash uchun bo'laklar va bronxoektazlar hakidagi axborotni isbotlashdan iborat.

Tasnifi. Kasallik og'ir-engilligiga adekvat baho berishda ko'pincha O'SOK tasnifiga murojat qilinadi. Tasnif JNChH darajasi qiymatining pasayishini baholashga asoslangan. PaO_2 ni 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. O'SOKning og'ir-engilligi quyidagi dalillarga qarab baholanadi:

1-pog'ona: JNChH 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;

2-pog'ona: JNChH kerakli qiymatlarga qaraganda 60-40 foiz; qon gazlari tez-tez o'zgarib turadi; yashash sifati o'zgargan; dori-darmon ko'p qabul kilingan; tibbiy yordam Pulmonolog tomonidan ta'minlanadi;

3-pog'ona: JNChH kerakli qiymatlarga qaraganda 40 foizdan kam; qon gazlari ancha barkaror o'zgargan; yashash sifati ancha o'zgargan; dori vositalari ko'plab va doim qabul kilinadi; tibbiy yordam Pulmonolog tomonidan ta'minlanadi;

O'SOK ning nechog'lik og'ir-engilligini aniqlash uchun quyida jadval tavsiya etiladi.

Jadval 1.

O'SOK og'ir-engilligini baholash uchun mezonlar

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

Differensial diagnoz. Yoshi qaytgan bemorlarda O'SOK va BA ni bir-biridan ajratish anchagina murakkab diagnostik muammo sanaladi. Bu holatlar bir-biriga juda o'xshab ketadi va bir xil dorilar bilan davolashga asoslangan.

Davosi. O'SOK ortga qaytmas, zo'rayib boruvchi xastalik bo'lsa-da, davolashdan maqsad - o'pka faoliyatini yaxshilash, bemor xayot va yashash sifatlarini oshirishdir. Davodan maqsad: - turli xil davolash usullari bilan kasallik belgilarini kamaytirish va bemor xayotini yaxshilash; - o'pka funksiyasini yaxshilash; -

kasallik xurujlarining oldini olish va davolash; - o'pka funksiyasini yaxshilash; - kasallik xurujlarining oldini olish va davolash; - o'pka funksiyasining susayish darajasini kamaytirish va uzoq vaqt davomida JNChH ni individual yuqori darajada saqlab qolish.

1.5.1. SURUNKALI BRONXIT.

ShIFR J – 40 – 42

Ta'rifi: Surunkali bronxit - bronxlar shilliq qavati va ular devorining birmuncha chuqur katlamlarining diffuz yallig'lanishi bo'lib, 2-yil davomida birin-ketin, har yili 3 oydan kam bo'lmagan vaqt davom etadigan yo'talish, balg'am tashlash, hansirash belgilari bo'lgan kasallikdir. Surunkali bronxit uzoq yillab, qo'zish va remissiya davrlari bilan kechadi (1.11-rasm.).



1.11-rasm. Xronik bronxit R° tasviri

Surunkali bronxit klassifikatsiyasi:

Bronxial daraxtni zararlanish darajasiga kura: 1 Proksimal: yirik bronxlarni zararlanishi bilan; 2. Distal: mayda bronxlarni zararlanishi bilan kechadi.

Etiopatogenezig ko'ra: 1. Virusli, 2. Bakterial, 3. Fizi-ximik ta'sirli, 4. Chang-to'zonli, 5. Toksik, 6. Autoimmun, 7. Aralash.

Asoratlari bo'yicha: 1. asoratlangmagan; 2. Asoratlangan: astmatik sindromli, perixondrit (o'tkir pnevmoniya xronik pnevmoniyaga o'tish ehtimoli bor); o'pka emfizemasi.

Bosqichiga ko'ra: Endobronxit, Mezobronxit, Panbronxit.

Kechishiga ko'ra: 1. Latent, 2. Kam xuruj beruvchi. 3. Tez-tez xuruj beruvchi, Uzluksiz retsidiv.

Surunkali bronxitni klinik shakllari: 4 ta asosiy va 2 taaloxida shakllarga ajratiladi:

1. Surunkali oddiy (obstruksiyasiz) bronxit, shilimshiqli balg'am ajralishi bilan kechadi, ventilyasion o'zgarishlar kuzatilmaydi.

2. Surunkali yiringli (obstruksiyasiz) bronxit doimiy yoki vaqti – vaqti bilan yiringli balg'am ajralishi bilan kechadi, ventilyatsion o'zgarishlar kuzatilmaydi.

3. Surunkali obstruktiv bronxit, shilimshiqli balg'am ajralishi bilan kechadi, ventilyatsiyaning doimiy obstruktiv o'zgarishlari kuzatiladi.

4. Surunkali yiringli-obstruktiv bronxit, yiringli balg'am ajralishi bilan kechadi, ventilyatsiyaning doimiy obstruktiv o'zgarishlari kuzatiladi.

Surunkali bronxitning aloxida shakllari: 1. Surunkali gemorragik bronxit. 2. Surunkali fibrinoz bronxit.

Surunkali bronxitni o'smirlarda kechishi:

1. O'smirlarda yiliga 3-4 marta qaytalanuvchi bronxitni retsidivlangan bronxit deb ataladi.

2. Retsidivlangan bronxit asosan ikkilamchi hisoblanadi.

3. Etiologiyasida irsiyat, allergik, sotsial faktorlar ahamiyatga ega.

4. Patogenezida immun holatni yetishmovchiligi.

5. Klinik kechishi: kasallik asosan 2-3 yoshda boshlanadi, latent kechadi.

6. Asosiy simptomi: yo'tal, jismoniy zo'riqishda kuchayadi, umumiy ahvoli qoniqarli. 7. Patologik jarayon ko'proq peribronxial zonada joylashadi.

8. Rentgen tasvirida ildiz oldi zonada fibroz o'zgarishlar ko'rinadi. (1.11-rasm.)

9. Davolashda: sekretolitik preparatlar, davolash gimnastikasi, ko'krak qafasini massaji. 10. Antigistamin dorilarini berish mumkin emas, chunki ular bronxial shilimshikni yopishkokligini oshiradi.

Surunkali bronxitni qariyalarda kechishi:

1. Etiologik omillar: yoshga bog'liq o'pka emfizemasi, bronxlarni drenaj funksiyasini kamayishi, semizlik, kandli diabet va b.
2. Yo'tal va balg'am ajralishi ko'proq ertalabda kuzatiladi.
3. O'pka shovqinlari ko'proq orkada va pastki qismida eshitiladi.
4. Klinik ko'rinishida: isitma, leykotsitoz, EChT tezlashuvi kuzatilmaydi.
5. Xronik bronxit, o'choqli pnevmoniya bilan asoratlansa isitma kuzatilmaydi.
6. O'pka rentgen tasvirida pnevmoskleroz, emfizema, bronxoektatik va atelaktatik o'choqlar ko'rinadi.
7. Sulfanilamidlardan sulfadimetoksin, sulfopiridazin, biseptol, septrin preparatlarini qo'llash kerak.
8. Xolinolitiklar qo'llanilganda ichak atoniyasi, bosh aylanishi, siydik tutilishi kuzatilishi mumkin.
9. Antiallergik dorilardan dimedrol, suprastin, tavegil, diprazin va diazolinni qo'llash mumkin.
10. Nafas yetishmovchiligida kordiamin, korazol, eufillin, diafillinni qo'llash mumkin.
11. Disbakterioz va kandidamikozni profilaktikasi uchun nistatin, levorin va polivitaminlarni qo'shib ishlatish kerak.
12. Geriatriyada ko'proq izadrin, novodrin, euspiran dorilarni ishlatish kerak.

Surunkali bronxitni homiladorlarda kechishi

Surunkali bronxitning oddiy shakli ona organizmiga sezilarli ta'sir qilmaydi, lekin kasallikning yiringli, obstruktiv shakllari hamda ularning asoratlari ona organizmi va homilaga salbiy ta'sir qilib, infeksiyon-toksik va gipoksiya belgilari bilan namoyon bo'ladi. Homiladorlarda gestoqlar (erta va kechki toksikozlar), chala tug'ish, homila rivojlanishidagi anomaliyalar, antenatal o'lim, yo'ldoshning muddatidan avval kuchishi kuzatiladi.

Og'ir kechuvchi nafas va o'pka-yurak yetishmovchiligi ona o'limiga olib kelishi mumkin. Bronxit bo'lgan bemorlarda tu-

g'ish jarayoni asoratsiz kechadi. Lekin nafas, o'pka - yurak yetishmovchiligi bo'lganda tug'ish jarayoni zaiflashadi va homila asfiksiyasi kuzatiladi.

2-Jadval

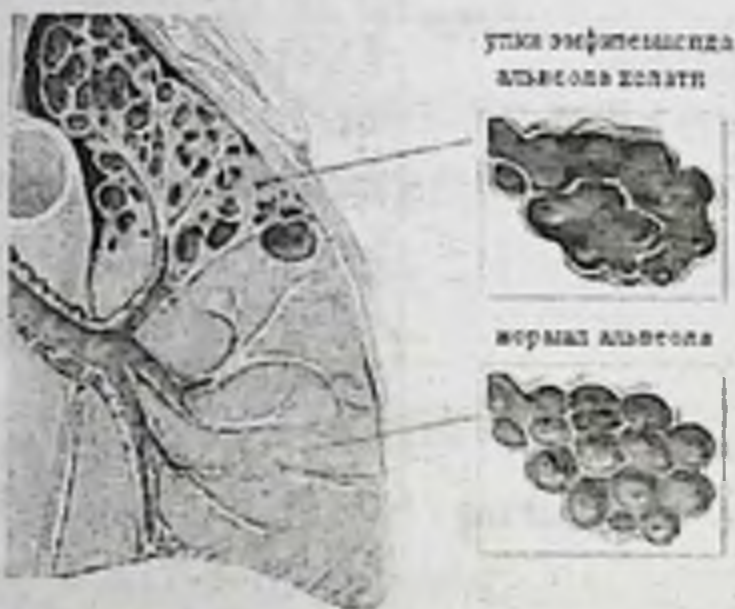
Surunkali bronxitning klinik kechishi va davolash

Klinik kechishi	Davolash
Kuz-baxorda vaqt-vaqti bilan ozroq miqdorda, yutilib ketuvchi tiniq balg'amli yo'tal. Infekcion qo'zg'alish va hansirash yo'q	Mavsum oldidan ambroksol, bromgeksin 80-100 mg/sut, antioksidantlar (Askorbin kislotasi 2 g/sut, rutin 2g/sut) tavsiya qilinadi
Kataral o'zgarishlar va yiringli, shilimshik-yiringli balg'am bilan infekcion qo'zg'alish paydo bo'lishi, intoksikatsiya	Dori preparatlarini dozasi va qabul qilinishi o'zgartirilib, yil davomida bazis terapiya. Antibiotiklar (eritromitsin, azitromitsin), antiseptiklar ingalyataiya holida tavsiya etiladi
Bronxlar obstruktsiyasi belgilarining qo'shilishi: hansirash, quruq xushtaksimon xirillashlar	Yil davomida bazis terapiya. Qo'zish davrida davolashni kuchaytirish. Nebulayzer orqali bronholitiklar, mukolitiklar, kortikosteroidlar
Nafas yetishmovchiligi va o'pka gipertenziyasi belgilari (taxipnoe, diffuz sianoz, xushning xiralashishi, II ton aksentlashuvi va o'pka arteriyasida eshitilishi) namoyon bo'lganda	Bronxlar utkazuvchanligini tiklash va bazis terapiya. Periferik vazodiyatorlar (kalsiy kanali blokatorlari, nitratlar. Alveolyar gipoksiya va gipoksemiyani yo'qotish maqsadida oksigenoterapiya
Qon taxlilida politsitemiya va eritrotsitoz belgilari (teri koplami va shilliq pardaning ko'ngir rangda bo'lishi) aniqlanganda	Qondagi o'zgarishlar me'yorlashgunga qadar reopoliglyukin bilan gemodilyusiya, to'g'ridan to'g'ri antikoagulyantlar va antiagregantlar.
O'pka-yurak va katta qon aylanish doirasida qon aylanishi yetishmovchiligi (akrotsianoz, bo'yin venalarining bo'rtib chiqishi, jigar kattalashishi, periferik shishlar) paydo bo'lganda	Bronxlar o'tkazuvchanligini tiklash va bazis terapiya. Oksigenoterapiya, yurak glikozidlari, siydik xaydovchi preparatlar

1.5.2.O'PKA EMFIZEMASI

ShIFR – J 43

O'pka emfizemasi nafas a'zolarining ko'pchilik kasalliklari, ayniksa surunkali bronxitning obstruktiv turi na uzok davom etadigan bronxial astmaga qo'shilib keladigan va ko'p uchraydigan patologik holat xisoblanadi. U aloxida rivojlanishi ham mumkin. Kasallik o'pka xaddan tashqari cho'zilishi natijasida paydo bo'ladi (musiqachilarda, oyna puflovchilarda, zo'riqib ishlaganda va xokazo). Keksalarda ham kasallikka moyillik bo'ladi (1.12-rasm.).



1.12-rasm. O'pka emfizemasi

Patologik anatomiyasi. O'pka xavo bilan to'lib yurakni qoplab oladi. Alveolalar kengaygan, ularning devori yupkalashgan, tuzilishi buziladi. Erkin qil tomirlar soni kamayadi. (1.12-rasm.)

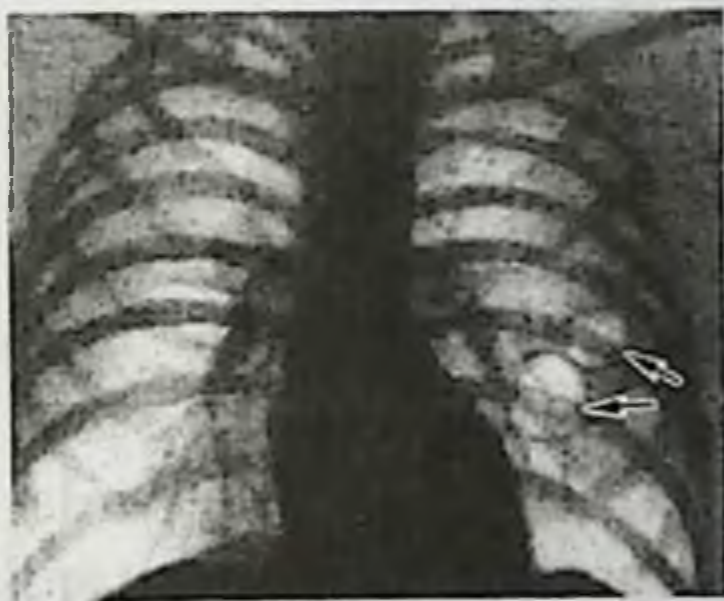
Klinik ko'rinishi. Asosiy belgilari xansirash, ko'karish, yo'tal, ko'krak qafasi holati o'zgarishi. Xansirash bemorlarning asosiy shikoyati xisoblanadi. U surunkali bronxit qaytalaganda, burilganda, bronxlar torayganda, jismoniy ish kilgan vaktida paydo bo'ladi. Keyinchalik xansirash kuchayib, tinch holatda ham kuzatiladi, u ovkatlangandan so'ng, xayajonlanganda, ko'p gapirganda kuchayadi. Ko'krak kafasiing ekskursiyasi kuchsiz va ekspirator xavo oqimi sust bo'lganligi sababli yo'tal kuchli va og'rikli bo'ladi. Muzdek ter bosadi.

Ko'zdan kechirish. Bemorning rangi ko'kimtir, shishinqiragan vena tomirlari kengaygan, o'mrov osti va usti chuqurchalari

ko'tarilgan, ayniqsa yo'tal tutganda yaxshi ko'rinadi. Bemor ko'p terlaydi. Barmoqlari nog'ora cho'piga o'xshaydi. Xavo etishmasligi sababli to'xtab-to'xtab gapiradi. Ko'krak kafasi bochkasimon, ko'krak kafasi nafasda qatnashmaydi. Yurak chukkisida tovush aniqlanmaydi.

Paypaslash tovush titrashi susayganligini va sezuvchanligi yuqoriligini ko'rsatadi. Perkussiyada qutisimon tovush eshitiladi, ekskursiyasi keskin kamaygan bo'ladi. Eshitganda nafas chiqarish davomli, susaygan vezikulyar bo'ladi. surunkali bronxit qo'shilgan bo'lsa har xil quruq xirillashlar eshitiladi.

Rentgenda tekshirish: yuqori tiniqlik, qovurg'alar oralig'ining kengayishi, diafragmaning pastga tushishi kuzatiladi (1.13-rasm.). Kasallik surunkali kechadi, nisbatan kiska davr ichida katta qon aylanish doirasida dimlanish xisobiga o'pka-yurak yetishmovchiligi kuzatiladi.



1.13-rasm. O'pka emfizemasini rentgen ko'rinishi

1.5.3.BRONXIAL ASTMA. ShIFR- J 45-46

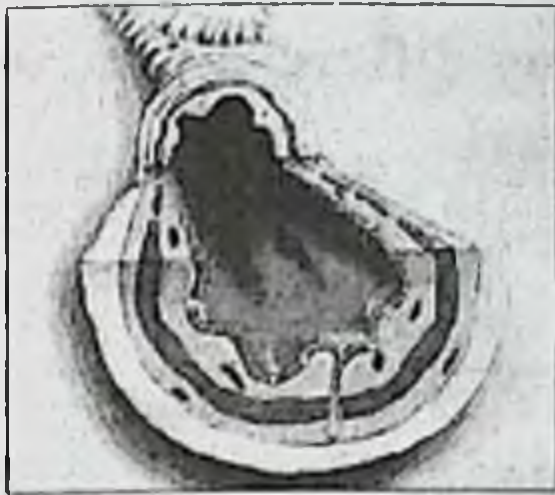
Ta'rif: Nafas yo'llarining surunkali retsdivlanuvchi allergik xususiyatli yallig'lanishi bo'lib, bronxlar giperreaktivligi, labil obstruksiyasi respirator simptomlar paydo bo'lishi bilan harakterlanadi (bo'g'ilish va hansirash paroksizmi, astmatik statusga o'tish, xushtaksimon nafas va yo'tal)

Tarqalishi: Butun Jaxon Sog'liqni Saqlash tashkiloti ma'lumotiga ko'ra bronxial astmani tarkalishi kattalar orasida 5% va bolalar orasida 10% etdi. Bronxial astma dunyoda eng ko'p tarkalgan xronik kasallik hisoblanadi. Xozirgi vaqtda 300 million atrofida insonlar bronxial astma bilan xastalangan.

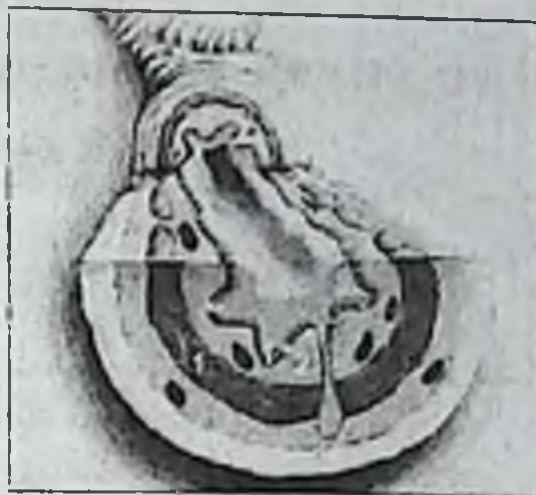
Etiologiyasi. Bronxial astmaning kelib chiqishida irsiy moyillik katta ahamiyatga ega. Kasallikning rivojlanishida ichki va tashqi omillar rol o'ynaydi. Ichki omillar – bular immun, endokrin, vegetativ nerv sistemasi, bronxlar sezuvchanligi va reaktivligi, mukotsiliar klirens, o'pka tomirlari endoteliysi, tez reaksiya qiluvchi sistemalar (bulutsimon hujayralar va boshqalar) araxidon nordonligi metabolizmi va biologik defektlar. Tashqi omillar- infeksiyon allergenlar, noinfeksion allergenlar, mexanik va ximik ta'sirlovchilar, meteorologik va fizik-omillar, stress, asabiy ruxiy ta'sirlar va boshqalar.

Patogenezi. Bronxial astma patogenezining markaziy zvenosini bronxlar reaktivligining o'zgarishi tashkil qiladi, birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Bronxlar reaktivligining birlamchi o'zgarishi infeksiya, fizik, ximik va mexanik omillarning bevosita ta'siri natijasida orttirilgan bo'ladi. Bronxlar reaktivligining ikkilamchi o'zgarishlari organizmdagi turli (immun, endokrin, nerv sistemalari) reaktivligining namoyon bo'lishidir. Natijada bronxospazm allergik immunbog'liq qaytuvchi yallig'lanish oqibatida bronx shilliq qavatining shishi, bronxlar shilliq pardasi bezlarining keskin gipersekretsiyasi va shilimshiqni ortishi kuzatiladi

Bronxial astma morfologik ko'rinishi. 1.Nafas yo'llarini asosiy bronxdan to mayda subsegmentar bronxlarigacha (qo'yiqlik, yopishqoqlik, shilliq yoki shilliq-yiringli) balg'am bilan obstruksiyasi. Balg'am shilliq qavat epiteliysi bezlari gipersekretsiyasi xisobiga paydo bo'ladi; 2.Nafas yo'llarini spastik qisqaruvi, bronxlarni paralitik kengayishi; 3.O'pkani o'tkir emfizematoz shishishi; 4.Aerogistogematik to'siq o'tkazuvchanligining buzilishi, bronxlar tizimi tomirlarining qonga tulishi, shilliq qavatni shishishi, bazal membranani keskin ko'chishi va bronxlar devorini diffuz eozinofil infiltratsiyasi (1.14-rasm.).



Нормал бронх



Бронхиал астмада бронх
1 - спазм
2 - шиллик кават шиши
3 - гиперсекреция

1.14-rasm.. Bronxial astmani morfologik ko'rinishi

Bronxial astmani asosiy patogenetik variantlari:

1. Infeksiyaga bog'liq. 2. Atopik. 3. Autoimmun. 4. Disgormonal. 5. Dizovarial. 6. Ruxiy-asab. 7. Adrenergik disbalans. 8. Xolinergik. 9. Jismoniy zo'riqishli. 10. Aspirinli (uchlik-rinit+burun polipi+nosteroid preparatlarga sezgirlik ortishi).

Bronxial astmani kechishi bo'yicha: 1. Engil kechishi. 2. O'rta-cha og'irlikda kechishi. 3. Og'ir kechishi. Bronxial astmani kechish fazasi bo'yicha: 1. Qo'zish davri. 2. Noturg'un remissiya. 3. Turg'un remissiya (2 yildan ortiq vaqt mobaynida qo'zishi kuzatilmasa).

Asoratlari: O'pka tomonidan: atelektaz, pnevmotoraks, o'pka yetishmovchiligi va boshqalar.

O'pkadan tashqari: O'pka-yurak, Yurak yetishmovchiligi.

Diagnostik mezonlari 1. Paroksizmal bo'g'ilish xurujlari (hansirash), yo'tal va "xushtaksimon" nafas. 2. Qon-qarindoshlarida bronxial astma borligi. 3. Burun polipozi, vazomotor rinit, respirator, oziq-ovqat yoki dori allergiyasining borligi. 4. Tashqi nafasdagi obstruktiv o'zgarishlarni adrenomimetik qo'llanilganda 25% ko'p darajada yaxshilanishi. 5. Qondagi eozinofiliya. 6. Balg'amda eozinofillar, Kurshman spirali va Sharko-Leyden kristalini topilishi.

Bronxial va yurak astmasining differensial diagnostik mezonlari.

Klinik ma'lumotlar	Bronxial astma	Yurak astmasi
Oldin keladigan kasallik	Xronik bronx-o'pka kasalliklar, vazomotor rinit, boshqa allergik kasallik	Revmatik yurak illati, gipertoniya kasalligi, YuIK, xronik glomerulonefrit
Xuruj sabablari	Nafas a'zolari yallig'lanishni qo'zib, allergiyaga duch kelishi, psixogen va meteorologik omillar.	Jismoniy va ruxiy zo'riqish, o'tkir miokard infarkti.
Xuruj harakteri	Ekspirator nafas qisishi	Nafas olish qiyinlashgan, havo etishmasligi xissiyoti
Sianoz harakteri	Markaziy, iliq	Ifodalangan akrotsianoz
Auskultativ ma'lumotlar	Tarqoq ko'plab quruq va g'ijillovchi xirillashlar, asosan nafas chiqarishda	Nam xirillishlar, asosan o'pkaning pastki bo'lakda
Puls	Tez, to'lqinligi kuchsiz to'g'ri ritimli	Ko'pincha aritmik
Yurakni perkutor o'lchamlari	Kichraygan	Kattalashgan
Shishlar	Bo'lmaydi	Ko'pincha bo'ladi
Jigar o'lchamlari	O'zgarmagan	Ko'pincha kattalashgan
Balg'am	Quyuq, yopishkok, qiyin ajraluvchi, oz miqdorda	Suyuq, ko'pikli, ba'zan pushti rangli, oson ko'chadi.
Davolash samarasi	Bronxolitiklardan	Qon chiqarish, yurak glikozidlari, diuretiklardan.

Bronxial astmani davolash tamoyillari: 1. Bronxial astmani rejali davolash (bronx daraxtidagi allergiyani so'ndirish); 2. Bronxial astma xurujini davolash (bronxospazmni bartaraf qilish); 3. Astmatik statusni davolash; 4. To'liqsiz remissiya davrida qo'llab quvvatlovchi davolash.

Zamonaviy terapiyasi: 1. Bronxlarni kengaytiruvchi preparlar; 2. Uzoq ta'sir qiluvchi beta2-agonist (salmeterol, formoterol); 3. Qisqa ta'sir qiluvchi beta 2-agonist (salbutamol, fenoterol, terbutalin); 4. M-holinobloqator (ipratropiuma bromid - atrovent); 5. Kombinatsiyalashgan bronholitik (berodual, kombivent); 6. Qisqa ta'sirli teofillinlar (teofillin, aminofillin); 7. Uzoq ta'sirli teofillin (teopek, teodur, teotard, eufilong);

Zamonaviy nomedikamentoz davolash usullari: 1. Efferent usullar (gemosorbsiya, immunosorbsiya, plazmaferez, UFO va lazerterapiya); 2. Fizioterapevtik usullar; 3. Ko'krak qafasi massaji (har-xil turi); 4. Nafas gimnastikasi; 5. Speleoterapiya

4-jadval

Astma xuruji davrlarining simptomatologiyasi

Simptom	1-davr	2-davr	3-davr
Teri qoplami rangi	Oqargan	Oqargan	Tarqoq diffuz sianoz akrotsianoz
Taxipnoe	Kuchaygan	Kuchaygan	Bradipnoe
Nafas	Nafas chiqarishi cho'zilgan dag'al	Susaygan	Soqov o'pka
Quruq xirillashlar	Aniqlanadi	Kamdan - kam	Ko'proq aniqlanmaydi.
Distatsion	Aniqlanadi	Kamayadi	Ko'proq aniqlanmaydi
O'pka ekskursiyasi	Aniqlanadi.	Kamdan - kam	Ko'proq aniqlanmaydi.
Qon bosimi	Ko'tarilishi mumkin	Gipotoniya	Gipotoniya, kollaps
Puls	Taxikardiya	Taxikardiya, parodoksol	Ipsimon aritmiya
Psixoemotsional faoliyat	Jismoniy asteniya, gipostenik va talvasasimon belgilar bilan.	Kuchli darajada kuchaygan.	Xushi yo'qoladi.
RSO ₂	35-40% giperventilyatsiya	50-70% giperkapniya	80-90% atsidoz, giperkapniya
RO ₂	60-70%	50-60%	40-50%

Davolash:

1-pog'ona. Shoshilinch yordam ko'rsatish preparatlari, faqat zaruriyat bo'lgandagina ishlatiladi (qisqa muddat ta'sir qiluvchi ingalyatsion betta-2-agonistlar (Salomol-EKO). Davolash intensivligi kasallikni og'irligiga bog'liq. Kortikosteroidlarni tabletka ko'rinishida ham qo'llash mumkin.

2-pog'ona. Engil persistirlangan astma: 1.Kasallik belgilar kunda 1 marta va undan kamroq bo'ladi. 2.Kasallikni qo'zishi bemor faolligini va uyquni buzadi. 3.Tungi simptomlar oyda 2 martadan ko'p bo'ladi. 4.O'pka funksiyasi 70% meyorida. Davolash. Biror yallig'lanishga qarshi preparatlarni qo'llash. 1.Uzoq muddat ta'sir qiluvchi bronxodilyatator-larni ko'llash mumkin (Beklazon – EKO, Salamol – EKO).

3-pog'ona. O'rtacha og'irlikdagi persistirlangan astma: 1.Xurujlarni har kuni bo'lishi. 2.Kasallikni qo'zishi bemor faolligini va uyquni buzadi. 3.Tungi simptomlar haftada 1 martadan ko'p bo'ladi. 4.O'pka funksiyasi 60% me'yorida. Davolash. Har kuni preventiv davolash: 2. Ingalyatsion kortikotseroidlarni qo'llash. 3. Uzoq muddat ta'sir qiluvchi bronxodilyatator (ayniqsa tungi simptomlar bezovta qilayotganida) larni qo'llash. 4. Qisqa muddat ta'sir qiluvchi ingalyatsion betta-2 agonistlarni har kuni qo'llash. (Beklazon-Eko).

4-pog'ona. Og'ir persistirlangan astma: 1.Kasallik belgilarini doimo mavjudligi. 2.Kasallikni tez-tez qo'zishi. 3.Tungi simptomlar tez-tez bo'lib turishi. 4.Bemorni jismoniy faolligi cheklangan. 5.O'pkani funksiyasi 50% past. Davolash. 1.Uzoq muddat preventiv davolash: 2. Ingalyatsion kortikotseroidlarni katta dozada qo'llash. 3.Uzoq muddat ta'sir qiluvchi bronxodilyatatorlarni qo'llash. 4.Peroral kortikosteroidlarni uzoq muddat davomida qo'llash.

Asoratlanmagan bronxial astma xurujini davolash. 1. Selektiv qisqa ta'sirli bBronxoektaz kasalligi - bronxlarning orttirilgan, qaytarilmas o'zgargan-kengaygan va deformatsiyalangan surunkali yiringli yallig'lanish jarayonidir. (1.16-rasm.) Rivojlanish xarakteriga ko'ra uning ikki turi farqlanadi. Birlamchi bronxoektazlar bolalik yoshida

kechirilgan bronx-o'pka sistemasining infeksiyon kasalligining oqibatida rivojlanadi. Bundan tashqari, boshqa kasalliklar asorati bo'lgan (masalan pnevmoniyaning bronxoektatik shakli bulgan) ikkilamchi bronxoektazlar farqlanib, ularning uziga xos klinik kechishi va belgilari buladi.



1.15-rasm. Ingalyatorlar

Kasallik shakli bo'yicha engil, o'rtacha og'ir, og'ir va qon ketishi bilan ifodalanadigan shakllarga bo'linadi. *Bronxlarning kengayishi harakteriga qarab*, bronxoektazlar xaltasimon, urchuqsimon, silindrik va aralash shakllarda bo'ladi. *Jarayonning tarqalishiga qarab* bronxoektazlar bir tomonlama ikki tomonlama va segmentda joylashgan bo'ladi. *Klinik kechishi bo'yicha* bronxoektatik kasallikni 3 bosqichga ajratiladi: 1. Bronxit bosqichi. 2. Ifodalangan klinik belgilarining namoyon bo'lishi bosqichi. 3. Asoratlar bosqichi.

Klinik manzarasi. Sub'ektiv ma'lumotlar: bolalik yoshida o'tkir pnevmoniyadan, qizamiq, ko'k yo'tal yoki grippning og'ir shaklidan keyin yo'talib balg'am tashlashi yoki o'smirlik davrida va katta yoshda tez sur'atda takrorlanib turadigan pnevmoniyalarga ahamiyat berish zarur. Ko'pincha erkaklar kasal bo'ladi. Kasallik 5 yoshdan 25 yoshgacha bo'lgan davrda uchraydi. Kasallik ko'pincha baxor-kuz oylarida qo'ziydi, kasallikning ifodalangan klinik belgilari bosqichida yo'talishdan, yiringli balg'am tashlashdan ko'proq ertalab va drenaj holatni qabul qilganda va umumiy

loxaslikdan, tana haroratining ko'tarilishidan (ko'pincha subfebril). Bir kecha kunduzda balg'am miqdori 20-30 ml dan bir necha yuz mlgacha bo'ladi. Ba'zan balg'amda chirindi xidi bo'ladi va turganda 3 qatlamga ajraladi. Ba'zi bemorlarda qon tuflash xatto o'pkadan qon oqishi kuzatiladi, bu kamdan-kam hollarda kasallikning yagona simptomi bo'lib, yiringli balg'am ajralish bilan kechmaydi (quruq bronxoektaziyalar). Og'ir bemorlarda sianoz va barmoqlari «nog'ora tayoqchalari» shaklida, tirnoqlari «soat oynalari» ko'rinishida bo'ladi. O'pkaning zararlangan bo'limlari proeksiyasida har bir kalibrdagi, yo'talib balg'am tashlagandan keyin nam xirillashlar, qattik vezikulyar nafas, ba'zan bronxial nafas eshitiladi.

Asoratlari: 1.Qon tuflash va o'pkadan qon ketish. 2.Bo'yraqlar amiloidozi. 3.Astmatik komponent. 4.O'choqli (perifokal) pnevmoniya. 5.Plevrit. 6.O'pka absessi. 7.Ikkilamchi surunkali bronxit. 8.Nafas yyetishmovchiligi va o'pka-yurak yetishmovchiligi.

Bemorlarni rentgenologik tekshirganda surunkali pnevmoniyaning bronxoektatik shaklidan farq qilib, jarayonning ma'lum lokalizatsiyasi harakterlidir. Ko'pincha chap o'pkaning bazal segmentlari va o'ng o'pkaning o'rta bo'lagi zararlanadi (1.17-rasm.)



1.17-rasm.O'pka bronxoektazining R^o-tasviri

Homiladorlik bronxoektaz kasalligiga sababchi bo'lmaydi, lekin homiladorlik davrida diafragma satxining 3-4 sm ga ko'tarilishi kasallik pnevmoskleroz, o'pka emfizemasi kasalligi bilan asoratlenganda nafas yetishmovchiligini kuchaytirish mumkin. Homiladorlik muddatiga bog'liq bo'lmagan holda ob-havo sharoitlarining noxush o'zgarishi, ayniqsa, kuzda va qishda shamollash kasalliklari bronxoektaz kasalligining qo'zishiga olib keladi. Bronxoektaz kasalligi bor ayollarning ko'pchiligi homilador bo'lishi va tug'ishi mumkin. Biroq, homiladorlikning birinchi 3 oyida qo'zib qolsa, nafas olish yetishmovchiligining II-III darajasi, o'pka-yurak yetishmovchiligining mavjudligi homiladorlikni davom ettirish mumkin emasligi to'g'risida qaror qabul qilishga majbur qiladi.

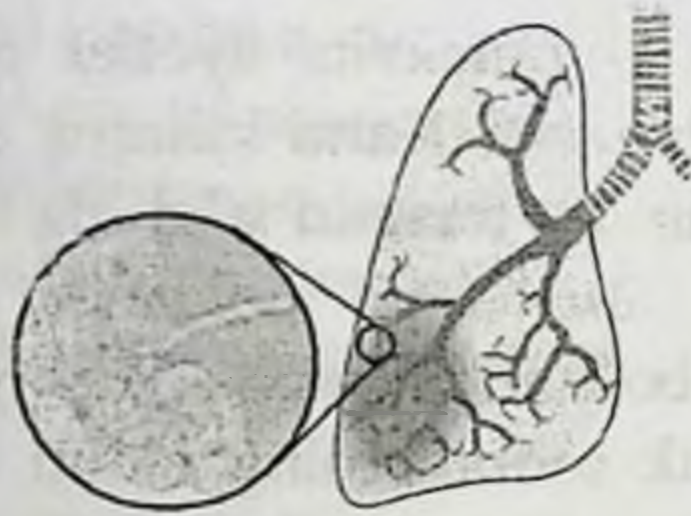
Bronxoektaz kasalligi bor homiladorlar, ayollar maslaxatxonasi terapevtining dispanser nazoratida bo'lishi kerak. Kasalligi qo'zib qolsa, ularni tug'ruq kompleksini ayollar patologiyasi bo'limiga hospitalizatsiya qilish zarur. Xatto kasallik qo'zimagan va o'pka-yurak yetishmovchiligi bo'lmagan takdirda ham asosiy kasalligini davolash maqsadida 2-3 hafta qolganda tug'ruq kompleksini tug'ruqqa tayyorlash bo'limiga hospitalizatsiya qilinadi, tug'ishdan keyingi yiringli septik asoratlarning oldini olish maqsadida balg'am mikroflorasi va uning antibiotiklarga sezuvchanligi aniqlanadi. Bronxoektaz kasalligi bor bemorlarga tarkibida oqsillar va vitaminlar ko'paytirilgan yuqori kaloriyali ovqatlanish tavsiya qilinadi. O'rinda yotish, tana harorati ko'tarilgandagina zarur. Kasallik qo'ziganda, balg'am mikroflorasining antibiotiklarga sezuvchanligini xisobga olgan holda, bronxidlarni davolash mavzusidagi prinsiplar bo'yicha davolanadi. Kunda bir necha marta balg'am bemalol chiqadigan holatni qabul qilish kerak. Balg'am kiyinlik bilan ajralayotgan bo'lsa, balg'am ko'chiruvchi vositalar tavsiya qilinadi: altey ildizi, terpingidrat, natriy gidrokarbonat va boshqalar. Operativ davolash o'pkani yoki uning bir bo'lagini olib tashlash homiladorlik vaqtida kam qo'llaniladi, shunga karamasdan jarayon lokal holda bo'lsa, bu imkoniyat borligini bilib qo'ygani ma'qul.

Bronxoektatik kasalligining profilaktikasi bolalik chog'ida o'tkir pnevmoniyalarning oldini olish va ularni ratsional davolash bilan bog'liq, ayniqsa, ular gripp, qizamiq qoqshol fonida rivojlangan bo'lsa. O'tkir respirator infeksiyani bartaraf qilish va bronxlar o'tkazuvchanligini tiklash-bronxoektazlar rivojlanishini oldini oluvchi muhim omildir.

1.6. PNEVMONIYALAR ShIFR J 10- J18

O'tkir pnevmoniya o'choqli va krupoz-asosan o'pka alveolalari, oraliq to'qimasi va tomirlar sistemasining o'tkir yallig'lanishi kasalligidir.

U erkaklarda ayollarga nisbatan taxminan 1,5 marta ko'p uchraydi (1.18-rasm.). Kasallik xamma yoshdagi kishilarda kuzatiladi, biroq bolalar va qariyalarda ko'prok kuzatiladi.



1.18-rasm. O'choqli pnevmoniya

Reproduktiv yoshdagi ayollarda va xomiladorlarda o'tkir pnevmoniyalar 1,5-2 marta kam uchraydi.

O'tkir pnevmoniyalar tasnifi: *Etiologiyasiga ko'ra.* 1. Bakterial (qo'zg'atuvchisi ko'rsatib). 2. Virusli (qo'zg'atuvchisini ko'rsatib). 3. Ornitozli. 4. Rekketsiozli (Ku-isitmasi o'pka shakli). 5. Mikoplazmali. 6. Zamburug'li (turini ko'rsatib). 7. Aralash (virus-bakterial, bakterial-mikroplazmali va boshqalar). 8. Noaniq etiologiyasi. *Patogeneziyaga ko'ra.* 1. Sirkulyator buzilish bilan bog'liqli (infarqqli pnevmoniya ham birga). 2. Bronxlar siqilishi va

aspiratsiya bilan bog'liqli. 3.Travmatik.4.Operatsiyadan so'nggi. 5.Toksik. 6.Termik. 7. Boshqa fizikaviy tasiri bilan bog'liqli (nur va boshqa). 8.Septik. 9.Surunkali obstruktiv bronxit qo'zishi bilan bog'liqli.10.Boshqa ikkilamchi pnevmoniyalar. *Klinik-morfologiyasiga ko'ra:* 1.Bir tomonlama (chap tomonlama, o'ng tomonlama). 2.Total. 3.Bo'lakli 4.Segmentli.(1.19-rasm.) 5.Subbo'lakli. 6.Markaziy ildiz oldili. Ikki tomonlama (tarqalishini ko'rsatish bilan). *Og'irligiga ko'ra:* 1.Juda og'ir. 2.Og'ir. 3.O'rtacha og'irlikda. 4.Engil va 5.Abortivli.

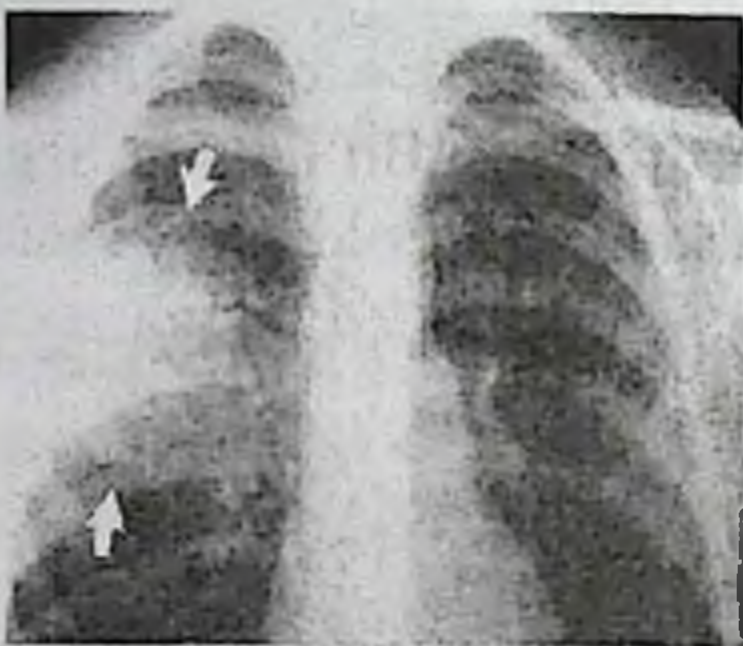


1.19-rasm. O'ng tomonlama o'tkir segmentar pnevmoniya. rentgen tasviri.

Klinik kechishiga ko'ra: 1.O'tkir. 2.Surunkali.

O'choqli pnevmoniyalar. Yig'ma tushuncha bo'lib, etiologiyasi va patogenezini bo'yicha har-xil, bir qator pnevmoniyalarni birlashtirib turadi (uni bronxopnevmoniya, bo'lakcha pnevmoniyasi, kataral pnevmoniya deyiladi). O'choqli pnevmoniya ham mustaqil kasallik, ham bir qator infeksiyon kasalliklarning asorati hisoblanadi, o'pkaning ayrim bo'lakchalari va bo'lakcha guruxlarining mayda, odatda ko'p sonli o'choqlar ko'rinishida yallig'li zararlanishi bilan harakterlanadi. Yallig'lanish o'chog'ining katta-kichikligiga ko'ra mayda o'choqli, yirik o'choqli va tutash pnevmoniyalar farq qilinadi. O'choqli pnevmoniya ko'pincha boshqa kasalliklarga qo'shib keladi, yoki biror kasallik vaqtida (yurak illatlari, yurak dekompensatsiyasi, qandli diabet va bosh.) vujudga keladi.

Krupoz pnevmoniya o'pkaning butun bo'lagi zararlanishi, sikl bilan kechishi va ko'pincha jarayonga plevra tortilishi bilan harakterlanadigan o'pka parenximasining o'tkir yallig'lanishidir (1.20-rasm.).



1.20-rasm. O'ng tomonlama o'rta bo'lak krupoz pnevmoniya R°- tasviri

Krupoz pnevmoniya bilan kasallanish odatda baxor va kuzda, ya'ni havo temperaturasi keskin o'zgarib turadigan davrda ko'payadi. Keyingi yillarda krupoz pnevmoniyaning klassik kechishi kam uchraydigan bo'lib qoldi, ayniqsa, reproduktiv yoshdagi ayollarda va homiladorlarda, bu antibiotiklarni erta qo'llash bilan bog'liqdir.

Pnevmoniyalarning zamonaviy tasnifi:

I. Etiologiyasi bo'yicha: pnevmokokkli, streptokokkli, stafilokokkli, yashil yiring tayoqchasi, gemofil tayoqchali, Fridlender tayoqchasi chakirgan pnevmoniyalar, mikoplazmali, xlamidiy, legionellezli, virusli.

II. Pnevmoniya variantlari: epidemiologik kelib chiqishiga qarab kasalxonadan tashqari, kasalxona ichi, aspiratsion, immunitet tanqisligidagi pnevmoniyalar.

III. Pnevmoniyalarning joylashuvi va tarqalishiga qarab: bir tomonlama (chap yoki o'ng tomonlama) - total, bo'lakli, segmentar, bo'lakchali, markaziy (ildizdagi); ikki tomonlama (tarqalganligi ko'rsatiladi).

IV. Og'irlik darajasiga qarab: engil, o'rtacha og'ir, og'ir (jadvalga qarang).

V. Asoratlari:

1) o'pkadagi asoratlari - parapnevmonik plevrit, o'pka absessi va gangrenasi, bronxoobstruktiv sindrom, UNE; 2) o'pkadan tashqaridagi asoratlari - o'tkir upkali-yurak, septik shok, nospesifik miokardit, meningit, meningoensefalit, TIS-sindrom, o'tkir glomerulonefrit, toksik hepatit.

VI. Kasallik fazalari: boshlanishi, avj olish, rekonvalesensiya, cho'zilib kechishi.

Pnevmoniya natijasida O'NE sabablari bo'lib quyidagilar xisoblanadi: 1. O'pkaning bir yoki bir nechta bo'lagi yallig'lanishi. 2. O'pka to'qimasidagi tarqalgan va birlashib ketgan yallig'lanishli jarayon. 3. Parapnevmonik plevrit. 4. O'pka to'qimasining destruksiyasi.

Davolash. 1. Oksigenoterapiya UNE og'irlik darajasidan qat'i nazar hamma holatlarda o'tkaziladi. 2. Infuzion terapiya 2500-3500 ml hajmida MVB va soatlik diurez nazorati ostida o'tkaziladi. O'tkir o'pkali yurak va o'tkir o'ng korincha yetishmovchiligi kuzatilganda suyuqlik keskin chegaralanadi. Infuzion terapiya vositalaridan - qutblantiruvchi eritma, detoksikatsion va qon reologiyasini yaxshilovchi preparatlarni ishlatish maqsadga muvofiq. 3. Antibakterial terapiya. Agar qo'zg'atuvchi aniq bo'lganda maqsadga yo'naltirilgan antibakterial davo antibiotiklarga sezgirlik darajasiga qarab o'tkaziladi. Lekin ko'pincha empirik (ko'r-ko'rona) davo qo'llaniladi.

5-jadval

Pnevmoniyalarning og'irlik darajasi

Asosiy belgilari	Og'irlik darajasi		
	Engil	O'rtacha og'ir	Og'ir
Tana harorati	38 ^o S gacha	39-39 ^o S	39 ^o S dan baland
1 daqiqada nafas soni	25 tagacha	25-30	30 dan ko'p
Sianoz	Yo'q	Qisman mavjud	Yaqqol

Intoksikatsiya	Yo'q yoki bir oz sust	Qisman mavjud	Yaqqol
Xushning buzilishi	Xushi buzilmagan	Engil eyforiya	Xushi karaxt, gallyutsinatsiya va alaxsirashlar
R-tekshiruv natijasiga ko'ra pnevmoniyaning hajmi	Yallig'lanishli infiltrat kichik (1-2 segment)	Yallig'lanish o'chog'i bir necha bo'lakchani, butun bir bo'lakni, yoki 2 ta o'pkada bir necha segmentni egallagan	Katta soxada yall-sh o'chog'i, 2 ta bo'lakni yoki o'pkalarning polisegmentar zararlanishi.
Asoratlarning borligi	Yo'q	Eksudativ plevrit	Plevra empiemasi, abscess, septik shok
Yondosh kasalliklarning dekompen-satsiyasi	Yo'q	Bronxial astma, YuK, psixik kasalliklar qo'zishi mumkin	Har doim (aritmiyalar, yurak yetishmovchiligi dekompensatsiyasi)
Periferik qon analizi	Bir oz leykotsitoz, EChT ning	Leykoformula ning oshishi chapga siljishi, yosh shakllarining paydo bo'lishi	Keskin leykotsitoz, limfopeniya, eozinopeniya keyinchalik leykopeniya, anemiya, EChT ning keskin oshishi
Qondagi fibrinogen miqdori, g/l	5 gacha	5-10	10 dan ko'p.

6-jadval

Klinik vaziyatlar va pnevmoniyani qo'zg'atuvchilari

Klinik vaziyatlar	Kasallikni qo'zg'atuvchisi, infeksiyalar
25 yoshdan kichik yoshlilar	Pnevmonokk, mikoplazma, xlamidiya
60dan katta yoshlilarda	Pnevmonokk, gemofil tayoqchasi
Xronik bronxit, uzoq muddatli chekish	Pnevmonokk, gemofil tayoqchasi, morakselle
Alkogolizm	Pnevmonokk, klebsiella, VK, anaeroblar
Vena ichiga narkotiklar yuborish	Stafilakokk, anaeroblar, VK
Xushni yo'qotish,	Grammanfiy tayoqcha, anaeroblar

Gripp epidemiyasi	Gripp virusi, pnevmokokk, stafilokokk, gemofil tayoqchasi
O·RVI oilada tarqalishi	Viruslar, mikoplazma, xlamidiya
Qushlar bilan muloqot	Xlamidiya infeksiyasi
Uzoq muddatli gipokineziya (kam harakatlanish)	Streptokokklar, stafilokokklar, grammanfiy tayoqchalar
Torokoabdominal tashxis va aralashuvlar	Grammanfiy tayoqchalar, stafilokokk, anaeroblar
Koma, bosh-miya jaroxati	Grammanfiy tayoqchalar, stafilokokk,
Uzoq muddat shifoxonada yotish	Streptokokk, stafilokok, grammanfiy tayoqchalar

7-jadval

Pnevmoniyani davolashni umumiy tamoyillari

Davolashni harakteri	Preparatlar va usullar
Infeksiyani tugatish	Antibiotiklar
Immunitetni kuchaytiruvchi terapiya	Immunoglobulinlarni vena ichiga yoki muskul orasiga
Dezintoksikatsion terapiya	Infuzion tuzli eritmaları (gemodez, glyukoza 5%-200.0)
Qon-tomir yetishmovchiligini davolash	Pressor aminlar, kortikosteroidlar vena ichiga
Gipoksiyani davolash	Oksigenoterapiya.
Perfuzion buzilishlarni bartaraf etish	Geparin, antiagregantlar
Bronxial obstruksiyanı davolash	Eufillin 2,4 % v/ichiga,
Yallig'lanishga qarshi davolash	Yallig'lanishga qarshi nosteroid dorivor moddalar va fizioterapiya

8-jdval

Shifoxonadan tashqari pnevmoniyalarni davolashda antibiotiklarni tanlash

Klinik vaziyatlar	Kasallik qo'zg'atuvchisi bo'lishi mumkin	Tavsiya etilgan antibiotiklar
60 yoshdan kichik bo'lgan va yondosh kasalligi bo'lmagan kishilardagi pnevmoniyalar, (engil, o'rtacha, og'ir hollarda)	Pnevmonokk, Mikoplazma. Xlamidiya.	Eritromitsin, Spiramitsin, Roksitromitsin, azitromitsin, Doksitsillin.
60 yoshdan katta bo'lgan va boshqa yondosh kasallik-lar fonida rivojlangan pnevmoniyalar, (engil, o'rtacha, og'ir kechganda)	Pnevmonokk, Gemofil tayoqchasi	Ampitsillin (amoksitsillin), Sefolosporinlarni III-avlodlari
Pnevmoniya og'ir kechganda	Pnevmonokk, Gemofil tayoqchasi Mikroblar assotsiatsiyasi Legionella.	Spiramitsin, Klaritromitsin, Sefolosporinlarni III-avlodlari

9-jadval

Nozokomial pnevmoniyani davolashda antibiotiklarni tanlash

Klinik vaziyatlar	Topilgan qo'zg'atuvchisi	Antibiotiklarni tanlash
Ko'p miqdorda aspiratsiya yo'llariga tushishi) torokoabdominal tashrixlar	Grammanfiy tayoqcha, Stafilokokk, Anaeroblar.	Sefolosporinlarni II-III-avlodlari +aminoglikozidlar +metronidazol. Ftorxinolonlar+metronidazol Karbapenemlar.

Komalar. Bosh-miya travmasi	Grammanfiy tayoqcha, Stafilokokk,	Sefolosporinlarni II-III-avlodlari +aminoglikozidlar Sefolosporinlarni II-III- avlodlari+ siprofloksatsin.
Uzoq muddatli shifoxonada yotish. Sun'iy nafas apparatida bo'lish, antibiotiklar bilan davolash, vaziyatlarni uyg'unlashuvi.	Ko'k yiringli tayoqcha, Stafilokokk, Grammanfiy tayoqcha.	Seftazidin, Ftorxinolonlar + aminoglikozidlar Karbapenemlar.

10-jdval

Klinik vaziyatlarda antibakterial terapiyani muvofiqlashtirish

Klinik vaziyatlarni turlari	Xal etish imkoniyatlari
Buyrak yetishmovchiligini rivojlanishi	Nefrotoksik antibiotiklarni (aminoglikozidlar, sefalosporinlar, ftorxinolonlarni) boshqa preparatlarga almashtirish.
Transferazlar (AST, AST) saxini 2 martadan ko'proq ko'tarilishi	Gepatotoksik ta'sirga ega antibiotiklarni bekor qilish.
Agranulotsitozni rivojlanishi	Levomitsitin va biseptollarni bekor qilish
Allergik reaksiyani rivojlanishi	Qo'llanilayotgan preparatlarni bekor qilish va nojuya ta'sirini davolash. Keyinchalik antibakterial terapiyaga zarurat bo'lsa boshqa gurux pre-paratlaridan tavsiya etish

Pnevmoniyalarni o'smirlarda kechishi.

1.Chap tomonlama pastki bo'lakda ko'proq uchraydi. 2.Ko'proq tug'ma o'pka nuqsoni borlarda rivojlanadi. 3.Klinikasida alfa-2-globulinlarni miqdori ortishi bilan kechadi. 4.Ko'proq bronxoektazlar chap va pastki bo'lakda rivojlanadi. 5.Rentgen tasvirda bronxlarni kengayishi, bo'shlig'ida gorizontal holda joylashgan suyuqlik bo'ladi. 6.Antibiotiklardan benzilpenitsillin, eritromitsin, levomitsetin, ampitsillin va fuzidin-natriy yaxshi effekt beradi. 7.Pnevmoniya ichak bakteriyalari bilan chakirilsa

gentamitsin sulfat, kanamitsin va sefalosporinlar berish kerak. 8. Bronxodilyatatorlardan efedrin, eufillin, izadrin, antastman va alupent berish kerak.

Pnevmoniyalarni homiladorlarda kechishi.

1. Homiladorlarda pnevmoniyalar og'ir kechadi, o'tkir nafas va o'pka – yurak yetishmovchiligi, intoksikatsiya va boshqa organlarning kasallanish belgilari kuzatiladi. 2. Homilani infeksiyon toksik zararlanishi homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi, hamda erta tugilish, xatto antenatal o'lim ham kuzatilish mumkin. 3. Tug'ish davrida tug'ish zaifligi, ko'p qon yo'qotish, yo'ldoshning erta ko'chishi, homila atrofidagi suyuqlikning muddatidan oldin oqib ketishi, homila dimiqishi hamda o'limi kuzatilishi mumkin. 4. Chilla davrida ona organizimida sut ajralishning kamayishi kuzatilishi mumkin. 5. Chaqaloqni rivojlanishi sustlashadi, tashqi muxit ta'sirlariga sezuvchanligi ortadi, unda har-xil infeksiyon kasalliklar kuzatilishi mumkin. 6. Homiladorlarda o'tkir pnevmoniya tug'ish boshlanishidan oldin rivojlanganda, iloji boricha tug'ish faoliyatini muddatini uzaytirish zarur. 7. Agar nafas yetishmovchiligining II yoki III darajasi bo'lsa tug'ish davri perineotomiya yordamida qisqartiriladi.

11-jdval

Homiladorlarda antibiotiklarni qo'llash sxemasi

Preparatlar	Sutkalik dozasi
Benzilpenitsillin guruxi pnevmokokli yoki streptokokli pnevmoniyada	500000 TB v/i, m/o har 6 soatda
Benzilpenitsillin stafilokokli pnevmoniyada	2000000 TB v/i, m/o har 4-6 soatda.
Oksatsillin	1,0 g v/i, m/o, har 4-6 soatda.
Ampitsillin	1,0 g v/i, m/o har 4-6 soatda.
Karbenitsillin	20-30 g v/i tomchilab har 2- 4 soatda.
Ampioks	0,5 g v/i, m/o, har 6 soatda.
Amoksitsillin/klavulanovaya kislota	0,375 g 3 mahal sutkasiga ichgani.
Ospen	500-750 mg 3-4 mahal sutkasiga ichgani.

Ospamaks (amoksitsillin)	0.5 g 3-4 mahal sutkasiga ichgani.
Sefalosporini Sefalotin	1,0 g v/i, m/o, har 6 soatda.
Sefaloridin	1-3 g v/i, m/o, har 8 soatda.
Seftriakson	1-2 g v/i, m/o 1 max sutkasiga.
Ospeksin	1 g 3-4 mahal sutkasiga ichgani.
Zinnat	0.5 g 2 mahal sutkasiga ichgani
Oreloks	100-200 mg 2 mahal ichgani.
Makrolidlar: Eritromitsin	0,6 g v/i, har 8 soatda.
Oleandomitsin	1 g v/i, har 8 soatda.
Linkomitsin	0.5 m/o, har 8-12 soatda.
Sumamed	0,5g 1 mahal ichgani 1 kun, 0,25 g 1 mahal 2-5 – kunlari.
АМИНОГЛИКОЗЫ Gentamitsin	80 mg v/i, m/o har 8 soatda. 0,5 g v/i, m/o 2 mahal sutkasiga.

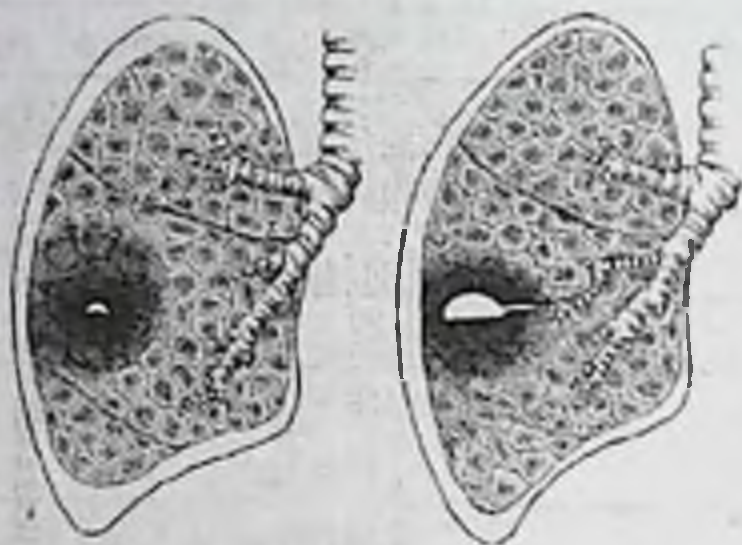
Pnevmoniyalarni qariyalarda kechishi.

1. Qariyalarda bronx-o'pka apparatida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: Bronxlar muskul kabatini atrofiyasi, shilliq qavati epiteliyasini atrofiyasi, bronxial sekretni ozayishi, yo'tal refleksini pasayishi. 2. Etiologiyasida ko'proq Diplobatsilla fredlendera, adenoviruslar, mikoplazma, ornitoz uchraydi. 3. Klinik kechishida nafas yetishmovchiligi, yurak-qon tomiri yetishmovchiligi va serebral buzilishlar kuzatiladi. 4. Antibiotiklardan streptomitsin, eritromitsin, tetratsiklin beriladi. 5. Stafilakokkli pnevmoniyada seforin berish kerak. 6. Pnevmoniyani diplobatsilla fridlendera chaqirsa streptomitsin berish mumkin emas. 7. Pnevmoniyani ichak tayoqchasi chaqirsa levomitsetin, streptomitsin va gentamitsin sulfat beriladi. 8. Qariyalarga sedativ dorilardan morfin va barbituratlar mumkin emas.

1.7. O'PKA ABSSESSI VA GANGRENASI. ShIFR – J 46

Abssess va gangrena o'pkaga patogen mikroorganizmlar ta'siri natijasida uning parenxima tuzilishi buzilib, to'qimalarning nekrozi bilan tavsiflangan, o'pkaning yuqumli destruksion patologik jarayoni hisoblanadi.

O'pka abssessi - yakka yoki ko'p bo'shliq hosil bo'lishi bilan kechadigan o'pka to'qimasining yiringli holatidir. Gangrenadan farqli o'laroq, u chegaralangan va yalig'lanish infiltrati bilan qoplangan bo'ladi (1.21-rasm.)



1.21-rasm. O'pka abssessi

O'pka gangrenasi - badbo'y xidli balg'am ajralishi bilan kechadigan o'pka to'qimasining nobud bo'lgan yiringli holatidir. U aniq chegaralanmaganligi bilan farq qiladi. U kasallikka ko'proq o'rta yashar erkaklar chalinadi (ayollar 6-8 marta kamroq og'riydi).

Etiologiyasi: O'pka abssessi streptokokk, pnevmokokk, stafilokokk, Fridlender diplokokklari, ichak tayoqchasi, viruslar va bakteriyalar sababli paydo bo'lgan zotiljamdan keyin rivojlanadi. O'pka gangrenasi anaerob infeksiyalar: spirallar, anaerob streptokokklar tufayli rivojlanadi. Bunga sabab sovuq qotish, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish.

Patogenezi: a) makroorganizm holati (reaktivlik, beriluvchanlik). Noqulay shart-sharoitlar: o'pka-bronx sistemasi kasalliklari, infeksiyaning surunkali o'choqlari; sovuq qotish, toliqish, noqulay ishlash va yashash sharoitlari, mayda bronxlarning yopilib qolishi, atelektaz, qon aylanish, o'pka to'qimasi oziqlanishining buzilishi; b) yiringli kasalliklar patogenezida goxo zotiljamga (o'choqli, krupoz, para va metazotiljam abscesslari), o'pkaning aspiratsion abssessi va gangrenasiga, gematogen-emboliyalik jarrohlik muolajasidan so'ng

yoki osteomielit yiringli o'choqlariga, bronxoektaz, surunkali zotiljamga, boshqa a'zolarining yiringli mediastenit) ga, zaharli moddalardan zaharlanishga – ikkilamchi infeksiyalar (jaroxatlar) ga aloqador bo'ladi.

Klinik ko'rinishi. Umumiy ahvolining sekin-asta yomonlashib borishi (zotiljamni davolash jarayonida yoki keyinchalik, yoki o'tkir boshlanganda); titrab sovuqqotish (abscess yorilguncha isitma juda baland, keyin subfebril bo'ladi); terlash, hansirash, darmonsizlik, ko'krak qafasidagi noaniq og'riq; quruq yo'tal yoki yiringli balg'am ajralishi (abscessda), badbo'y xidli (gangrenada) hansirash, bo'g'ilishi, o'pka yoki o'pka-yurak yetishmovchiligi; bug'imlardagi og'riq, (umumiy zaharlanish), ishtaxa yo'qligi, dispepsiya, quvvatsizlik (adinamiya).

Ob'ektiv belgilar. Ahvoli o'tkir abscessda og'ir, gangrenada o'ta og'ir, abscess yorilgach qoniqarli bo'ladi; bemorning yotgan vaziyati majburiy; rangi oqargan, lablari ko'kargan, yuzi shishinqiragan, gipertermiya, barmoqlar «nog'ora tayoqchasi» ko'rinishida, tirnoqlari «soat oynasi» ko'rinishida (surunkali abscessda); tinch yotganda ham hansiraydi, og'ir ahvolda o'pka-yurak yetishmovchiligi (akrotsianoz), oyoqlar shishuvi gepatomegaliya, taloq kattalashuvi.

Nafas a'zolaridagi o'zgarishlar: nafas olganda zararlangan tomon keyinda qolishi, paypaslaganda tovush titrashining kuchayishi (abscess yorilguncha) yoki kuchsizlanish (u yorilgach).

Tukillatib ko'rilganda: bo'g'iq tovush, eshitib ko'rilganda qattiq bronxial nafas (yorilguncha) va ho'l xirillashlar (yorilgach) eshitiladi.

Yurak-tomir sistemasida gipotoniya, taxikardiya, ton bo'g'iqligi, yurak chegarasining kengayishi, sistolik shovqin, o'pka arteriyasi II ton aksenti.

Laboratoriya taxlili: leykotsitoz ($15,0-20,0-10^9/l$), chapga siljish (mielotsitlar paydo bo'lishi) neytrofilez, EChT oshgan. Siydikda proteinuriya, mikrogematuriya, silindruriya. *Balg'am* uch qavatli: a)ko'pik qavati, b)sariq rang; v)turli elementlar; gangrenada balg'am kulrang, qoramtir va qon aralash bo'ladi.

Mikroskopiyada: leykotsitlar, detrit yog' kislota kristallari, Ditrix qopkog'i, elastik tolalar (absessda mikroblar, stafilokokklar, streptokokklar va boshqalar) aniqlanadi.

Biokimyoviy ko'rsatkichlar: disproteinimiya, giperfibrinogenemiya, cho'kmalarning musbat sinamasi (sulema, timol).

Rentgen: I faza - noaniq chegarali qorayish; II faza (absess yorilgach), bo'shliqlar, suyuqliklarning gorizontal chegarasi ko'rinadi; III fazada bo'shliq yo'qoladi.

Bronxoskopiya: giperemiya, shilliq qavati shishgan, bronxlarda yiring va quyuq qon ko'rinadi.

Asoratlari: o'pkadan qon ketishi, pnevmotoraks, piopnevmtoraks, sespsis, bronxoektazlar, ichki a'zolar amiloidozi, metastatik yiringli o'choqlar, o'pka, o'pka-yurak yetishmovchiligi, surunkali absess, plevritlar, plevra empiemasi, yiringli mediastenit.

Differensial tashxisi: bronxoektaz kasalligi, yiringli plevrit, xaltachali plevra empiemasi, o'tkir va surunkali zotiljam, o'pka sili, o'pka exinokokkozi, o'pka raki.

Davosi. Kasalxonaga yotqizish, o'rin-ko'rpa qilib yotish, parxez ovqat, osoyishtalik yaratish va yaxshilab parvarishlash, ovqatda etarli miqdorda oqsillar, vitamin A, S, D, V, bo'lishi lozim. Drenajni yaxshilash: Karlens naychasi yoki zamonaviy endoskopiya usulida bronxlar tarmog'ini yuvib tozalash. Bronxoskop yordamida davolash (furatsillin, fiziologik eritma, fermentlar, bronxolitiklar, antibiotiklar yuborish, punksiya qilish, aerosol bilan davolash. Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlab, katta dozada dori yuborish (kuniga 8 mln TB miqdorda penitsillin).

Sulfanilamid moddalar: norsulfazol, sulfademizin. Intoksikatsiyaga qarshi gemodez, poliglyukin, plazma, 5% glyukoza, insulin kam-kam dozada venaga tomchilab yuboriladi. Stafilokokklarga qarshi gammaglobulin, plazma, anatoksin ham yuboriladi. Bundan tashqari, qon, plazma quyiladi, vitaminlar, anabolik gormonlar tayinlanadi. O'pkadan qon ketganda va boshqa og'ir hollarda jarrohlik muolajalari bajariladi.

Profilaktikasi: o'pka-bronx kasalligini o'z vaqtida davolash, yiringli o'choqlarni sanatsiya qilish, operatsiyadan so'ng profilaktik chora-tadbirlarini amalga oshirish lozim.

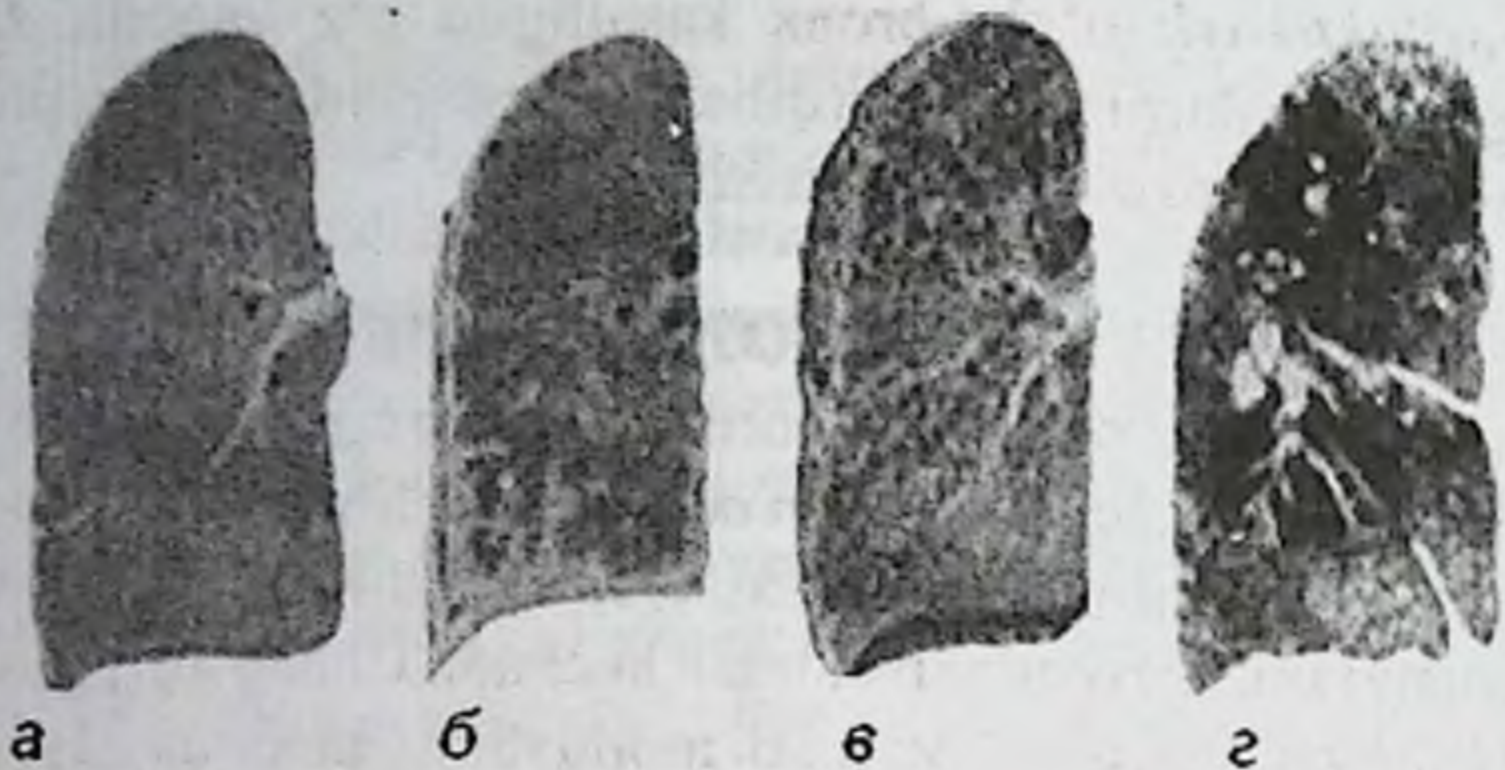
1.8. PNEVMOKONIOZLAR. ShIFR – J 60 – J 70

Pnevmonioz o'pkaning surunkali kasb kasalligi, u xavo bilan birga ko'p va uzoq chang yutish oqibatida kelib chiqadi. Bu kasallik nafas olish a'zolarining xilma-xil funksional buzilishlari va diffuz interstitsial fibroz rivojlanishi bilan kechadi. Chang ko'pgina texnik jarayonlar vaqtida, qattik va tolali moddalarni mexanik qayta ishlash va saralash, maydalash va parchalash jarayonida hosil bo'ladi. Kasallik tog' jinslari, ko'mir, asbest, mashinasozlik va boshqa ishlab chiqarish sanoati ishchilari orasida uchraydi. Pnevmoniozning rivojlanish darajasi yutilayotgan changning kimyoviy va fizik xususiyatlariga bog'liqdir. Pnevmonioz kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik-morfologik manzarasining afzalliklariga qarab quyidagi asosiy turlarga bo'linadi:

1. Silikoz va silikatozlar (asbestoz, talkoz, kaolinoz va b.).
2. Metallokoniozlar (berillioz, sideroz, alyuminoz, baritoz va x.)
3. Karbokoniozlar (antrokoz va b..).
4. Aralash chang pnevmoniozlari (siderosilikoz, antrakosilikoz va x.)
5. Organik chang pnevmoniozlari (bissinoz, bassoz - 1.22-rasm.).

Silikoz (shifr – J 61) - pnevmoniozlarning eng ko'p uchraydigan va og'ir kechadigan turidir.

Etiologiyasi va patogenezi. Bu kasallik tarkibida erkin kremniy II-oksidi saqlovchi changni uzoq vaqt nafasga olish natijasida rivojlanadi. Kvars tutgan chang o'pkaning interstitsial to'qimasida kuchli kechayotgan birlamchi reaktiv sklerozga sabab bo'lishi mumkin. Xastalik har xil tog'-kon, metall quyish sexlari, olovga bardoshli maxsulotlar va sopol buyumlar tayyorlovchi ishchilar orasida uchraydi.

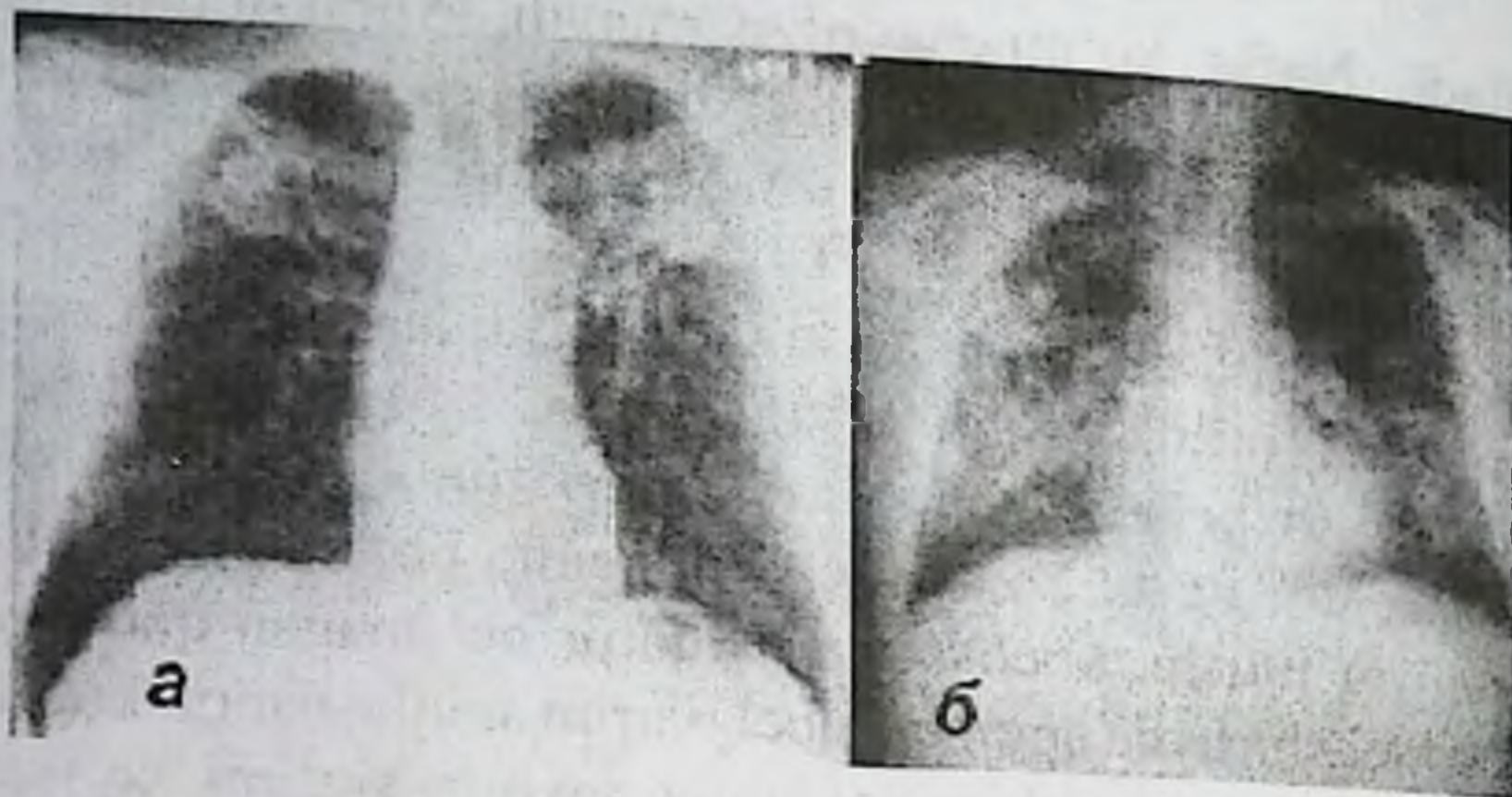


1.22-rasm. O'pkaning morfologik tuzilishi: normada (a), asbestozda (b), silikozda (v), antrakozda (d)

Klinik manzarasi. Silikozning klinik ko'rinishi changli sharoitlarda ishlash muddatiga, ishxona xavosidagi chang miqdoriga, ishchilarning umumiy axvoliga, o'pka fibrozi rivojlanishini tezlashtiradigan boshqa kasalliklar (o'pka sili, qaytalanuvchi zotiljam, bronxitlar)ga bog'liqdir. Silikozga 3 belgi xosdir: xansirash, ko'krak qafasida og'riq va yo'tal. *Xansirash* uzoq vaqt faqat og'ir jismoniy ish bajarganda paydo bo'ladi va ishlamagan taqdirda tezda yo'qoladi. Xansirash asta-sekin kuchayib boradi va kasallikning oxirgi bosqichlarida barqaror bo'lib qoladi, goxo bronx spazmi natijasida bo'g'ilish ko'rinishida bezovta qiladi. Bemorning ko'krak qafasidagi *og'riq* beqaror bo'lib, qisqa vaqt davom etadi, sanchiq ko'rinishida, plevraning kvars zarrachalaridan zararlanishi natijasida vujudga keladi. Kasallikning keyingi bosqichlarida og'riq juda kuchayadi va plevrada katta o'zgarishlarga olib keladi. *Yo'tal* kasallikning oxirgi bosqichlarida paydo bo'ladi, asta-sekin kuchayib boradi va nam bo'ladi. Yo'talning o'ta kuchayishi, ko'p-ko'p yiringli balg'am ajralishi og'ir bronxit va bronxoektaz borligini ko'rsatadi. Asosiy shikoyatlardan tashqari, bemorlarda madorsizlik, tez charchash, terlash, asabiylashish hollari ham kuzatiladi. Bunda ob'ektiv o'zgarishlar ancha vaktgacha sezilmaydi. Perkutor tovush o'zgarmagan, emfizema aniqlansa, qutichasimon tovush

eshiriladi. Nafas ko'pincha o'zgarmaydi. Yurak-tomir tizimida yurak tonlarining susayganligi, goxo yurak cho'qqisida funksional shovkinlar, o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti, taxikardiya kuzatiladi.

Kechishi. Silikoz surunkali kasallik xisoblanadi. U 3 bosqichga bo'linib, har birining o'ziga xos klinik, rentgenologik belgilari mavjud. Birinchi bosqichga xos belgilar: juda engil jismoniy ish bajarishda xansirash, ko'krak qafasida aniq bo'lmagan vaqti-vaqti bilan og'riq tutishi, kuchsiz va barqaror bo'lmagan quruq yo'tal. Ob'ektiv tekshiruvda emfizema belgilarini aniqlash mumkin. Tashqi nafas faoliyati tomonidan o'pkaning xayotiy sig'imi ko'rsatkichi mo'tadil bo'lgan holda o'rtacha kompensator giperventilyatsiya aniqlanadi. *O'pka rentgenografiyasida* bronx-tomirlar suratining simmetrik kuchayishi va deformatsiyasi kuzatiladi. Interstitsial fibroz ko'rinishida tugunlarning mayda aylanma soyalari aniqlanadi. Ikkinchi bosqichda xansirash juda engil jismoniy ish bajarish davrida vujudga keladi, ko'krak qafasidagi og'riq doimiy xususiyatga ega bo'ladi. Yo'tal quruq yoki balg'am ajralishi bilan kuzatiladi. Rentgenografiyada tugunchalar hajmi kattalashgani va mikdorining ortgani aniqlanadi. Plevra chandiqlari, plevro-diafragmal va bo'lak-lararo shvartlar topiladi (1.23-rasm) Silikozning uchinchi bosqichida xansirash bemorni tinch holatda ham bezovta kiladi. Ko'krak qafasidagi og'riq juda kuchli bo'ladi. Yo'tal balg'am bilan kuzatiladi, bo'g'ilish xurujlari ham bo'lishi mumkin. O'pka rentgenografiyasi tugunchalar soyalarining qo'shib katta shaklni tashkil kilishini kursatadi. Gomogen qorayish (o'pka to'qimasining fibroz o'zgarishlari xisobiga) o'pka sog'lom qismining yoruglanishi bilan almashinib turadi.



1.23-rasm. o'chokli (a) va diffuz (b) silikozni rentgen ko'rinishi

Tashxisi. Silikozga tashxis qo'yish va kasallikning og'ir engillik darajasini aniqlash maxsus anamnez (changli sharoitlarda necha yil ishlagani, ishchi ish joyining sanitariya-gigenik axvoli) ga, klinik va rentgenologik ma'lumotlarga, tashqi nafas ko'rsatkichlariga qarab belgilanadi. Silni o'z vaqtida aniqlash katta ahamiyatga ega. Bunda haroratning uzoq vaqt baland bo'lishi, kuchli terlash, intoksikatsiya, goxo leykotsitoz borligi va EChT ortishi sil bor deb xisoblashga asos bo'ladi.

Davosi. Silikoz bilan ogrigan bemorlarni davolash patologik jarayonni bartaraf etishga, silni keltirib chiqaruvchi omillarning oldini olishga qaratilishi zarur. Bunda avvalo nafas yyetishmovchiligini, kichik qon aylanish doirasidagi gipertoniya belgilarini va o'pka yurak dekompensatsiyasini kamaytirish va bemor axvolini engillashtiradigan dori-darmon tayinlash lozim. Bemorlarga vitaminlarga va oqsillarga (tvorog, go'sht) boy bo'lgan to'yimli va sifatli ovqat berish kerak. Patogenetik davo vositasi sifatida gistaminlarga qarshi preparatlar va novokain ingalyatsiyasi tavsiya etiladi. Balg'am ko'chiruvchi vositalar: oksigen bilan davolash, nafas gimnastikasi, nafas olish qiyinlashganda bronxlarni kengaytiruvchi dorilar (teofedrin, eufilin, atropin aerosoli, efedrin), o'pka yuragi

dekompensatsiyasida esa siydik xaydovchi va yurak glikozidlari beriladi. Kasallikning ilk bosqichida sanatoriy-kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

Antrakoz - o'pkaning ko'mir changidan zararlanishi natijasida vujudga keladigan xastalik. Bu kasallik asosan ko'mir qoni ishchilari, ayniqsa ko'mir qazuvchi va transportga ortuvchi kishilar orasida uchraydi.

Patogenezi. Antrakozda o'pkada fibroz rivojlanishida mexanik omillarga katta ahamiyat beriladi. O'pka ko'mir changidan zaharlanganda to'qimalar ta'sirlanadi, shu bilan birga o'pka limfa tizimi ham chang zarrachalaridan zaharlanadi, natijada limfa oqimi buziladi. Limfa tomirlarida staz vujudga keladi, biriktiruvchi to'qimalar o'sadi, perivaskulyar va peribronxial pnevmoskleroz o'choqlari paydo bo'ladi. (1.24-rasm.)



1.24-rasm. O'pkaning tugunli va diffuz antrakozi

Bissinoz - paxta changi ta'siri sababli paydo bo'ladigan o'pka kasalligidir. Chang to'qimachilik sanoatida paxtani qayta ishlash va undan foydalanish jarayonida vujudga keladi. Uning asosiy qismi (65-95%) organik moddalar (sellyuloza, o'simlik oqsillari, bakteriyalar, zamburug'lar, minerallar) tashkil qiladi. (1.25-rasm.) Paxtaning sifati qanchalik yuqori bo'lsa, uning tarkibidagi organik oqsil moddalari shunchalik ko'p uchraydi.



1.25-rasm. Bissinoz paxta changini yutish natijasida rivojlanadi

Patogenezi. Chang asosan yuqori nafas yo'llarida to'planadi. Changning mayda zarrachalari nafas yo'lining chuqur bo'limlariga tushib, alveolalarga etib boradi. Paxta changi takror-takror va uzoq vaqt davomida odamga salbiy ta'sir qilib, yuqori nafas yo'llari va bronxlar shilliq qavatlarining gipertrofik, keyinchalik esa atrofik o'zgarishlariga olib keladi. Bunda chang zarrachalari ko'p miqdorda o'pka to'qimasiga ham tushadi. Bronxospazm bissinozning asosiy belgisi xisoblanadi. Bronx yo'llarining torayishi sababli o'pka emfizemasi rivojlanishi mumkin.

Klinik manzarasi. Bissinozning o'ziga xos klinik ko'rinishi bor. Paxta changi ta'sir qilganda bemor qattiq yo'taladi, bunda bo'g'ilish, ko'z yoshi oqishi, tana harorati ko'tarilishi, ko'krakda og'riq turishi, umumiy darmonsizlik hollari kuzatiladi. Bu belgilar ishning birinchi kunlaridayok paydo bo'ladi va tezda o'tib ketadi. Bu holat ko'pincha shamollash, yuqori nafas yo'llari yallig'lanishi deb baholanadi. Bissinoz rivojlanishining 3 bosqichi tafovut qilinadi: I bosqich - nafas yo'llarining ta'sirlanish bosqichidir. Bemorlar yo'taldan, ko'krakda siqilish xissi sezishidan, loxaslikdan shikoyat kiladilar. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, nafas olishning qiyinlashuvi yoki ko'krak qafasining bosilish xissi ish boshlagandan bir necha soat o'tgach paydo bo'ladi. Ishda bir oz dam olgandan so'ng (yakshanba kuni ertasiga yoki ta'tildan qaytgandan

keyin) «dushanba sindromi» nomini olgan o'ziga xos ko'pgina simptomlar vujudga keladi. U bo'g'ilish xuruji, ko'krakda siqilish xissi, og'riq, quruq yo'tal, holsizlik, subfebril harorat bilan ifodalanadi. Bu belgilar bir necha soatdan 1-2 kungacha saqlanadi (ko'pincha ular kasallikning ikkinchi kuni yo'qoladi). «Dushanba sindromi» genezini allergen (paxta changi tarkibida bo'lgan oqsil moddasi) ning qayta ta'sir qilishi bilan bog'laydilar. Bunda asosan paxta tolasining proteinlari ta'sir etadi. Yo'tal ko'pincha bo'g'ilish xuruji va o'rtacha haroratning biroz ko'tarilishi bilan davom etadi. II bosqich - vaqtincha ish qobiliyatini yo'qotish bosqichi. Kasallik ko'pincha ish kobiliyati yo'qolib, o'pka emfizemasi asoratiga olib keluvchi turg'un, surunkali bronxitga o'tadi. Bu bosqich 15-20 yil mobaynida paxta changi sharoitlarida mexnat kilayotgan ishchilarda kuzatiladi. Bunday bemorlarda surunkali astmoid bronxit simptomlari, ko'pincha bronx astmasi kuzatiladi. Nafas yo'llari mudom ta'sirlanib turadi. Yo'tal kuchayadi va surunkali turga aylanadi va ko'pikli balg'am ajralishi bilan kuzatiladi. Dam olish kunlari hamma patologik o'zgarishlar yo'qoladi. III bosqich - og'ir surunkali bronxit, tarkalgan pnevmoskleroz, o'pka emfizemasi ko'rinishi bilan ifodalanadi. Bemorni tez-tez tutadigan yo'tal, tinch turganda ham xansirash (harakat kilinganda kuchayadi) bezovta kiladi. Kasallik surunkali o'pka yuragi, o'ng korincha yetishmovchiligi holida kechadi. Perkussiya kilinganda qutichasimon tovush, ba'zi joylarda perkutor tovush qiskargani, o'pka chegarasining kengaygani, respirator ko'zg'aluvchanlikning kamayganligi, auskultatsiyada esa quruq, goxo nam xirillashlar bilan nafas siyraklashgani aniqlanadi. Rentgen qilinganda o'pka emfizemasi va surunkali bronxitga xos belgilar qayd qilinadi. Balg'amda ko'pincha paxta tolalari bo'lakchalari topiladi. Tashqi nafas faoliyati tekshirilganda bronx yo'li torayganligini ko'rsatuvchi simptomlar kuzatiladi.

Davosi. Surunkali bronxit va pnevmoskleroz kasalliklarini davolash kabi. Antigistamin va desensibilizatsiyalovchi preparatlar har doim ham kutilgan natija bermaydi. Faqat bronxolitik dorilar

bemor axvolini engillashtiradi. Bissinoz yallig'lanish jarayonlari bilan asoratlanganda antibiotik va sulfanilamidlardan foydalaniladi. Agar surunkali o'pka yuragi qo'shilsa, yurak va siydik xaydovchi dorilar qo'llaniladi.

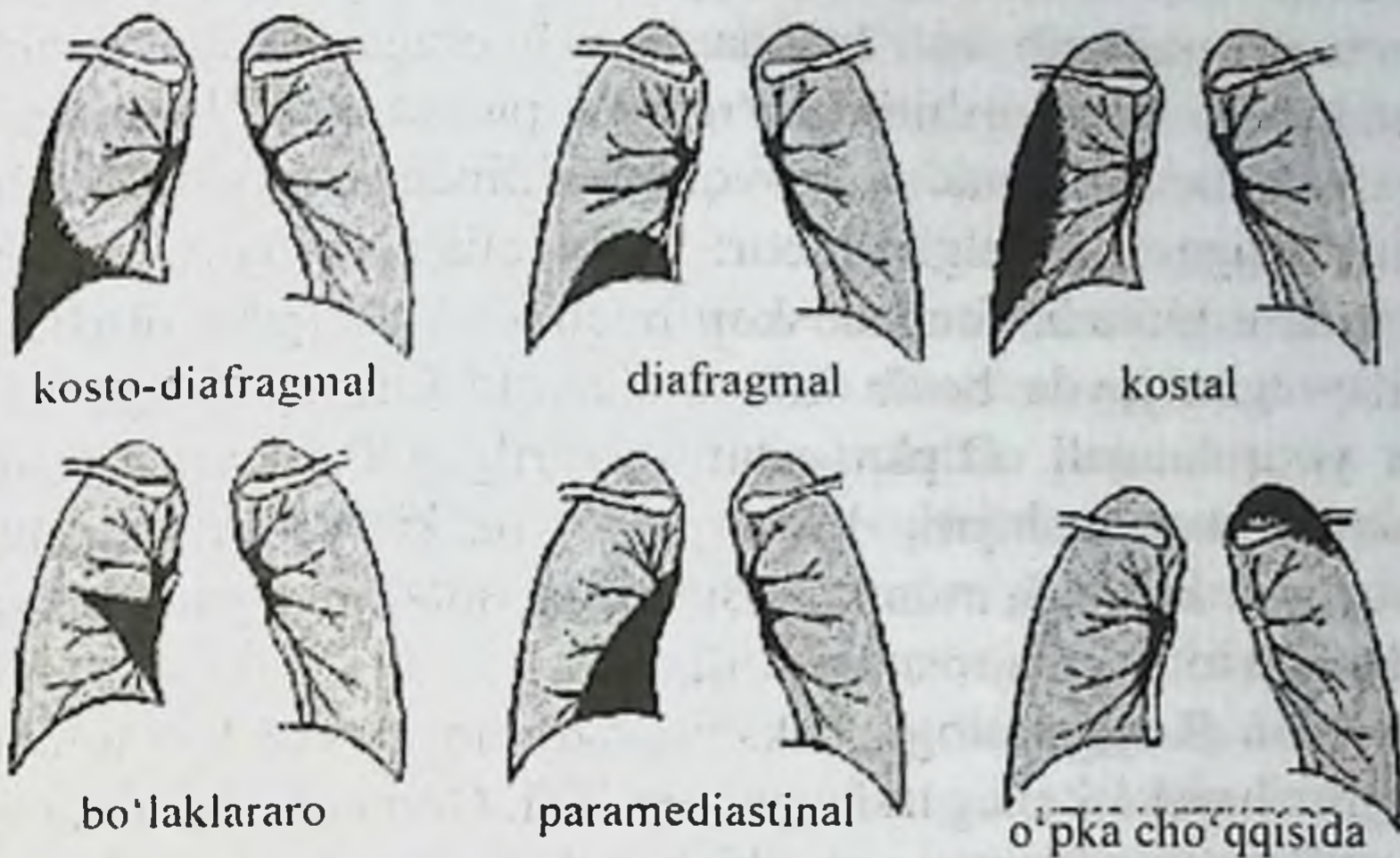
1.9.PLEVRITLAR. ShIFR – J 90

Plevrit o'pka seroz pardasining yallig'lanish kasalligidir. Seroz parda ikkita: visseral (ichki) va parietal (tashqi) varaqdan iborat. Plevra varaqlari yallig'langanda ustida fibrin hosilalari hosil bo'lib, keyinchalik varaqlar orasiga suv yig'iladi. O'pka pardalarining yallig'lanishi, odatda, ikkilamchi bo'lib, o'pka, ko'krak qafasi ichidagi limfatik bezlar yallig'langadan keyin, infeksiyon allergik kasalliklardan va boshqa kasalliklardan keyin ro'y beradi. Birlamchi plevritlar kam uchrab, ko'pincha ko'krak qafasi shikastlangandan, o'pka silidan keyin rivojlanadi.

Quruq plevritlar. Etiologiyasi. Xastalikning rivojlanishiga olib keladigan sabablar nixoyatda ko'p. Ularni ikki katta sinfga ajratish rasm bo'lgan. 1. Infeksiyon (pnevmonokokklar, stafilokokklar, sil tayoqchalari, brutsellez, zaxm kasalligi, tif va boshqalar). 2. Noinfeksiyon sabablar, o'smalar, limfogranulematoz, limfosarkoma, biriktiruvchi to'qima yallig'lanishi – dermatomiozit, sklerodermiya, sistemali qizilcha, revmatoidli artrit, bod. Ko'krak qafasining zararlanishi va jarrohlik oqibatida o'pka arteriyasidagi tromboemboliya, o'pka infarqti noinfeksiyon sabablar hisoblanadi.

Patogenezi. Infeksiyon va noinfeksiyon sabablarga ko'ra o'pka varaqlari yallig'lanib, ularni qon bilan ta'minlovchi qon tomirlar va limfa tomirlarining o'tkazuvchanligi keskin oshadi va plevra varaqlari orasida suv yig'ilishiga olib keladi. Bu suyuqlik miqdori faqat etiologik sabablarga emas, balki so'rilish qobiliyatiga va hosil bo'lish muddatiga ham bog'liqdir.

Tasnifi. Etiologik sabablarga asoslanib infeksiyon, noinfeksiyon, yallig'lanish jarayoniga qarab quruq va ho'l plevritlar tafovut qilinadi. Suyuqlikning turiga ko'ra serozli yiringli, yiring-qonli, xilez turlariga ajraladi. Joylashuviga ko'ra diffuzli va cheklangan. Kechishi bo'yicha: o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali bo'ladi.



1.26-rasm. Plevritni joylashish bo'yicha turlari

Klinik manzarasi. Quruq plevritda bemor ko'krak qafasidagi og'riqdan shikoyat qiladi. U nafas olganda va yo'talganda kuchayadi. Tana harorati ko'tariladi, hansirash boshlanadi, umumiy holsizlik bezovta qiladi. Odatda xastalik to'satdan boshlanadi va bemorni asosan ko'krak qafasida turg'un og'riq bezovta qiladi. Plevra pardalarining yallig'lanish jarayoniga qarab, og'riq turli joylarga tarqaladi. Ko'pincha u diafragmaning nerv tolalari orqali bo'yin soxasiga yoki pastki qovurg'alararo nerv tolalari orqali qorin soxasiga tarkaladi. Og'riq chuqur nafas olganda yoki bemor sog' tomoniga engashganda zurayib, og'riq tomonga yonboshlab yotganda kamayadi. Ko'pincha Shternberg simptomi musbat bo'ladi - ko'krak va trapetsiyasimon mushaklarni paypaslab ko'rganda, ularni sezuvchanligi ortadi. Diagnostik sinamalar: M.V.Yakovskiy sinamasi- ko'krak qafasini yon tomondan qo'l kaftlari bilan siqilganda og'riq seziladi. D.D.Yablokov sinamasi bemorni - har xil holatda tepaga qarab, yonboshlab yotganda, o'tirganda, tikka turganda o'pkani fonendoskop yordamida eshitib kurish. Bu holatlarda plevra bo'shlig'idagi suyuqlikni o'zgarishi

natijasida nafas tovushlarini eshitilishi ham o'zgarib turadi. Ko'krak soxasi tukillatib ko'rilganda tovush o'zgarmasligi mumkin. Fonendoskop bilan eshitib ko'rganda plevra varaqlarining bir-biriga ishqalanayotganidan shovqin eshitilishi mumkin. Bu shovqinning uziga xos belgilari bor: nafas olish va nafas chiqarish fazalarida eshitiladi, fonendoskop bilan ko'krak qafasini shovqin eshitilayotgan joyda bosib ko'rsa shovqin kuchayadi, yo'taldan keyin yo'qolmaydi. O'pka eshitib ko'rilganda plevra varaqlari ishqalanishidan tashqari, bemorning yuzaki va tez-tez nafas olayotganini aniqlash mumkin. Bu o'zgarishlar ayniqsa o'pkaning zararlangan tomonida rosmana bilinadi.

Tashxisi. Rentgenologik tekshiruv quruq plevrit bor tomonda diafragma harakati chegaralangan bo'ladi. Qonda leykotsitlar soni ko'payadi, eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi.

Differensial tashxisi. Quruq plevritni quruq perikarditdan, qovurg'alar orasidagi nerv tomirlari yallig'lanishidan ajrata bilish kerak. Bunda og'riqning nafas olishga yoki yo'talga bog'liqligi va plevra varaqlari bir-biriga ishqalanganda eshitiladigan tovush asosiy farq qiluvchi belgi hisoblanadi.

Ekssudativ plevrit. Ko'pincha quruq plevrit asta-sekin rivojlanib, ekssudativ (suyuq) plevritga aylanadi. Bunda bemorni bezovta qilayotgan og'riq kamayadi va bemor shikastlangan tomonda ko'krak qafasida og'irlik xissi va shu joy tulishayotganini seza boshlaydi. Umumiy quvvatsizlik zo'rayadi. O'pka varaqlari orasiga suyuqlik to'planganda tana harorati keskin ko'tarilib, bemor ahvoli tez orada og'irlashadi. Suyuqlik asta-sekin yig'ilib borsa, tana harorati uncha baland ko'tarilmasdan bemor faqat umumiy quvvatsizlikdan shikoyat qilish mumkin.

Hansirash ekssudativ plevritda asosiy shikoyatlardan biri bo'lib, uning og'ir-engilligi yig'ilayotgan suyuqlik miqdoriga bog'liqdir. Ayni paytda yo'tal paydo bo'ladi, unga sabab - yig'ilgan suyuqlikning bronxlarni ezib, reflektor qo'zg'aluvchanligini kuchaytirib yuborishidir. Og'riqning kuchli yoki sust bo'lishi yig'ilayotgan suyuqlikning miqdoriga va nerv tolalarining ezilishiga bog'liqdir.

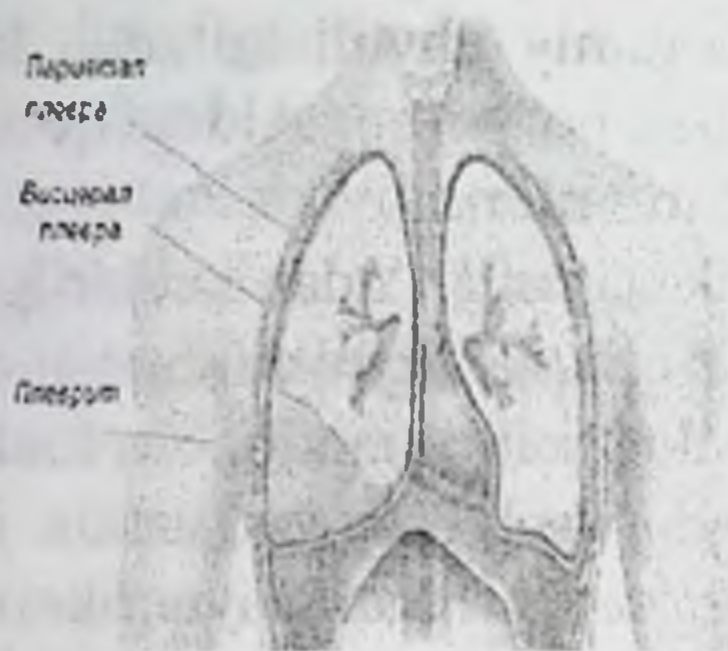
Bundan tashqari, ishtaxa yo'qoladi, tana vazni kamayib, uyqu buziladi. Bemorni umumiy ahvoli ko'zdan kechirganda terining rangi ko'kimtir (sianoz), bo'yin soxasidagi qon tomirlarning bo'rtib chiqqanligini ko'rish mumkin.

Bemorning ko'krak qafasi ko'zdan kechirilganda suyuqlik yig'ilgan tomonning bo'rtib chiqqanligini va shu tomonning nafas olganda orqada qolayotganini ko'rish mumkin. Ko'krak qafasini to'qillatib ko'rganda suyuqlik yig'ilgan jarayon ustida juda bo'g'iq tovush eshitiladi. To'qillatish usuli bilan suyuqlikning tana chegarasini aniqlash mumkin, bu chegara Damuazo chizig'i bo'ylab o'tadi.

Fonendoskop orqali eshitganda suyuqlik yig'ilgan jarayon ustida nafas shovqinlari xaddan tashqari susaygan yoki umuman eshitilmasligi mumkin. Damuazo chizig'i joylarda krepitatsiya yoki plevra varaqlarining bir-biriga ishqalanayotganidan paydo bo'ladigan shovqinlar qayd qilinadi.

Tashxisi. To'g'ri tashxis qo'yishida rentgen orqali o'pka varaqlari orasiga suyuqlik to'planganini aniqlash va shu suyuqlikni laboratoriyada tekshirib ko'rish ahamiyatlidir. Yig'ilgan suyuqlik miqdori 500 ml dan kam bo'lmasa, tashxis aniq qo'yilishi mumkin. Agar suyuqlik boyagi miqdordan kam bo'lsa, o'pkani bemorni qulay (zararlangan) tomonga yotkizib rentgen orqali tekshirmoq lozim. Agar o'pka varaqlari orasida suyuqlik yig'ilgan bo'lsa, rentgenogrammada bu jarayon qorong'ilashib, chegarasi Damuazo chizig'i bo'ylab aniq ko'rinadi. Ko'ks oraligi a'zolari o'pkaning sog'lom tomoniga suriladi (1.27-rasm).

Plevra punksiyasi suyuqlik yig'ilganini aniq tasdiqlab beradi. U laboratoriyada tekshirib ko'rilganda xastalikning etiologik sabablarini aniqlasa bo'ladi. Agar aniqlangan suyuqlikning nisbiy zichligi baland bo'lsa (1018dan baland), tarkibidagi oqsil miqdori 3 foizdan ko'p bo'lsa, Rivalt sinamasi musbat bo'ladi, laktat degidrogenaza ortganda, ekssudat borligi aniq bo'ladi. Agar suyuqlikning solishtirma zichligi 1015 dan past bo'lsa, tarkibidagi oqsil miqdori 2%dan kam bo'ladi. Rivalt sinamasi manfiy bo'lsa, laktat degidrogenaza kam miqdorda bo'lishi transsudat yig'ilganidan darak beradi.



1.27-rasm. O'ng o'pka ekssudativ plevriti.

Plevritlarni qiyosiy farqlash. Suyuqlik tarkibidagi hujayralarni mikroskopda tekshirish aniq tashxis qo'yishda ahamiyatlidir. Limfotsitlar soni ko'p bo'lsa, bu sil yoki o'simta borligidan guvoxlik beradi. Neytrofillar soni ko'p bo'lsa, yallig'lanish (zotiljam, abscess) rivojlanayotganidan dalolat beradi. Neytrofillar juda ko'p miqdorda bo'lib, xaddan ziyod parchalanayotgan bo'lsa, bu yig'ilgan suyuqlik yiringlaganidan guvoxlik beradi.

12-jadval

Plevral suyuqlikni qiyosiy tashxisi

Belgilari	Transsudat	Ekssudat
Nisbiy zichligi	> 1,015	< 1,015
Oqsil miqdori	> 30 g/l	< 30 g/l
LDG faolligi	> 1,6 mmol / (l x ch)	< 1,6 mmol / (l x ch)
Rivalt sinamasi	Manfiy	Musbat
Glyukoza miqdori	< 3,33 mmol/l	> 3,33 mmol/l

Eritrotsitlar soni ko'payganda o'pka infarkti bor yoki ko'krak qafasi zararlangan deb hisoblanadi. Agar atipik hujayralar topilsa, bu o'pkada yoki plevra varaqlarida o'sma borligini bildiradi. O'pka rentgenda tekshirilganda suyuqlik ikkala o'pkaning plevra varaqlari orasida yig'ilgan bo'lsa, bu yurak yetishmovchiligidan yoki sistemali qizilcha bor, yoxud yurak infarqtidan asorat qolgan deb hisoblanadi.

Kechishi. Yig'ilgan suyuqlikning miqdoriga va jarayoniga qarab xastalik o'tkir, og'ir, surunkasiga va uzoq vaqt kechishi mumkin.

Asoratlari. Agar yiringlanishga sabab bo'lgan suyuqlikka mikroblar qo'shilsa, oddiy plevrit yiringli plevrit, plevra empiemasiga aylanishi mumkin. Bu jarrohlik kasalligi, shu sababli bemorlarni yiringli jarrohlik bo'limida davolash lozim.

Davosi. Ko'pgina hollarda plevrit ikkilamchi dard bo'lgani uchun eng avvalo uning kelib chiqish sabablarini aniqlash, tegishli davo tayinlash va organizmning umumiy reaktivligini tiklash lozim. Buning uchun infeksiya o'chog'ini bartaraf etish uchun antibiotiklar va zamonaviy kimyoterapiya xossalari bo'lgan dorilar buyurilishi kerak. Plevra bo'shlig'ida yig'ilgan suyuqlikni so'rib olib, sanatsiya qilish lozim. Plevradagi yallig'lanish reaksiyasini kuchsizlantirish uchun desensibilizatsiyalovchi va yallig'lanishni pasaytiruvchi muolajalar bajarilishi lozim. Buning uchun kuniga 1-2 mln.dan penitsillin, 1 g.dan streptomitsin 4-6 oy mobaynida mushak orasiga 0,5 g. ftivazid 2 mahal, PASK, izoniazid va boshqa dorilar buyuriladi. Agar plevritni keltirib chikargan sabablar noma'lum bo'lsa, sil kasalligiga muolajalar amalga oshirilishi lozim. Yallig'lanish jarayoni va organizmning ortiqcha sezuvchanligini susaytirish uchun atsetisalitsilat kislota (kuniga 2-3 g), amidopirin (kuniga 2 g), butadion (0, 15, 3 mahal), kalsiy xlorid (10%li eritmasi bir osh koshikdan 4-5 mahal) beriladi. Bemorning immun tizimini tiklash uchun kortikosteroidlar beriladi (kuniga 10-20 mg prednizolon). Bemor og'ir ahvolda bo'lishini nazarda tutib, plevra punksiya qilinishi lozim. O'pkada uzoq vaqtdan beri yig'ilgan suyuqlik ko'krak bo'shlig'ida joylashgan muhim a'zolari zararlantiradi, suyuqlik esa asta-sekin yiringlay boshlaydi. Plevra punksiya qilinganda suyuqlik uzun punksiyon ignali shprits orqali tortib olinadi. Bunda birinchi marta 1,5 l dan ortiq suyuqlik so'rib olmaslik kerak, chunki kollaps rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, organizmdan xayotiy muhim oqsillar ham chiqarib yuboriladi. Shuning uchun suv kamrok yig'ilishi uchun bemorga kamrok, suyuqlik ichirish lozim. Yaxshisi, siydik xaydovchi dorilar

bergan ma'kul. Oqsil va suv-tuz muvozanatini tiklash uchun venaga oqsil preparatlari, elektrolit eritmaları, glyukoza, qon va boshqa dorilar buyurilishi mumkin. Ekssudat tortib olinganidan so'ng plevra bo'shlig'iga antibiotiklar (1 mln. penitsillin, 500 ming streptomitsin), gidrokortizon (80-125 mg) shprints orqali yuborilishi kerak. Ekssudativ plevritni davollashda gigiena va fizioterapiya muolajalari ham ko'p foyda beradi. Bemorga osoyishtalik yaratish kerak, buning uchun xonani tez-tez shamollatib turish, uni har kuni yig'ishtirish, bemor yotgan joy quruq va issiq bo'lishi kerak.

Bemor o'zini yaxshi xis qilsa, og'rig'i bosilib, tana harorati me'yorda bo'lsa (boshqa ko'rsatkichlar soz bo'lsa), nafas gimnastikani tavsiya qilish kerak, chunki plevra varaqlari orasida chandiqlar hosil bo'lishi mumkin. Keyinchalik o'pka funksiyasini tiklash uchun massaj (qo'l bilan yoki apparat orqali – vibratsion massaj) qilish, ultratovush bilan davolash tavsiya etiladi. Bunda parxez taomlarning ham ahamiyati katta bo'ladi. Bemorlarga vitaminlar, ayniqsa vitamin S ga va oqsillarga boy taomlar tayyorlab berish lozim. Suyuqlik ichishni chegaralash, sho'r ovqatlarni iste'mol qilishni keskin cheklash kerak. Bemor kasalxonadan chiqqanidan keyin mahalliy yoki markaziy shifoxonalarda (sanatoriy-kurortlarda) davolanishi mumkin (Крым, Oqtosh va boshqalar). Sil sababli plevritga uchragan bemorlar sog'aygandan keyin ham 2 yil mobaynida silga qarshi dispanser nazoratida bo'lishi kerak.

1.10. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINI KAM UCHRAYDIGAN SINDROMLARI VA KASALLIKLARI.

Kam uchraydigan nafas olish tizimi a'zolari kasalliklariga quyidagilar kiradi: 1. Nafas olish tizimi a'zolari nevrozi yoki giperventilyatsion sindrom, nafas olish tizimi a'zolarini disfunktsiyasi; 2. Sarkoidoz; 3. Gistotsitoz; 4. Gemosideroz; 5. Pnevmoskleroz; 6. Gudpascher sindromi.

Nafas olish tizimi a'zolari nevrozi - bu nafas olish ritmini o'zgarib turishidir. Sabablari: 1. Turli stress xolatlar; 2. Psixik kasalliklar; 3. Vegetativ nerv tizimining faoliyati buzilishi; 4. Nev-

rologik kasalliklar; 5. Yurak va qon tomir kasalliklari; 6. Ayrim xazm azolari kasalliklari; 7. Ayrim toksinlar va dorilarni tasirida nafas markazini faoliyati buziladi; 8 Giperventilyatsion sindromni aloxida tipi bu qondagi is gazini miqdorini oshishi natijasida kelib chiqadi. Nafas olish tizimi a'zolarini nevrozini klinikasi xarakterli xurujlar bilan ifodalanadi. Nafas olishni chastotasi tezlashishi, yuzaki nafas, nafas aktini qisqa muddat to'xtashi. So'ng chuqur talvasa xurujlari, xansirash, esnash, quruq yo'tal.

- Yurak qon tomiri tizimi tomonidan yurak ritmini buzilishi, yurak soxasida og'riq sindromi kuzatiladi.

- Xazm a'zolari tomonidan kuzatiladigan o'zgarishlar: qorinda og'riq, qabziyat, ishtaxani buzilishi, kekirish, og'izni qurishi, disfagiya.

- Xarakat tayanch apparatlarini ishini buzilishi, qaltirash va muskullarda og'riq sindromini rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

- Nevrologik simptomlar: bosh aylanishi, xushdan ketish, qo'l va oyoq uchlarida chumoli yurgandek sezgilar.

- Psixik belgilardan ko'proq uyqisizlik, vaxima va vasvasa xurujlari kuzatiladi.

Nafas olish tizimi a'zolari nevrozini umumiy simptomlariga: bu xolsizlik, tez charchashlik, ish qobiliyatini pasayishi, febril sindromi kiradi. Sanab o'tilgan simptomlar turli chastotalarda uchraydi. Nafas nevrozini eng xarakterli belgisi bu xansirash, ko'krak qafasida og'riq sindromi va psixoemotsional buzilishlarni bo'lishi.

Giperventilyatsion sindromni tashxisi, nafas azolarini boshqa kasalliklarini inkor qilish va davolab ko'rish jarayonida aniqlanadi. Davolashda beta adrenoblokatorlar, antidepressantlar, trankvilizatorlar, vitaminlar kompleksi va mikroelementlardan foydalaniladi.

Sarkodioz (shifr D 86) – etiologiyasi noaniq tizimli kasalliklar guruxiga kiradi. Kasallik limfa tugunlarida, o'pkada, terida, jigarda, qora taloqda, suyaklarda granulyatsion tugunchalar xosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Klinik belgilari ko'proq qaysi a'zo

shikastlanishiga bog'liq. Sarkoidozni o'pka shakli latent kechadi, ko'ks oralig'i limfa tugunlari kattalashishi, so'ng o'pka to'qimasida granulyomalarni xosil bo'lishi, nafas yetishmovchiligi rivojlanishi bilan kuzatiladi (1.28-rasm) Tashxislashda o'pka silini inkor etish, limfa tugunlaridan biopsiya olib tekshirishga asoslangan. Davosi – glyukokortikosteroidlar beriladi.



1.28-rasm. Sarkoidozda o'pkani R° tasviri

Gistotsitoz – etiologiyasi noaniq. Biriktiruvchi to'qimani kasalligi bo'lib terida, limfa tugunlarida, o'pkada o'smaga o'xshagan tugunlarni paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Bemorlar ishtaxani yo'qolishiga, ozishga, istimani ko'tarilishiga, limfa bezlarini kattalashishiga, nafas olishni qisilishiga shikoyat qilishadi (1.29-rasm). Tashxisi. Granulemalardan biopsiya olib gistologik tekshirishga asoslanadi. Prognozi yomon o'lim bilan yakunlanishi mumkin. Davosida glyukokortikosteroidlar beriladi.

O'pka gemosiderozi. O'pkada gemosiderinni to'planib qolishi bilan xarakterlanadi. Sababi noaniq. Klinik belgilari: nafas olishni buzilishi, qon tuflash, anemiya, sariqlik, jigar va qora taloqni kattalashishi bilan ifodalanadi. O'pkadagi o'zgarishlar rentgenologik tekshirishlar yordamida aniqlanadi (rasm.1.29) Davosi glyukokortikoid terapiya.



1.29-rasm Gistiotsitozda o'pkani R° manzarasi

Pnevmoskleroz. O'pka to'qimasini sklerozi. Sabablari: viruslar, bakteriyalar, zamburug'lar, dorivor moddalar, organik va noorganik moddalar va boshqalar. Umuman pnevmosklerozga olib keluvchi faktorlarni soni 150 tadan ortiq. Etiologiyasidan qat'iy nazar pnevmoskleroz nafas yetishmovchiligiga olib keladi. (1.30-rasm.).



1.30-rasm. O'pka gemosiderozini rentgenogrammasi

Rivojlanishi bo'yicha peribronxial va alveolyar tipiga ajratiladi. Belgilari: quruq yo'tal, ko'karish, xansirash, surunkali o'pka-yurak yotishmovchiligi belgilari rivojlanadi.

Tashxisi va davosi. Sababchisini aniqlash va etiotrop davo o'tkazish. Ko'p xollarda glyukokortikoidlar, imuran, endokson, antibiotiklar va yurak glikozidlari bilan davolanadi.

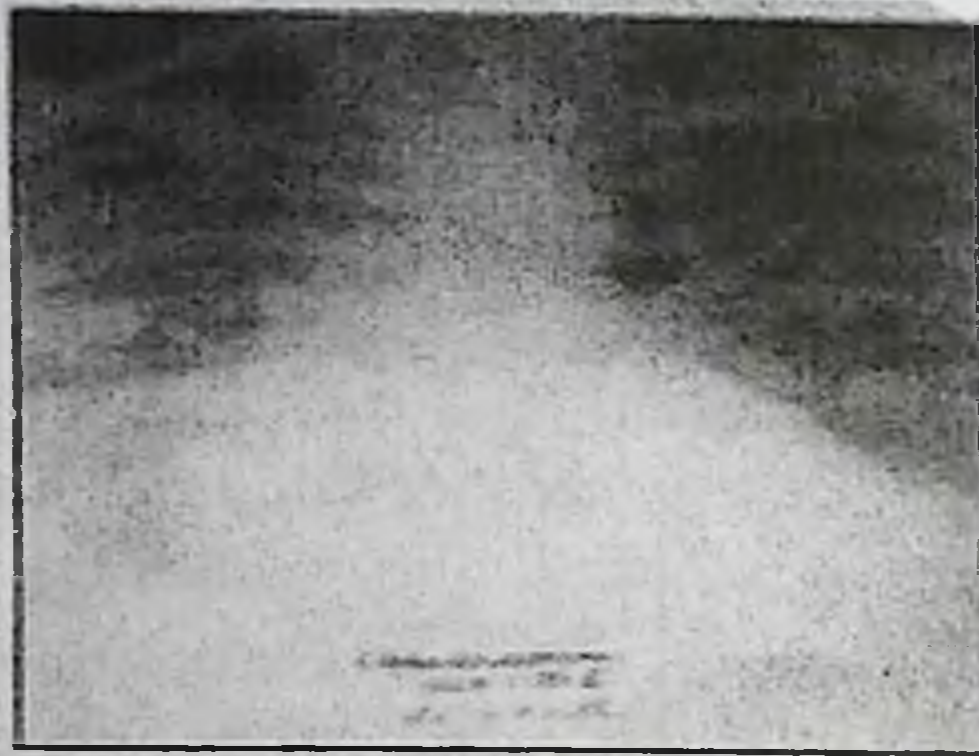


Рис. 1. Рентгенограмма в грудной клетке при синдроме Гудпасчера

Rasm. 1.31 Gudpastcher sindromida rentgen manzarasi

Gudpascher sindromi (shifr M 31.0) – autoimmun kasallik bo'lib o'pka va buyraklarni zararlanishi bilan kechadi. Belgilari: qon tuflash, dizuriya, dispepsiya va asteno – vegetativ sindromlar kuzatiladi. Keyinchalik gematuriya, albuminuriya kuzatiladi. Davosi. Kortikosteroidlar, immunosupressiv dorilar va dializ o'tkaziladi.

II BOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINING IKKILAMCHI REAKTIV KASALLIKLARI

2.1. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINI JIGARNI XRONIK DIFFUZ KASALLIKLARIDA SHIKASTLANISHI

Xozirgi paytda surunkali faol gepatit va jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlarda gemodinamika buzilishi va xususiyatlari alveolyar kapillyar membranalar zararlanishi arterial gipokse-miyaning asosiy sabablari sifatida qabul qilingan.

O'pka ichi shuntli qon oqimining arterio-venoz, venoz, venoz-arterial anastomozlar rivojlanishi bo'yicha postkapillyar o'pka gipertenziyasi ko'pincha kichik doira gemodinamikasi o'zgarishlari jigar patologiyasining og'irlashtiruvchi holatlari uchun xosdir. Jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarda oksigemografik tekshiruv bilan aniqlangan sezilari arterial gipoksemiya va «nog'ora tayoqchalari» ko'rinishidagi barmoqlar klinik belgilariga ko'ra, arterial tizimga (alveolalarni chetlagan xolda) shu darajada vena qoni okib kiradiki, bu yurak bir marta qon xaydashining beshdan biriga to'g'ri keladi. Agar sog'lom kishilarda o'pka ichi venoz-arterial bir marta qon xaydashining miqdori yurak tashlamasining 3-5 foizidan ortmasa, unda surunkali gepatit va jigar sirrozi bemorlarida bu ko'rsatkich o'rtacha 12-18 foizga, jigar sirrozining og'ir gipoksemiyali xollarida esa 30-35 foizga teng bo'ldi. Bunda gistamin va boshqa biologik faol endogen vositalarga aloxida e'tibor qaratiladi. Jigar kasalliklarida bu moddalarning venoz-arterial shuntlar ochilishidagi faolligi kamayib ketadi.

O'pka gipertenziyasi jigar sirrozi chog'ida qon aylanishning asosiy giperdinamik turi ko'rinishlaridan biri bo'lishi mumkin. Ichakdan kelib chiquvchi kengaytiruvchi-toraytiruvchi omillar porto-tizim va portopulmonal kollaterallar orqali o'pka tomirlariga kirib kelishi mumkin. Bu omillarning tabiati o'rganilmagan, ammo, o'pka tomirlarining kuchli konstriktori xisoblangan va endotoksinemiya bilan bog'liq holda ajralib chiquvchi endotelinning ishtiroki extimoli mavjud. O'pka tomirlari kengayishsiz gipoksemiyaning sababchisi

o'pka gipertenziyasi bo'lishi mumkin. O'pka arteriyasidagi bosimni doppler tekshiruvidan o'tkazish va exokardiografiya qilish orqali tashxis tasdiqlanadi. Agar u ko'tarilgan bo'lsa, unda yurakning o'ng bo'limida kateterizatsiyani amalga oshirish va o'pka qon aylanishi parametrlarini o'lchash kerak.

Jigar sirrozi bemorlarida portal gipertenziya, assitning rivojlaniishi odatda keskin rivojlanish bilan ham kuzatiladi (o'pka arteriyasining o'rtacha bosimida ko'rsatkichlar 30-35 mm simob ustunida assitgacha bosqichdan 70-75 mm simob ustunida sezilarli turg'un assit paydo bo'lganidan keyingi holatigacha ko'tariladi). Jigar sirrozidan vafot etgan bemorlar o'pka arteriyasining teshigi deyarli hamisha kengaygan bo'ladi. Bu arteriya shoxchalari oraliklari ham kengayadi. Bu, o'pka tomirlari uzanlari uzok vakt gipervolemiya bo'lgani tarzida tushuniladi. Bu joyning mikrotsirkulyator uzanlaridagi, asosan- postkapillyar buginda postkapillyar mayda kizil va kuk tomirchalar oraligining keskin kengayishi, ular urtasidagi kuplab anastomozlardagi fo'pol buzilishlar morfologik isbot kilingan. Kichik doiradagi tomirlar o'zanidagi uzoq davom etgan funksional buzilishlar arteriya fibrozi va turli kattalikdagi tomir ko'rinishi bo'yicha o'zgaradi.

O'pka ichki gemodinamikasining sanab o'tilgan buzilishlari, shuningdek, alveolyar-kapillyar membrana tuzilmasining zamonaviy tekshiruvlarda isbotlangan tez-tez zararlanishi (gistamin, serotonin, estrogen ko'pligi, o'zgartirilgan gepatotsitlar bilan kerakli darajada faollashmaganligi oqibatida) faol surunkali gepatit va jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarda barcha tashqi nafas a'zolari xalqalari buzilishi tushunarlidir.

Ta'kidlash kerakki, jigar kasalliklari sababli paydo bo'lgan arterial gipoksemiya o'z navbatida (shunday gipoksemiyaning boshqa oqibatlari bilan bir katorida) jigar holatiga salbiy ta'sir etadi. Ma'lumki, asosiy quvvat va plastik jarayonlar kislorod ishtirokida jigarda bo'lib o'tadi, gipoksiya glikolizni kuchaytiradi va glikogen zaxiralarini kamaytiradi, natijada gepatotsitlarda ortiqcha yog'ning to'planishi, jigar xujayrali membranalari buzilishi, gepatotsitlarda

zaharli maxsulotlar almashinuvi yig'ilishiga olib keladi, oqsillar biosintezi va jigar xujayralarining qayta tiklanish kobiliyatini susaytiradi.

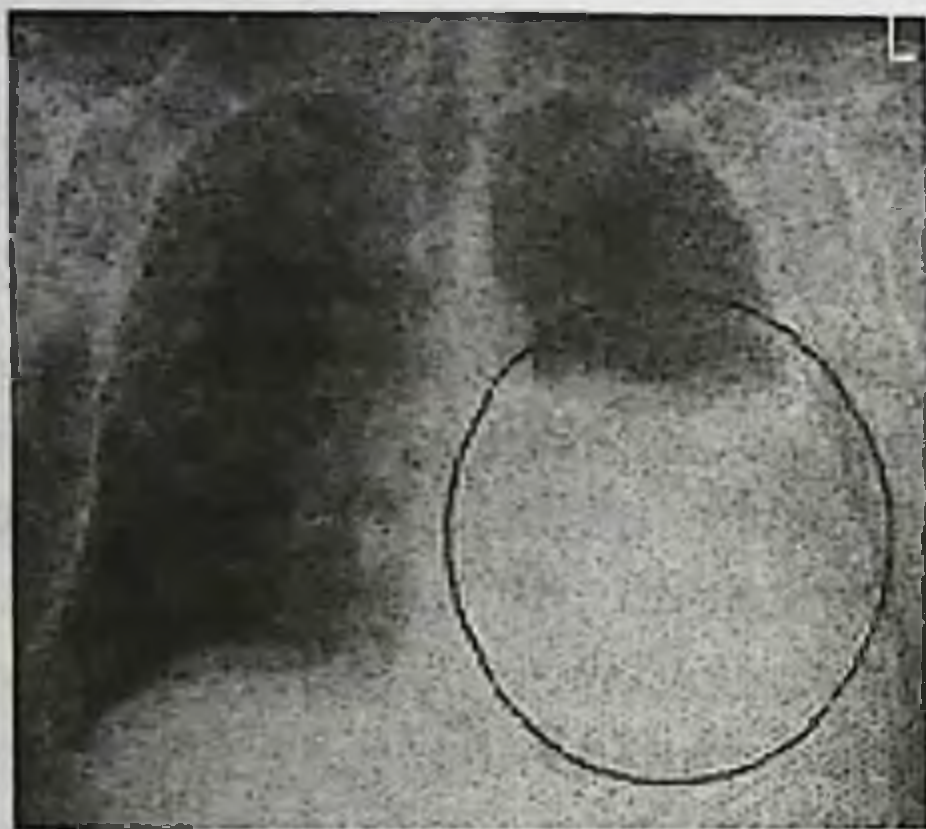
Albatta, o'pkaning ikkilamchi zararlanishi bilan bog'liq, bo'lgan arterial gipoksemiya jigardagi kislorodga to'yinmaslik holatiga bu darajada salbiy ta'sir etuvchi birgina sabab emas (eslatish joizki, jigarni kislorod bilan ta'minlash tanqisligiga jigar ichki gemodinamikasi ko'pol ravishda organli buzilishi olib keladi). Biroq, turli to'qimali mexanizmlar orasida, jumladan, jigar ichki gipoksiyasida ma'lum jixatdan o'pka ichki venoz-arterial shuntlash va kichik doiradagi gemodinamikaning boshqa buzilishlari, shuningdek, faol surunkali gepatit va jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlardagi alveolyar-arterial membrana tuzilishining o'zgarishlari bilan bog'liq bo'lgan arterial gipoksemiyaning ham e'tiborga olishga to'g'ri keladi. Natijada o'ziga xos noto'g'ri doira hosil bo'ladi: jigar kasalliklari paydo qiladigan tashqi nafas funksiyasining buzilishi oqibatida arterial gipoksemiya jigar zararlanishini kuchaytiradi. Bu esa o'z navbatida o'pka ichki gemodinamikasi, o'pka xavo almashinuv xususiyati buzilishining rivojlanishi va arterial gipoksemiyaning tobora kuchayishiga olib keladi. Dekompensatsiyalangan sirrozlarning uchdan bir holatida arterial qonning kislorod bilan to'yinishi kamayib ketgan bo'ladi. Extimol, buning sababi mikroskopik arterio-venoz fistulalar orqali o'pka ichidagi qonni shuntlash xisoblanadi.

Jigar sirrozida o'pka arteriyasining in'eksion vositalar usulida tekshirish uning nozik shoxchalari sezilarli kengayishini namoyon etadi va ayrim holatlarda o'pka to'qimasi, plevradagi singari tomir yulduzchalari kuzatiladi. O'pkadagi arterio-venoz shuntlar ba'zan angioPulmono-grafiya chog'ida ham aniqlanadi.

Jigar surunkali yallig'lanish kasalliklari ko'pincha fibrozli alveolit (surunkali idiopatik interstitsial o'pka fibrozi, Hammen-Rich surunkali sindromi) bilan qo'shilib ketadi.

Fibrozli alveolit quyidagi klinik belgilar asosida tashxislanadi: jismoniy zo'riqish paytidagi nafas qisishi, yo'tal, ko'krakdagi og'rik,

(o'pka pardasi bilan birga), o'pkaning quyi qismlaridagi krepitatsiya. Dinamik rentgenologik tekshiruvlar o'pka to'qimalarining yallig'lanish holatiga o'tishi, yiringli plevrit; chuqurlashgan hollarda ikki yoqlama simmetrik kuchayish va ko'pincha o'pkaning o'rta va quyi qismlari sur'atining interstitsial tur bo'yicha o'zgarishi, ayrim bemorlarda adgeziv plevritning paydo bo'lishini aniqlab beradi. Kasallikning zo'rayish jarayonida fibrozli alveolitning avj olishi kuzatiladi: o'zgargan o'pka sur'ati fonida o'choqsimon soyalar va o'pka to'qimalari shaffofligining pasayishi tez-tez paydo bo'ladi.



2.1-rasm. Hidrotoraks

Jigar surunkali kasalliklari bilan og'riqan va fibrozli alveolitga chalingan bemorlar o'pkasining gistologik tekshiruvlari ma'lumotlari alveolalar devorining yo'g'onlashgani yoki ichki alveolyar eksudat aniqlab beradi. Ayrim holatlarda faqat alveolyar devorning yuqori turlangan holda yo'g'onlashgani ko'rinadi. Kuzatuv amaliyotida jigar sirrozli bemorlarida jigardan tashqi sindromlar plevral varianti uchraydi - taxminan barcha xollarda 3 foiz. Bir tomonlama plevral suyuqlik jigar sirrozining har besh holatidan uchtasida u assit bilan portal gipertenziyali bemorlarda paydo bo'ladi. Qolgan ikki bemorda assit yo'q ammo, maxsus

tekshiruvlarda, odatda boshlang'ich portal gipertenziya ko'zga tashlanadi. Jigar sirrozi bemorlarida bir tomonlama plevral suyuqlik rivojlanishi mavjudligining quyidagi asosiy mexanizmlari taxmin qilinadi: gipoalbuminemiya, venoz gipertenziya, limfatik oqimning buzilishi, qorin va o'pka pardasi bo'shliqlari orasida diafragmal yo'lining paydo bo'lishi. Jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarda har ikki bo'shliqlar o'rtasida plevral suyuqlik qoldirgan ana shunday yaralar o'rnining mavjudligi radioaktiv izotoplar va bo'yoqlar bilan o'tkazilgan tekshiruvlarda, vafot etgan bemorlarda esa mikroskopik maxsus tekshiruvlarda isbotlangan. Assit va salmoqli plevral suyuqlik jigar sirrozi bemorlarining qorin bo'shlig'iga radioaktiv moddalarning kiritilishi ko'chirilgan plevral suyuqlikda ham radioaktivlikni aniqlashga olib keladi. Bu esa ana shunday bemorlar qorin va o'pka pardasi bo'shliqlari o'rtasida mikroalokalar mavjudligini ko'rsatadi.



2.2-rasm. Plevritni rentgen manzarasi

Shunday qilib, gepato-pulmonal sindromning rivojida quyidagi omillar mavjud:

1. Arterio-venoz, veno-venoz va venoz-arterial anastomoz va postkapillyar gipertenziya bo'yicha o'pka ichi shuntli qon oqimining rivojlanishi.

2. Uning diffuzion xususiyatiga ta'sir etuvchi alveolyar-kapillyar membrananing zararlanishi.

3. Kichik doira qon aylanishining gipertenziyasi rivojlanishi.

4. O'pka arteriyasi kapillyarlari va uning shoxchalari oralig'ining kengayishi bilan o'pka tomir o'zanining gipervolemiyasi.

5. Arteriya va o'pka-nafas apparatining turli kattaliqdagi venoz qon tomiri fibrozining shakllanishi.

6. Xatto, qiyosan uncha katta bo'lmagan portal gipertenziyada xam porto-pulmonal sindromni rivojlanishi.

7. Yuqorida sanalgan morfo-funksional buzilishlar, shuningdek, eritrotsitlar va ularda gemoglobin saqlovchi miqdor va sifat o'zgarishlari, V_{12} vitamini va foliy kislota almashinuvi buzilishi oqibatida arterial gipoksemiya paydo bo'ladi va rivojlanadi.

2.2. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINI OSHQOZON OSTI BEZI KASALLIKLARIDA ZARARLANISHI.

Ichki a'zolari anatomo-topografik joylashishi, qon va limfa aylanish tizimi, innervatsiyasi, xamda funksiyalarini bir-biriga bog'liqligi, ularda kuzatiladigan patologik jarayonlarni qo'shib kelishiga sabab bo'ladi. Oshqozon osti bezi kasalliklarida 10% bemorlarda o'pka-bronx apparatida o'zgarishlar kuzatilishi aniqlangan. O'tkir pankreatit, xronik pankreatitni qo'zishida 20-25% bemorlarda o'tkir pnevmoniya (pnevmonit), o'pka atelektazi sindromlari kuzatiladi. Atelektaz o'pka shishini rivojlanishida diafragmani parezi, meteorizm, o'pka alveolasi devori lipoprotein qavatini pankreatit fermentlarni ta'sirida, zararlanishi, ularni o'tkazuvchanligini oshishi sabab bo'lishi aniqlangan. O'pkani pankreatogenli shishi nafas yetishmovchiligiga, o'pka-yurak yetishmovchiligini keltirib chiqarishga sabab bo'lishi mumkin.

Pankreatitni o'tkir fazasida rivojlanadigan o'pkani o'choqli shikastlanishi latent, subklinik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Tashxisda asosan rentgen tekshirish asosiy o'rinni egallaydi. O'tkir pankreatitni destruktiv shakli tromboflebit bilan kechsa, o'pka arteriyalarini trombo emboliyasi-infarkt pnevmoniya asoratlari rivojlanib qolishi mumkin.

Xronik retsidiv pankreatitda chap tomonlama ekssudativ plevrit rivojlanishi extimoli ko'p bo'ladi. Bunda plevral suyuqlikni taxlilida amilaza fermenti aniqlanadi. Plevral suyuqlik ko'p serozli, kam xollarda seroz gemorragik xarakterga ega. Ayrim bemorlarda ekssudatni yiringlanishi mumkin. Xronik pankreatitni psevdokista shaklida pankreato-plevra fistula xosil bo'lib, chap tomonlama ekssudativ plevritni qaytalanishiga va ratsional terapiya o'tkazilmasa kista yorilib ketib chap tomonlama pnevmotoraksni rivojlanishiga olib keladi.

2.3. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINI XRONIK ALKOGOLIZM VA KASHANDALIKKA CHALINGAN PATSIENTLARDA SHIKASTLANISHI.

Agar odamlar aroqdan, tamakidan, qoradori, giyohdan aqlarini yo'qotib o'zlarini zaharlashmaganlarida edi, butun odamzod hayotida tasavvur ham qilib bo'lmaydigan hayotbaxsh o'zgarishlar yuz bergan bo'lar edi.

(Lev Tolstoy)

Alkogolizm. Alkogolizm – surunkali kasallik xisoblanadi. Aslida esa u toksikomaniya guruxiga mansubdir. Uning keng tarqalishi juda ham jiddiy, ijtimoiy – tibbiy muammo bo'lib kelmoqda.



2.3-rasm. Alkogolizm

Etiologiyasi va patogenezi. Alkogolizm rivojlanishda 3 ta muxim omil ahamiyatli bo'ladi: ijtimoiy, ruxiy, individual – biologik omillar bo'lishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Kasallik belgilarining paydo bo'lishi tezligi va ifodalanishi iste'mol kilingan spirtli ichimliklarning miqdoriga va kuchiga, kishining ruxiy, jismoniy axvoliga, ichkilikka nisbatan individual sezuvchanlikka bog'liqdir. *Klinik kechishida* asosan 4 ta sindrom kuzatiladi.

O'zgargan reaktivlik sindromi. Bunda spirtli ichimliklarni ko'tara olmaslik, alkogol ko'p ichilganda ximoyalaniş reaksiyasini yo'qolishi (odam qattiq mast bo'lganda ham qusish belgisi bo'lmaydi), qancha ko'p ichkilik ichish ishtiyoqi hollari qayd qilinadi.

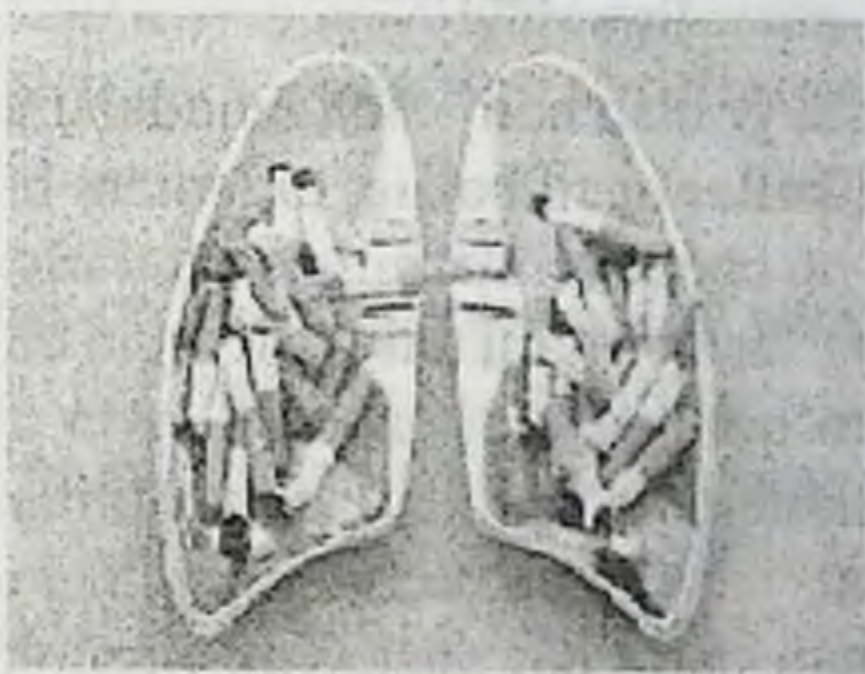
Ruxiy karamlik sindromi, ruxan mast bo'lishga mukkasidan ketishda, tetik holatidagi ruxiy diskomfort va mast bo'lganda ruxiy taranglikda namoyon bo'ladi.

Jismonan qaramlik sindromida mast bo'lishga jismonan ushlab turolmaydigan extiyoj (abstinensiya) qayd kilinadi. Mast bo'lgan holatda jismoniy faoliyat yaxshilanadi.

Surunkali intoksikatsiya sindromida asteniya, psixopatiya (qo'pollashuv, qiziqishning yo'qolishi, affektiv buzilishlar, ruxkayfiyatning o'zgarib turishi, depressiya, xukmronlik va suitsidal harakat qilish, o'tkir (deliriy) va surunkali alaxlash, rashk vasvasasi) nevrologiya va somatik xastaliklar kuzatiladi. Abstinent-xumor sindromi paydo bo'ladi. Dastlabki alomatlar – vazomator – vegetativ va astenik buzilishlardir. Yuz giperemiyasi, sklera tomirlarining bo'rtishi, taxikardiya, arterial gipertoniya, yurakda noxush sezgilar yoki og'riqlar, bosh aylanishi va ogrishi, ko'p terlash, holsizlanish, oyoq-qo'llarni titrashi, dispeptik buzilishlar qayd kilinadi. Og'iz bemaza bo'ladi va qurib qoladi, odam chanqaydi, ishtaxasi bo'g'iladi, ko'ngli ayniydi, u xadeb qusaveradi va ichi ketadi, qorni og'riydi, uyqusi buziladi. Keyincha ruxiy tubanlik bosh miya organik jaroxatlanishi alomatlari rivojlanadi. Bunda somatik kasalliklar, jigar sirrozi, me'da osti bezi kasalliklari gastrit, qon tomir, nafas olish tizimlarining og'ir buzilishlari kuzatiladi.

Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari. Bunda alkohol bevosita nafas olish yo'llariga tushib, bronx epiteliysiga va alveola devorlariga zararli ta'sir ko'rsatadi, natijada traxeobronxit, pnevmoskleroz va o'pka emfizemasi rivojlanadi. Bu xastaliklar (bronx-o'pka zararlanishi) alkohol iste'mol qilmaydiganlarga qaraganda 3-4 marta ko'proq uchraydi. Bundan tashqari, toksik alkogolli traxeobronxit, ikkilamchi virusli kasalliklari kelib chiqadi.

Kashandalik. Chekiladigan narsalarga o'rganib qolish kashandalik deyiladi. Bunga tamaki, ko'knori (papiros, sigara, chilim, nos) chekishga kiradi. Tamaki inson salomatligini izdan chiqaradigan og'udir. Qonda asosan zararli ta'sir kiladigan modda garchi nikotin bo'lsada, yonayotgan sigaretada 4 mingga yaqin (kanserogen) birikmalar bo'ladi. Bu moddalar diffuziya, shimilish va ba'zilari osmotik konsentratsiya farqini hosil qilib, nafas olayotgan xavodan qon tarkibiga o'tadi. ayrimlari esa eritrotsitlar gemoglobin bilan parchalanmaydigan mustaxkam birikmalar hosil kiladi. Qonga o'tgan zaharli molekulalar butun organizmga tarqalib, barcha a'zolarning faoliyatini buzadi.



2.4-rasm. Chekish sog'liq uchun zarar

Ma'lum bo'lishicha chekuvchi kishi kasalliklarga ko'prok chalinadi. Yuqumli kasalliklar (sil, gripp va x.k) ham tez yuqadi va og'ir o'tadi. O'pka epiteliysi o'zgarib, shilliq parda yupqalashadi, yoshi ulg'aygan odamlarda, bundan tashqari xujayralar o'z faoliyatini

bajara olmay qolishi yoki xujayralarda mutatsiya bo'lib, o'sma kasalligi kelib chiqishi mumkin. Chekish oqibatida bronxial – alveolyar tizimlarda ventilyatsiya jarayoni buzilib, kislorodning ko'p qismi sigaretaning yonishi uchun ishlatilib, organizmda etarli miqdorda kislorod etkazib bera olmaydi, natijada organizmda kechadigan barcha aerob biokimyoviy jarayonlar buziladi.



2.5-rasm. Kashandalarda o'pkani rentgen tasviri.

Organizmda chala yonish natijasida moddalar almashinuvi jarayonida ko'plab radikallar hosil bo'lib, organizm battar zaharlanadi. To'satdan vafot etgan chekuvchilarning o'pkalarida turli kasalliklar va o'pkada qora dog'lar borligini aniqlash qiyin emas. Shu dog'dan olingan moddalar to'qimaga surtilganda 6 oyda rak kasalligi kelib chikkanligi tajribalardan ma'lumdir. Chekuvchilarda doimiy klinik alomatlardan yo'tal va sianoz uchraydi. Chekuvchilar ayniqsa ertalab ko'p yo'taladi, balg'am tashlaydi. Surunkali davom etgan yo'tal bronx va alveolyar tugunlarning kengayishiga olib keladi. Ulardan xavo o'tmay, natijada odam xansiraydi, nafasi qisadi, nafas olishi qiyinlashadi. Ma'lumki nikotinning kichik dozasi ham bosh miyada kechadigan qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlariga ta'sir etadi. Ko'zg'alish jarayoni kuchayadi. Chekkanda somatik asab (harakatlanish) bir oz qo'zgaladi, keyin esa tezda susayadi. Miya xujayralarining toksik ko'zg'alaverish natijasida xujayradagi

metabolik jarayonlar buziladi, qabul qilish qobiliyati susayadi. Bu o'z navbatida xotiraning susayishiga va sklerotik jarayonning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Kashandaning boshi og'rib aylanadi, tormozlanish jarayoni buzilishi tufayli salga jaxli chiqadigan bo'ladi, tez charchaydi, ish qobiliyati susayadi, uyqusi buziladi, qo'llari beixtiyor titrashi mumkin (nevroz). Nikotin vegetativ nerv tizimiga ayniqsa yomon ta'sir etadi, shunda yurak urishi tezlashadi, tomirlar siqiladi, qon bosimi oshib ketadi. Vegetativ asab tizimini boshqaradigan moddalar almashinuvi, nafas olish, haroratni boshqarish funksiyasi izdan chiqadi, vegetativ nerv tizimining xastalik alomatlari yuzaga chiqadi. Nikotin ta'sirida bosh miya tomirlarining torayishi natijasida quzg'alish va tormozlanish buziladi.

2.4.NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINING ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI MAVJUD BEMORLARDA SHIKASTLANISHI.

ShIFR – 20-24

Kishini kuchdan qolishi emiruvchi yillar kasri emas, ko'pincha bebosh yoshlikni asov g'alayonlari oqibatidir. Yoshlikdagi maishiy tiyiqsiz nafs, keksalikga shalviragan tanani hadya qiladi
(M. Sitseron)

OITS - orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi.

Odam immun defitsiti virusi kasalligiga chalinganlarning bir qismidagina (25%) kasallikning OITS davri namoyon bo'ladi, lekin ko'pchilik OIV bilan zararlanganlar limfadenopatiya davridan to'g'ridan-to'g'ri OITS davriga o'tadi. OITS - orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi davri - OIV kasalligining oxirgi davri bo'lib, klinik nuqtai nazardan ikki xil prinsipial belgilar harakterlidir. Immunitet pasayishi natijasida kelib chiqadigan kasalliklarni paydo bo'lishi (opportunistik infeksiya, invaziyalar, 60 yoshga etmagan shaxslarda Kaposhi sarkomasining uchrashi). 2. Xujayra immuniteti etishmasligini keltirib chiqaruvchi ma'lum patologik jarayonning yo'qligi (radiatsiya, immunodepressiv xususiyatga ega dorilarni is'temol qilish va x.z.).



2.6-rasm. Pnevmonsitli pnevmoniya OITS ning eng xalokatli asorati

OIV ta'sirida fagotsitar xujayralar va V-limotsitlar -faoliyatining buzilishi natijasida opportunistik infeksiyalar va invaziyalar birinchi o'ringa chiqadi (T-xelper indikator faoliyati susayishi tufayli). Eng ko'p uchraydigan opportunistik (murosachi), ya'ni OITS markyor infeksiya va invaziyalarda uchraydigan og'iz jaroxatlanishlarni quyidagi chaqiruvchilar keltirib chiqaradi: Viruslar - sodda herpes, o'rab oluvchi temiratki, Epshteyn-Borra viruslari, sitomegalovirus va boshqalar.

Ba'zi hollarda OITS kasalligini kechishida kam uchraydigan «noopportunistik» infeksiya va invaziyalar bilan bog'liq bo'ladi. Shunday kasalliklardan sil, legionellez, amebiaz, adenovirus infeksiyalari, strongiloidoz, hamda salmonellez va shigellezlarni ko'rsatish mumkin. Oxirgi 2 ta kasallik odatda bakteriemiya shaklida kechib, ko'pincha qaytalanishga moyildir. O'pka turi - ko'pincha bemorlarda infiltratli zotiljam (pnevmoniya) rivojlanishi bilan harakterlanadi, keltirib chikaruvchisi asosan. pnevmotsista Karini, sitomegaloviruslar yoki legionella pnevmofiluslardir. Shular qatorida zotiljamni Mikobakterium avium ham chaqirishi mumkin. Mikobakterium avium er sharini barcha erida tarqalgan bo'lib, odam organizmiga yoshligidayoq tushadi. Immun sistema faoliyati me'erida bo'lganda xech qanday patologik o'zgarishlar chaqirmaydi, lekin immun sistema shikastlangan bo'lsa xaddan tashqari

rivojlanib, faollashib har xil kasalliklar paydo bo'lishga olib keladi. OIV kasalligiga chalinganlarni 85% da bu mikrobo'limga olib keluvchi zotiljamni keltirib chiqaradi. Bu davrda quyidagi klinik belgilar namoyon bo'ladi: 1. Og'riq bilan kuzatiladigan quruq yo'tal; 2. Tana haroratining ko'tarilishi; 3. Nafas olish yuzaki, tez-tez bo'ladi; 4. Umumiy xavo yetishmovchilik alomatlari. 5. Rentgenogrammada interstitsial infiltratlar, tugunchalar, kaverna va pnevmotorakslarni ko'rish mumkin. Tashxis qo'yishda sitomegoloviruslar, kandida albicans, xerpes simpleks virusi va boshqa mikroblar keltirib chiqaruvchi o'pka patologiyasidan differentsiatsiya qilish kerak.

2.5. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARINI SHIKASTLANGANDA KECHISH XUSUSIYATLARI

Ikkinchi jahon urushi tajribasi turli xil jaroxatlar – o'pka va plevrada asorat qoldirishini ko'rsatdi. Ularni o'rganish oson bo'lishi uchun 5 guruhga bo'linadi: 1. Pulmonitlar. 2. Qon quyilishlar. 3. Atelektazlar. 4. Zotiljamlar. 5. Yiringlash jarayonlari (abscess, gangrenalar).

Pulmonitlar deganda o'q tekkan joydagi shamollash belgilari tushuniladi. Odatda pulmonitlar biror bir belgisiz kechadi. Ayrim hollarda pulmonitlarning o'zi aloxida kasallik manbai (zotiljam, abscess va b.) bo'lishi mumkin. Bosh va ko'krak kafasi shikastlanganda o'pkaga qon quyilishi ko'prok kuzatiladi. O'pka jaroxatlanganda o'q tekkan joylarga, ba'zan esa zararlanmagan joylarga qon quyilib, ayniksa o'q tekkanda har ikkala o'pkada uncha katta bo'lmagan (1-3 sm hajmda) qon quyilgan joylar uchraydi. Ko'krak kafasi soxasida og'rik turishi, yo'tal tutishi, xansirash va qon tupurish o'pkaga qon quyilishi belgilari xisoblanadi. Qon tupurish o'pka jaroxatlanishining aksariyat (99%) hollarida jaroxat olgan zaxoti boshlanadi. Agar o'pkaga ko'p qon quyilgan bo'lsa, tupurish 7-10 kunlab cho'zilishi mumkin. O'pkaga qon quyilish belgilari, ko'pincha rentgen, ultratovush yordamida tekshirishlar orqali aniqlanadi. Lekin bu asbob-uskunalar bilan jang maydonida foydalanib bo'lmagani sababli, yuqorida ko'rib o'tilgan tashqi

belgilar kasallikni aniqlashda muxim o'rin tutadi. Bunday yaradorlar tekshirib ko'rilganda o'pkaning qon quyilgan joyi ustini barmoqlar bilan urib ko'rilsa, odatdagidan qisqa tovush eshitiladi, shu joy eshitib ko'rilsa, nafas pastligi seziladi. O'pkaning qaysi qismiga qon quyilganligini aniqlash uchun rentgen va ultratovush vositasidan foydalaniladi. Ba'zan o'pkaga qon quyilishi bexatar bo'lib, 2 hafta ichida so'rilib bitib ketadi. Ko'pchilik hollarda o'pka to'qimasiga qon quyilishi natijasida gemoaspiratsion atelektazlar kelib chiqadi, buning sababi, qonning quyilgan joyidan bronxlarga chiqishi (obturatsion atelektaz) yoki mayda bronxlar hamda o'pka to'qimasining quyilgan qon bilan dimlanib qolishidir. Atelektazlar odatda qon quyilgan joy atrofida yoki sog' o'pkada bo'lishi mumkin. O'pkaning qon quyilgan qismi va aspiratsion atelektaz o'rnida ko'pincha o'tkir shamollash jarayoni - o'pka zotiljami kelib chiqadi. Yarador bo'lish tufayli kelib chiqadigan: ikkilamchi va interkurrent pnevmoniyalar farqlanadi.

Etiologiyasi. Birlamchi jaroxatlanish bilan bog'lik pnevmoniyalar o'pkaning shikastlanishi, organizmning shu shikastlanishga bo'lgan ta'siri va o'pkaga o'q orqali yuqumli mikroblar kirishidan yuzaga keladi. Jaroxatlanishdan kelib chiqadigan ikkilamchi pnevmoniyalar esa neyroreflektor yo'l bilan sog'lom o'pkaga yoki boshqa joyga jaroxat etganda rivojlanadi. Ikkilamchi pnevmoniyalar deganda, septik va aspiratsiya metastazlari xuruj qilishi oqibatida paydo buladigan o'pkadagi shamollash jarayonlari tushuniladi.

Bosh jarohatlanganda kelib chiqadigan pnevmoniyalar. Yaralanishdan so'ng bir necha soat yoki dastlabki kunlarda namoyon bo'ladi. Bunda jarayon asosan xar ikkala o'pkada kichik o'choqli pnevmoniyalar yuzaga kelishi bilan kechadi. O'pka eshitib ko'rilganda uning orqa pastki bo'laklarida nafas pasayib, mayda pufakli xirillashlar eshitiladi. O'pka soxasi barmoqlar bilan urib ko'rilganda bo'g'ik ovoz eshitilmasligi xam mumkin. Tana xarorati keskin oshmasdan, ba'zan subfebril bo'ladi.

O'pka rentgenda ko'rilgandan so'ng kasallik aniqlanadi. Tana xarorati ko'tarilishi jaroxat xisobiga xam bo'lishi mumkin. Qon

tarkibini o'rganish pnevmoniyani aniqlashda xar doim xam yordam bermaydi. Chunki jaroxatlanish oqibatida qonda leykotsitlar soni oshib, eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi, leykogramma chapga suriladi.

Yuz va jag' soxasidagi jarohatlar tufayli paydo bo'lgan pnevmoniyalar og'ir kechib, yaralanishdan so'ng 5-7 kun o'tgach boshlanadi. Klinik belgilari aniq namoyon bo'lgani uchun tashxis oson qo'yiladi. Kasallik boshlanishida tana xarorati juda ko'tarilib, yo'tal paydo bo'ladi. Bemor yo'talganda shilliq-yiringli balg'am ajraladi. Yo'talganda jaroxatda og'riq turishi sababli, bemor yo'talni bosishga intiladi. Qon tarkibida leykotsitlar oshib, eritrotsitlar cho'kish tezligi ko'tariladi. Leykogramma chapga suriladi. Pnevmoniya cho'zilib, plevralar yiringlashidan noxush asorat berishi mumkin. Urush yillari yuz va jag' jaroxatlanishidan kelib chiquvchi pnevmoniyalar oqibati xamisha xam yaxshi bo'lavermagan.

Ko'krak sohasi jarohatlanishidan yuzaga keladigan pnevmoniyalar zararlangan o'pka tomonida esa 38,8 %, sog'lom o'pka tomonida esa 33,8 % tashkil etgan. Jaroxatlanishning dastlabki kunlari ko'pincha yaralanmagan o'pkada pnevmoniya kelib chiqqan. Keyinchalik jaroxat tomondagi o'pkada xam shamollash belgilari namoyon bo'lgan. Shikastlangan o'pkada avval pulmonitlar yuzaga kelib, uning zaminida pnevmoniya boshlangan. Boshqacha aytganda, o'pka jaroxatlanishi tufayli o'pka to'qimasiga qon quyilib, atelektazlar paydo bo'ladi. Atelektazlarga esa pulmonit soxasidan infeksiya tushadi. Ko'krak soxasi jaroxatlanganlarda o'pka shamollaganligini aniqlash ba'zan mushkuldir, chunki u o'pkaga qon quyilishi, plevraning shikastlanishi, ko'krak qafasiga qon quyilishi (gemotoraks) bilan birga kechadi. Lekin tana xaroratining juda balandligi, xansirash, o'pkada kichik pufakli xo'l xirillashlar, barmoq bilan o'pka usti urib ko'rilganda bo'g'iq tovush eshitilishi kasallikni aniqlashga yordam beradi.

Ko'krak soxasi jaroxatlanganlarda kelib chiqadigan pnevmoniya ikki guruxga bo'linadi: a) kichik o'choqli, b) katta va qo'shilgan

o'choqli pnevmoniyalar. Katta o'choqli va bir-biriga qo'shilgan o'choqli pnevmoniyani krupoz pnevmoniyadan farqlash qiyin. Kichik o'choqli o'pka shamollashlari tana xarorati 39° darajagacha ko'tarilib, leykotsitlar soni xam juda oshmasdan kechsa, yirik o'choqli pnevmoniyalarda tana xarorati yana xam ko'tariladi, qonda leykotsitoz soni keskin ko'payadi.

G'ovak suyaklar va bo'g'imlar jarohatlanganida zotiljam 2-3 xaftadan so'ng boshlanib, bunga xam bemorning bir xil xolatda uzoq yotishi sabab bo'ladi. Bundan tashqari, kasallik paydo bo'lishida yara sepsisi va yiringli-rezorbktiv isitma muxim ahamiyatga ega. Kasallikning birinchi kunlarida uni aniqlash qiyin. pnevmoniya belgilari keyinrok namoyon bo'la boradi. Tana xarorati ko'tarilishini jaroxat sepsisi bilan tushuntirilsa-da, rentgen o'pkada shamollash borligini ko'rsatadi. Lekin pnevmoniya keyinchalik, absesslar paydo bo'lganda sezilishi mumkin.

III BOB . NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINI SHOSHILINCH HOLATLARI. SHOSHILINCH HOLATLAR OLTIN QOIDALARI

Zudlik bilan tashxis kuyish uchun kuyidagilarni esga olish zarur

1. Xushini yo'qotganda, eng avvalo qaysi sindrom gumon qilinadi.
2. Qorinda og'riq bo'lsa va shok belgilari mavjud bo'lsa qaysi sindromni o'ylash mumkin.
3. Ko'krak qafasidagi og'riqda, eng avvalo qaysi sindrom taxmin qilinadi.
4. Rangi oqarish va xansirashni tez kuchayib borishi qaysi sindromni eslatadi.
5. Jaroxat olgandan so'ng qorinda og'riq bo'lsa qaysi sindrom gumon qilinadi.
6. Anamnezida allergiya mavjud bo'lsa, nimani inkor etish zarur.
7. Ko'z yorigan ayolda anik bulmagan shikoyatlar, va axvoli og'ir bo'lsa qaysi sindrom taxmin qilinadi.
8. Tugruk yoshidagi ayollarda qorinda o'tkir og'riq yuzaga kelsa qaysi sindromni o'ylash kerak.
9. Ko'karish mavjud bo'lsa, nafas yo'llarida nimani taxmin qilish lozim.
10. Taxikardiya, ko'karish, vezikulyar nafasni sustligi va auskultatsiyada xirillashlar eshitalishi qaysi sindrom uchun xos.
11. Katta yoshlilarda xushini to'satdan yo'qotish (sinkopal xolat) va bosh aylanishi qaysi sindrom ko'rinishi bo'lishi mumkin.
12. To'satdan yuzaga kelgan va kuchli bosh og'rig'ida qaysi sindrom gumon qilinadi.
13. Yoshlarda kindik atrofida qorin sanchig'i kuzatilsa qaysi sindromni gumon qilish kerak.
14. Qariyalarda qorin soxasida mizillab og'riq bo'lsa qaysi sindrom o'ylash kerak.
15. O'rta yoshlilarda ileotsekal soxasida siqilib, ezilib, bosim bilan og'riq bo'lsa qaysi sindromni gumon qilish mumkin.

16. Gastroenterologik kasalliklari mavjud bemorlarda bosh og'rig'i kuzatilsa qaysi sindromni o'ylash kerak.

17. Asossiz asteno-vegetativ, depressiv sindromi kuzatilsa qaysi kasallik to'g'risida o'ylash mumkin.

18. Jigarni xronik diffuz kasalliklarida arterial gipertenziya sindromi kuzatilsa qaysi sindromni o'ylash kerak.

19. Qorin bo'shlig'i organlari kasalliklari (yara kasalligi, pankreatit, kolit) mavjud bemorlarda arterial gipertenziya sindromi xuruji (krizi) rivojlansa, qaysi sindrom to'g'risida o'ylash mumkin.

20. Uzoq davom etgan duodeno-gastro-ezofagal reflyuksdan (jig'ildon qaynash) so'ng nevrologik simptomlar kuzatilsa qaysi sindrom rivojlanib qolish ehtimolini o'ylash lozim.



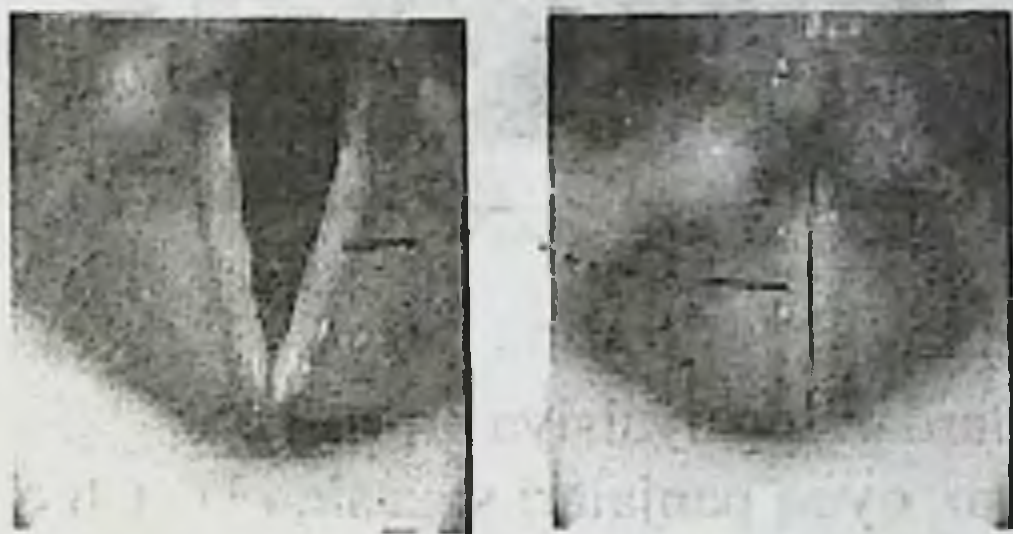
3.1-rasm. Shoshilinch xolatlar terapiyasi

3.1.LARINGOSPAZM. ShIFR – J.39

Sababi: Bu 2 yoshgacha bolalarda uchraydigan spazmofiliya kasalligining birinchi shakli bo'lib, ovoz yorig'ini torayib qolishidir. Qo'rqish, xayajonlanishdan so'ng kasallik boshlanishi mumkin. Ekssudativ - kataral diatez, asoratli allergik fon, avvalda o'tkazilgan o'tkir laringotraxeit ham sabab bo'ladi.

Belgilari: 1. To'satdan nafas olishni kiyinlashuvi. 2. O'ziga xos xirillash – «Xo'roz qichqirig'i» eshtiladi. 3. Qo'rquv xissini paydo bo'lishi. 4. Badan terisi ko'karib, yuzi bilan gavdasi muzdak ter bilan qoplanadi.

Birinchi yordam: 1. Sovuq suv sepish. 2. Bolani dumbasiga urib, chimdilash. 3. Til ildizi, tomoq devorlarini shpatel yoki qoshiq barmoq bilan ta'sirlantirish. 4. Yurakni bir necha marta massaj qilish. 5. Burnidan sun'iy nafas oldirish. 6. Papaverin 2%-2,0ml, Platifillin 0,2%- 2ml t/o ga qilish. 7. 10% Kalsiy glyukonat 1-2-5 ml m/o.



3.2-rasm. Laringospazm xurujida xiqildoq xolati

3.2.O'TKIR LARINGOTRAXEIT. ShIFR –J 04.2

O'tkir laringotraxeit asosan 3-7 yoshli bolalarda uchraydi.

Sababi: 1.O'tkir respirator virusli kasalliklar asorati. 2. Ekssudativ – kataral diatez, asoratli allergik fon.

Belgilari: 1. Tun yarmida to'satdan bola uyg'onib, qo'llari bilan og'zini changallab, quv-quvlab, qattiq yo'talishi. 2. Nafas olishni qiyinlashuvi, chiqarishda xirillash eshitalishi. 3. Bolani rangini oqarib, lablarini ko'karishi.

Birinchi yordam: 1.Bola o'rniga yotkizilib, ko'kraginging orasiga gorchichnik qo'yiladi, oyoqlariga gorchitsali vannalar qilinadi. 2. Bolaga ko'prok issiq choy, suv, meva sharbatlari, iliq mineral suv beriladi, osh sodasi bilan ingalyatsiya kildiriladi. 3.Burun ichiga gidrokortizon emulsiya bilan 1% Novokain eritmasi 0,5 ml dan

yuboriladi. 4. Efedrin 5% -1 ml t/o ga, 2% -2 ml Papaverin t/o ga, Eufillin 2,4% - 10 ml v/i ga, Adrenalin gidrokslorid 0,1% -1 ml, Dimedrol 1% -2 ml yoshiga karab mos ravishda yuboriladi.



3.3-rasm.. Laringit

5. Antibiotiklardan ingalyatsiya qilinadi.

6. Burun, to'sh, oyoq panjalari soxasiga UVCh qo'yish. 7. Tinch sharoit yaratib, xonani shamollatib turish. 8. Axvol og'irlashsa, traxeostomiya qilish. 9. Zudlik bilan reanimatsiya bo'limiga yotqizish.

3.3.ASTMATIK STATUS. ShIFR - J46,0.

Astmatik status mushkul holat bo'lib, intensiv terapiya o'tkazishni talab qiladi. Astmatik status bronxial astmada surunkali obstruktiv bronxitda, o'pka emfizemasida, interstitsial pnevmofibroza va boshqa surunkali nospesifik o'pka kasalliklarida kuzatiladi.

Nafas yo'llarining yopishqoq balg'am bilan obstruksiyasi, bronxiolalarning shishishi va yallig'lanishning qo'shilishi nafas chiqarishni qiyinlashtiradi, nafas chiqarishni aktiv qiladi va uzaytiradi. Nafas olishda bronxlar bir oz kengayadi. Natijada o'pkaga kirgan havoning hajmi toraygan va yopishqoq balg'am bilan to'lgan bronxlardan nafas chiqarishdagi havo hajmidan ko'p bo'ladi. Bemor nafas chiqarish mushaklarini zo'riqtirib va shu bilan plevra bo'shlig'idagi bosimni oshirib, qolgan havoni nafas chiqarish akti bilan

chiqarib tashlashga harakat qiladi. Bu paytda bronxlar qisiladi, soʻng ekspirator stenoz qoʻshiladi, yaʼni traxeya va bosh bronxlar membrana qismi nafas yoʻllari ichiga osilib qoladi. Nafas muskullari katta, lekin samarasiz ishni bajaradi, bu vaqtda esa koʻp miqdorda kislorod sarflanadi. Gipoksiya kuchayib boradi, oʻpka arteriyasida bosim koʻtariladi, yurak oʻng qorinchasi yetishmovchiligi qoʻshiladi. Nafas yoʻllari obstruksiyasi astmatik statusning birinchi bosqichi, yurak oʻng qorinchasi yetishmovchiligi ikkinchi bosqichi hisoblanadi. Metabolizmning keskin buzilib, gipoksiyaning kuchayishi, respirator va metabolik atsidozning paydo boʻlishi, gipogidratatsiya, boʻyrak usti bezlari yetishmovchiligi yakuniy bosqich belgilari hisoblanadi.

Intensiv terapiya quyidagilardan iborat: 1. Nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligini tiklash. 2. Gemodinamikani normallashtirish. 3. Metabolizmni korreksiya qilish.



3.4-rasm. Astmatik status

Koʻp hollarda teofillin preparatlari va beta-2 adrenostimulyatorlar qoʻllaniladi. Iliq suv, fiziologik eritma natriy gidrokarbonat 0,5-1% eritmasi aerezollarini balgʻamni yumshatish maqsadida ingalyatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Shoshilinch va rejimli intensiv terapiya sifatida oʻpkaning sunʼiy ventilyatsiyasi fonida nafas yoʻllarini yuvish muolajasi oʻtkaziladi. Nafas yoʻllarining ekspirator bekilishini bartaraf qilish maqsadida nafas chiqarish oxirida musbat bosim rejimi qoʻllaniladi, bunda nafas yoʻllaridagi

qoldiq bosim 5-6 sm suv ustuniga teng bo'lishi kerak. Bunday tadbir o'pkaning funksional qoldiq sig'imini ko'paytiribgina qolmasdan balg'am ajralishini ham osonlashtiradi. Shu bilan birga gipoventilyatsiyani bartaraf qilish va qonning reologik xossalarini yaxshilash maqsadida tadbirlar o'tkaziladi, yurak glikozidlari (yurak o'ng qorincha yetishmovchiligida) geparin va ko'pincha pentoksifillin tayinlanadi.

Ko'pincha glyukokortikoidlarning katta dozalari (300 mg prednizolon 1 kecha-kunduzda) vena ichiga tomchilab jo'natiladi. Nafas yetishmovchiligi va gipoventilyatsiya hayot uchun bevosita xavf tug'dirganda, bemor o'pkasini sun'iy ventilyatsiyaga o'tkazish zarur. Bu tadbir bronxial obstruksiyanı bartaraf qilish va balg'am ajralishini yaxshilash tadbirlarini o'tkazish uchun imkon beradi. O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi jarayonida nafas muskullarining beixtiyor ishi bartaraf qilinadi. Astmatik status intensiv terapiyasida o'pka sun'iy ventilyatsiyasini imkoni boricha nafas chiqarish oxirida musbat bosim rejimida olib borish zarur. Biroq o'ng yurak qorinchasi yetishmovchiligida ko'rsatilgan rejim gemodinamikani yana ko'proq buzish mumkin.

Astmatik status ko'pincha homiladorlikni 1 trimestrida kuzatiladi, bu ayollar organizmdagi gormonal o'zgarishlar bilan bog'liq. Homilador ayollardagi astmatik statusni davolash umumiy qoidalari bo'yicha olib boriladi, infuziya qilingan suyuqlik miqdori bir kecha-kunduzda 2 litrdan oshmasligi kerak. Dori vositalarini organizmga kiritganda ularning homilaga salbiy ta'siri xisobga olinadi, imkoni boricha narkotik analgetiklar, kodein, tarkibida yod bor vositalari (kaliy yodid, natriy yodid), ta'siri uzaytirilgan sulfamidlar, levomitsetin, streptomitsin, tetratsiklinlar qo'llanilmaydi. Homiladorlikning 1 trimestridagi astmatik holatlar qaytalanib tursa, homila rivojlanishini to'xtatishga to'g'ri keladi. Agar bunday holatlar 2 trimestrida ham kuzatilsa va uni davolash samarasiz bo'lsa, homilaning surunkali gipoksiya gipotrofiyasi, xatto asfiksiyaga olib kelishi mumkin, homilaning xalok bo'lishi, tushib ketishi ham ehtimoldan holi emas. Bunday hollarda ham homila rivojlanishini to'xtatishga to'g'ri keladi.

3.4. BRONXOObTURAtsION SINDROM. ShIFR –J 43-44

Bu sindromning kelib chiqishiga yuqori nafas yo'llarining yot moddalar, shilliq, qusuq massalari, balg'am, shish, o'smalar, gematoma, ovoz bog'laminin spazmi natijasida o'tkazuvchanligining buzilishi sabab bo'ladi. Reanimatsiya va intensiv terapiya amaliyotida bronxoobstruktiv sindrom rivojlanishga komatoz holatda, og'riq sindromi bor (peritonit) bemorlarda balg'am evakuatsiyasining buzilishi natijasida nafas yo'llarida shillikli va yiringli balg'amning turib qolishi, traxeit, obstruktiv bronxitlarning qo'zishi bronxospazm (cho'zilgan bronxial astma xuruji) ham sabab bo'ladi. Bundan tashqari, ushbu sindrom rivojlanishida suv-elektrolit muvozanatining buzilishi, dehidratatsiya natijasida balg'am reologiyasining buzilishi ham ahamiyatga ega.



3.5-rasm Bronxoobstruktiv sindromda bronxning o'zgarishi

Davolash: Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklashga qaratilgan chora-tadbirlardan iborat bo'lishi kerak. Yot moddalar agar ovoz bog'lami gacha bo'lganda qo'l bilan, tana holatini o'zgartirish yo'li bilan yoki Geymlix usulini qo'llash yo'li bilan chiqarib tashlanadi. Ovoz bog'lami dan pastga o'tib ketgan yot moddalarni chiqarish bir muncha qiyinchilik tug'diradi, chunki ovoz bog'laminin mexanik qitiqlanishi laringospazmni chaqirishi mumkin. Bunda sanatsion bronxoskopiya usulini qo'llash bilan yot moddalar chiqarib tashlanadi. Laringospazm avj olib borganda koniko- yoki traxeotomiya muolajasi o'tkazish yuli bilan nafas

yo'llari o'tkazuvchanligi tiklanadi. O'pka nafas yetishmovchiligini davolashning radikal usuli bo'lib, bu traxeya intubatsiyasi orqali kislorod bilan o'pkani sun'iy nafas va keyinchalik sanatsion va davolovchi bronxoskopiya utkazish xisoblanadi. Simptomatik davo qo'llanadi.

3.5.O'PKA ARTERIYASI TROMBOEMBOLIYASI.

ShIFR J126-128

Ta'rif: O'pka arteriyasi tromboemboliyasi - o'pka arteriyasi tizimiga tromb yoki embolning tushishi natijasida nafas va yurak qon-tomir yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladigan sindrom hisoblanadi.

Etiologiyasi: 1.Boldir chuqur venalari trombozi – 5% bemorlarda kuzatiladi. 2.Pastki kovak vena tizimi trombozi -83,6% holatda o'pka arteriyasi tromboemboliyasi sababi bo'ladi. 3.Yurak qon-tomir kasalliklari: - revmatizm, faol fazasida, mitral stenoz va titrok aritmiya bilan kechganda; - infeksiyon endokardit: - gipertoniya kasalligi; - yurak ishemik kasalligi (transmural va subendokardial miokard infarkti); - kardiomiopatiyalar; -norevmatik miokarditlar;

1.Yomon sifatli o'sma kasalliklari – qo'l va oyoqlarda retsi-divlovchi tromboflebit (paraneoplastik sindrom) keltirib chiqaruvchi neoplastik jarayonlar (oshqozon, o'pka va oshqozon osti bezi raklari). 2.Antifosfolipid sindrom - bu autoimmun reaksiyalar simptomo-kompleksi bo'lib, tomir endoteliysi, trombotsitlar membranasi, nerv tomirlari devorlaridagi fosfolipidlarga nisbatan antitanalar paydo bo'lishi va trombozlar rivojlanishi kuzatiladi.

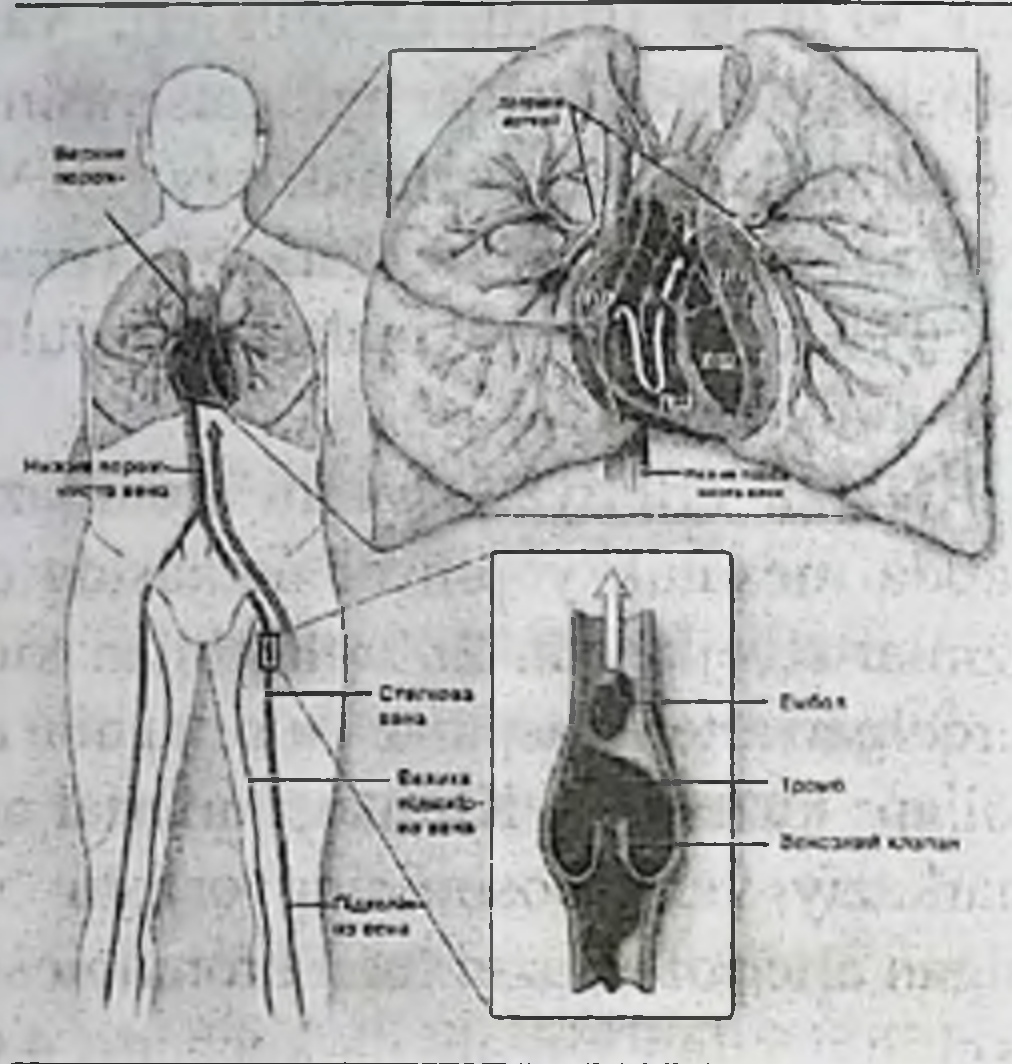
Rivojlanish xavfi omillari: 1.Uzoq vaqt o'rinda yotish va yurak yetishmovchligi (qon oqishining sekinlashuvi va venoz dimlanish paydo bo'lishi); 2.Massiv diuretik terapiya (degidratatsiya, gemo-konsentratsiya va qon kovushkokligining ortishiga olib keladi); 3.Politsitemiya va gemoblastozlar (eritrotsit va trombotsitlar miqdorining ortishi ularning agregatsiyasi va tromb hosil bo'lishiga olib keladi); 4.Gormonal qontratseptiv vositalarni uzoq vaqt qabo'l qilish (qon ivishini oshiradi);

5. Biriktiruvchi to'qima tizimi kasalliklari, vaskulitlar (qon ivishining tezlashishi va trombositlar agregatsiyasining kuchayishi kuzatiladi); 6. Kandli diabet; 7. Giperlipidemiya; 8. Venalar varikoz kengayishi; 9. Nefrotik sindrom; 10. Markaziy venada kateterning uzoq vaqt turishi; 11. Orka miya travmalari va insultlar; 12. Yomon sifatli o'smalar va kimyoterapiya;

Patogenezi: 1. O'pka arteriyasi ustuni trombozi yoki embolizatsiyasi oqibatida mexanik yopilishi natijasida quyidagi patogenetik mexanizmlar rivojlanadi. 2. Zudlik bilan kichik qon aylanish doirasida tarqalgan arteriolospazm va katta qon aylanish doirasi tomirlarida kollaps kuzatiladi. Klinikasi arterial qon bosimining pasayishi va markaziy vena bosimining ortishi bilan namoyon bo'ladi. 3. Tarqalgan arteriolospazm total bronxiolospazm va o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan birgalikda kechadi. 4. O'ng qorincha yetishmovchiligi rivojlanadi. 5. Chap qorinchada kam qon xaydalishi sindromi yuzaga keladi. Yurak zarb hajmining kamayishi natijasida mikrotsirkulyatsiya darajasida reflektor arteriolospazm kuzatiladi. Koronorospazm miokard infarkti va fatal ma'rom buzilishlariga olib kelishi mumkin. Yuqoridagi ko'rinishlar o'tkir total yurak yetishmovchiligiga olib keladi. 6. Ishemiya soxasidan qon oqimiga tushgan biologik faol moddalar (gistamin, serotonin, prostoglandinlar) hujayra membranalari o'tkazuvchanligini oshiradi va interotseptiv og'riqlar kelib chiqishga sabab bo'ladi. 7. O'pka arteriyasining to'liq berkilishi oqibatida o'pka infarkti rivojlanadi va O'NE ni og'irlashtiradi.

Joylanishi bo'yicha anatomik variantlari: A. Okklyuziya darajasi: 1) segmentar arteriyalar; 2) bo'lak va oralik arteriyalar; 3) asosiy o'pka arteriyalari va o'pka arteriyasi ustuni. B. Zararlanish o'chog'i: 1) chap tamonlama; 2) o'ng tamonlama; 3) ikki tomonlama.

Klinik shakllari: 1. Yashin tezligidagi (o'lim bir necha daqiqa ichida sodir bo'ladi). 2. O'tkir (o'lim 10-30 daqiqa ichida sodir bo'ladi). 3. Nim o'tkir (o'lim bir necha soatdan bir sutkagacha vaqt ichida sodir bo'ladi). 4. Surunkali (kuchayib boruvchi o'ng qorincha yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi). 5. Retsidivlanuvchi. 6. Yashirin.



3.6-rasm O'pka arteriyasi tromboemboliyasi patogenezi

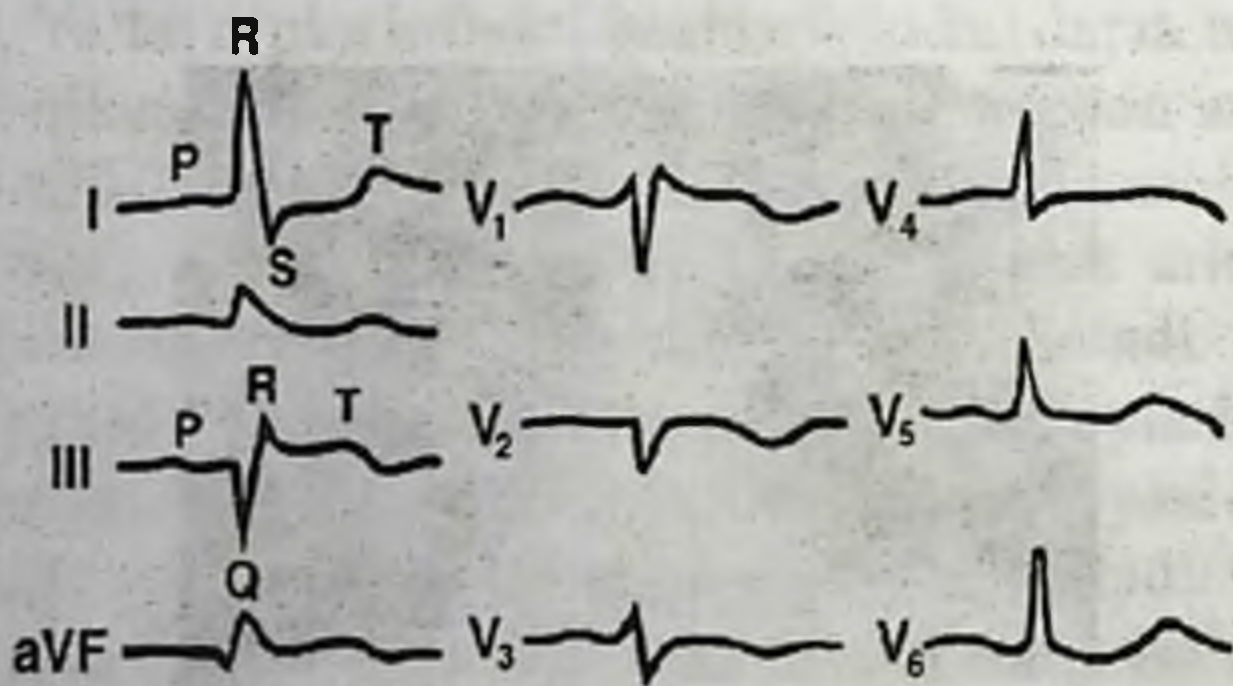
Klinikasi: Asosiy simptomlaridan biri – bu hansirash hisoblanadi. Hansirash tinchlikda ham bir oz jismoniy zo'riqishidan so'ng kelib chiqadi. Harakteri bo'yicha hansirash sekin – asta boshlanadi, nafas soni daqiqasiga 24-70 martagacha. Qiyin, balg'amsiz yo'tal kuzatiladi. Yo'tal o'pka infarkti boshlanishidan darak beradi. O'pka infarkti rivojlanganda ko'krak qafasida og'riq, qon aralash yo'tal kuzatiladi (25-30% holatlarda). Darhol kompensator taxikardiya paydo bo'ladi, puls periferiyada ipsimon, titrok aritmiyalar kuzatiladi. Arterial qon bosimi keskin pasayib ketadi. 20-58% bemorlarda sirkulyator shok rivojlanadi. Tromb joylashuviga ko'ra og'riqlar harakteri ham har xil bo'ladi. O'pka arteriyasi asosiy ustuni emboliyasida og'riqlar tush ortida joylashgan bo'ladi. Og'riqlar bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Ba'zan og'riqlar stenokardiyadagi kabi harakterga ega bo'ladi, EKG da miokard ishemiyasi belgilari, koronar qon aylanishining buzilishi belgilari aniqlanadi. Yurak o'ng qismida bosimning ortishi koronar tomirlarda qon oqimini sekinlashtiradi. O'ng qovurg'a ostida kuchli og'riqlar,

ichak parezi, xiqichoq, qorin pardaning ta'sirlanish belgilari o'ng qorincha yetishmovchiligi natijasida jigarning shishi oqibatida kelib chiqadi. O'pka infarkti rivojlanganidan keyin ko'krak qafasida keskin og'riqlar nafas olganda va yo'talganda kuchayuvchi tus oladi. Plevra ishqalanish shovqini ham eshtiladi. Massiv va submassiv o'pka arteriyasi tromboemboliasining birinchi daqiqalarida o'tkir o'pkali yurak shakllanadi: bo'yin venalarining bo'rtishi, epigastral soxada va II- qovurg'a oralig'ida to'shdan chap tarafda patologik pulsatsiya paydo bo'lishi, yurak o'ng chegaralarining kengayishi, o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti va ayrilanishi, xanjarsimon o'simta soxasida sistolik shovqin, markaziy vena bosimining ortishi, jigarning og'riqli shishishi, musbat Plesh simptomi (jigarga bosilganda og'riq va bo'yin venalarining bo'rtishi) bilan ifodalanadi. Teri oqish (kul rang) rangda, sovuq va nam. Kam qon xaydalishi sindromi zaminida markaziy nerv sistemasining zararlanish simptomlari; psixomotor qo'zg'alish, xush buzilishlari, tutqanoqlar, gemiparezlar, meningial simptomlar va komatoz holat kuzatiladi. O'tkir arteriya tromboemboliyada doimiy uchraydigan simptom – bu tana haroratining ko'tarilishi hisoblanadi. Ko'pincha subfebril, ba'zan febril, harorat kuzatiladi, qaltirashlar kuzatilmaydi. Isitmali davr 2 xaftagacha davom etadi.



3.7-rasm. O'pka arteriyasi tromboemboliasida R^otasvir

Laborator–instrumental tekshiruv muolajalari: 1. Selektiv angio-Pulmonografiyada – o‘pka arteriyasi diametri kattalashadi, uning to‘liq yoki qisman okklyuziyasi, zararlangan tarafda o‘pka tomirlarining ko‘rinmasligi, o‘pka suratining deformatsiyasi kuzatiladi. 2. O‘pkalarni ventilyatsion – perfuzion skanerlashda – o‘pka arteriyasi tromboemboliyasi uchun xos saqlangan ventilyatsiya zaminida perfuziyaning buzilishi kuzatiladi. 3. Rentgen tekshiruvi - boshlang‘ich davrda kam informativ usul hisoblanadi. Harakterli belgi yurak belining tekislashuvi, o‘ng chegaralarining kattalashganligi, o‘pka ildizining kengayishi, deformatsiyasi, cho‘rt kesilganligi, «uzilishi» simptomi, diafragma gumbazining baland turishi, yuqori kovak vena konturining kengayishi kuzatiladi. O‘pka infarkti shakllangandan so‘ng o‘pka to‘qimasi infiltratsiyasi (uchburchak soya ko‘rinishida) aniqlanadi. 4. EKG - o‘ng yurakning zo‘riqish belgilari: SI, QIII TIII tishlarining chuqurlashuvi. R III kattalashuvi va chapga siljishi (V4-V6), QRS tishining V1-V2 da bo‘linishi, Giss tutami o‘ng oyoqchasi blokadasi kuzatiladi. 5. Laborator ko‘rsatkichlar-neytrofil leykotsitoz, limfopeniya, EChT ning ortishi, LDG, bilirubin miqdorining ortishi, giperkoagulyatsiya kuzatiladi.



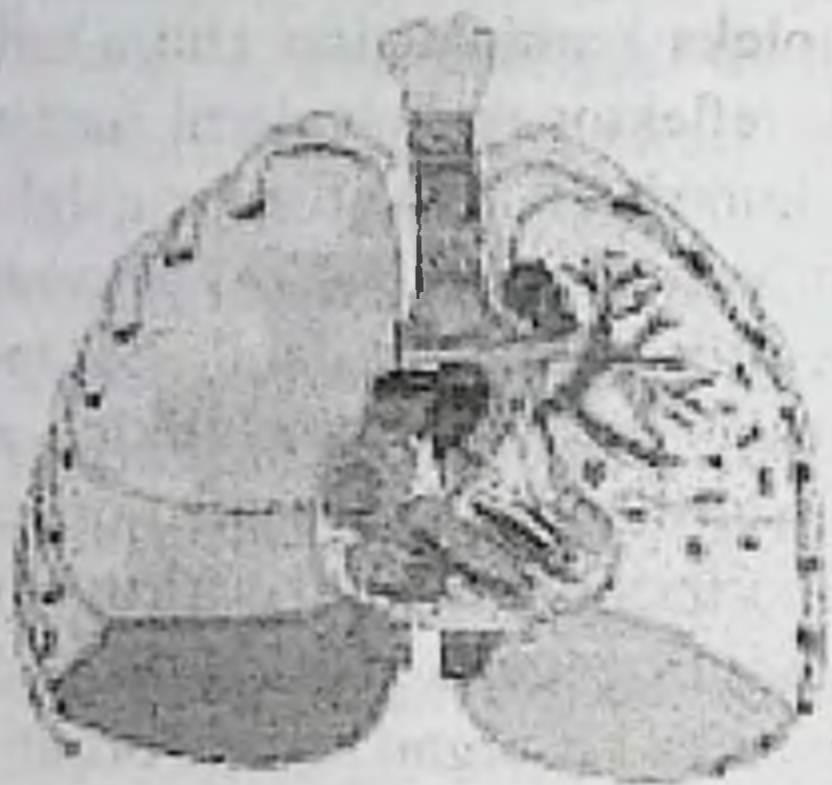
3.8-rasm. O‘pka arteriyasi tromboemboliyasida EKG ko‘rinishi

Intensiv terapiya tamoyillari: 1. Dastlabki daqiqalarda xayotni ta'minlash – kompleks reanimatsion chora-tadbirlarni uz ichiga oladi. 2. Patologik reflektor reaksiyalarni bartaraf etish – kurkuv va og'riq bilan kurash. Adekvat og'riqsizlantirish (Narkotik analgetiklar, sedativ vositalar qo'llash). 3. Trombni bartaraf etish – qonservativ va operativ usullar qo'llaniladi. Operativ usul radikal bo'lishiga qaramasdan texnik qiyinchiliklar mavjudligi tufayli juda kam hollarda qo'llaniladi. Asosan qonservativ trombolitik terapiya o'tkaziladi. Fibrinolizni faollashtiruvchilar: streptokinaza, streptaza, streptodegidrogenaza, urokinaza. Maqsadga muvofiq usuli - o'pka arteriyasiga kiritilgan kateter orqali trombga yuborish usuli hisoblanadi. Allergik reaksiyalarning oldini olish maqsadida v/i ga GKS lar yuboriladi. Dastlabki 72 soat ichida trombolitik terapiya, 72 soatdan so'ng esa geparino terapiya davom ettiriladi. Geparining dastlabki dozasi 80-100 ming TB/sut ni tashkil etadi va bevosita v/i yuboriladi. Keyinchalik dozasi kamaytirib boriladi. 4. Kollapsni bartaraf etish – v/i ga reopoliglyukin, dopamin va kolloid eritmalar yuborish bilan amalga oshiriladi. 5. Kichik qon aylanish doirasida bosimini kamaytirish – spazmolitiklar, eufillin yuboriladi. 6. Namlangan kislorod ingalyatsiyasi. 7. Simptomatik terapiya.

3.6. O'TKIR NAFAS YETISHMOVCHILIGI. ShIFR J-46.

O'tkir nafas yetishmovchiligi – patologik sindrom bo'lib, bunda nafas sistemasi organizm talablarini adekvat bo'lgan gazlar almashinuvi satxi bilan ta'minlay olmaydi. O'tkir nafas yetishmovchiligi epiteti ikki xil tushuntirilishi mumkin: birinchidan, bu nafas yetishmovchiligining tusatdan paydo bo'lishi va ikkinchidan, uning asta sekin, kritik bosqichlargacha rivojlanishidan iborat bo'lishi mumkin.

O'tkir nafas yetishmovchiligi ko'proq bronxial astma va surunkali obstruktiv bronxit kuziganda, o'pkadan qon ketganda, og'ir pnevmoniyada o'pkaning destruktiv kasalliklarida va ba'zi bir disseminatsiya jarayonlarining qo'zishida rivojlanadi. Plevraning zararlanishi, bronxo-plevral teshik bo'lganda ham o'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin.



3.9-rasm. O'tkir nafas etishmovchiligi: nafas yo'llarini obstruksiyasi, nafas yo'llarida yot jism va o'pka arteriyasi tromboemboliyasi.

Qon aylanishining yetishmovchiligi, metabolizmning buzilishi, boshqa kasalliklarning qo'shilib kelishi ham o'tkir nafas yetishmovchiligining sababi bo'lishi mumkin. Kardiologiya klinikasida o'tkir nafas yetishmovchiligi qon aylanishi dekompensatsiyasida rivojlanadi va yurak astmasi hamda o'pka shishi bilan namoyon bo'ladi. O'tkir nafas yetishmovchiligining eng ko'p sabablaridan biri o'pka arteriyasi tromboemboliyasidir. Xirurgik va travmatologik klinikada o'tkir nafas yetishmovchiligi ko'krak qafasi travmasida. Travmatik shokda, eqli emboliyada operatsiyadan keyingi davrda kuzatiladi. Tez va kechiktirib bo'lmaydigan yordam amaliyotida o'tkir nafas yetishmovchiligining eng ko'p sabablari suvga cho'kish. Mexanik asfiksiya va o'pka kasalliklarning qo'zish hollaridir.

Klassifikatsiyasi: Nafas yetishmovchiligi-latent, kompensatsiyalashgan va dekompensatsiyalashgan bo'ladi. Undan tashqari ventilyatsion, parenximatoz, gipoksik, giperkapnik va aralash shakllarida bo'ladi. Agar o'pka tomirlaridan oqib ketayotgan qon o'zanining gazlar tarkibi bo'yicha arterial qonga mos kelmasa dekompensatsiyalashgan nafas yetishmovchiligi deyiladi. Agar

o'pkadan oqib ketayotgan qonning gazlar tarkibi kompensator mexanizmlar xisobiga (giperventilyatsiya) normada bo'lsa, kompensatsiyalashgan nafas yetishmovchiligi to'g'risida gap yuritiladi. Latent nafas yetishmovchiligi jismoniy harakat vaqtida namoyon bo'ladi. Ventilyatsion nafas yetishmovchiligi o'pkada bo'lmagan sabablar bilan bog'liq. O'tkir nafas yetishmovchiligi klinik manzarisiga nafas organlari yoki boshqa organlarning asosiy va yo'ldosh kasalliklari ta'sir ko'rsatadi. Og'riq o'tkir nafas yetishmovchiligida klinik manzaraning birinchi ko'rinishida gipoksiya va giperkapniya belgilari kuzatiladi. Bezovta bo'lish, ba'zan eyforiya, ko'pincha psixomotor qo'zg'alish harakterlidir. Ko'p hollarda sianoz, rangparlik kuzatiladi. Kulrang rangparlik bemor ahvoli og'irligining guvoxidir. Terining o'ta namligi bilan yuzining qizarib ketishi giperkapniyaning gipoksiyadan ustun bo'lganligi belgisidir. Taxikardiya o'tkir nafas yetishmovchiligining harakterli simptomidir, lekin bradikardiya ham kuzatiladi. Bradikardiya rivojlanganda ekstrasistoliya va yurak qorinchalari fibrillyatsiyasi xavfi tug'iladi. Arterial gipertenziya to'g'risida ham shuni aytish mumkin: o'tkir nafas yetishmovchiligi boshlang'ich bosqichlarining tez uchrab turadigan yo'ldoshidir: kechki bosqichlarda yurak qon xaydash funksiyasining va o'tkir gipovolemiya bilan bog'liq arterial gipertenziya yoki xatto kollaps kuzatiladi.

O'tkir nafas yetishmovchiligi eng og'ir shaklini «Asfiksiya» deb atalishi tasodif emas, bu so'z yunonchadan olingan bo'lib «Pulssiz» degan ma'noni anglatadi. Bundan tashqari bemorlarda diurezni kamayishi, ba'zan ichaklar parezi va ovqat xazm qilish traktida o'tkir eroziya va yaralar paydo bo'lishi kuzatiladi. O'tkir nafas yetishmovchiligi to'g'risida tula, aniq ma'lumot olish uchun kislorodni miqdorini faqat arterial qondangina emas, balki aralash venoz qonda ham aniqlash lozim. RN ko'rsatkichini respirator va metabolik atsidoz bilan bog'liqligi tufayli RN o'tkir nafas yetishmovchiligining diagnostik kriteriyalaridan biri hisoblandai. Shunday differentsiatsiya qilishni o'tkir nafas yetishmovchiligi mexanizmlari hamda intensiv terapiyaning birinchi tadbirlari

to'g'risidagi savolga javob berishni osonlashtiradi. O'tkir nafas yetishmovchiligining og'ir shaklida Pulmonologning vazifasi bemor xayotini saklab kolishdan iborat. Shu bilan birga, o'tkir nafas yetishmovchiligining asosiy fiziologik mexanizmlarini izlash zarur, bu intensiv terapiya optimal usullarini ratsional tanlashga imkon yaratadi, ularning samarali, davomiy, radikal bo'lishini ta'minlaydi. O'tkir nafas yetishmovchiligi bilan bemorlarni kuratsiya qilishda klinik-fiziologik endoshish o'lim va nogironlikning real pasayishiga olib keladi. Gipoventilyatsiya, apnoe va dispnoe o'pkada bo'lmagan mexanizmlar bilan bog'liq. Nafas markaziy regulyatsiyasining buzilishini okklyuzion bosimni o'lchash bilan aniqlanadi. Nafas muskullari funksiyasini nafas olish va chiqarishning kuchayishini ulchash yo'li bilan aniqlanadi. Obstruktiv o'zgarishlar spirometrik va volmetrik usullar yordamida aniqlanadi. Restriktiv o'zgarishlar o'pkaning statik hajmlarini o'lchash vaqtida, qisman o'pkaning xayotiy sig'imini o'lchagan paytda aniqlanadi. Alveolyar-kapillyar diffuziyaning buzilishi-giperkapniyasiz gipoksemiyani aniqlash bilan ixtiyoriy harakatlar kuchayishi yo'li bilan bilib olinadi.

1. O'tkir nafas yetishmovchiligining har qanday shakli va darajasida nafas yo'llarining hamma satxlarida og'iz bo'shlig'idan bronxiolalargacha o'tkazuvchanligini ta'minlash.

2. Adekvat ventilyatsiyani ta'minlash 2 gurux usullaridan iborat: spontan ventilyatsiya maxsus rejimlarni qo'llash yoki o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilishga o'tish.

3. Antigipoksik terapiya (ingalyatsion va noingalyatsion oksigenoterapiya, kislorod utilizatsiyasini yaxshilovchi vositalarni qo'llash) ko'pincha o'tkir nafas yetishmovchiligi intensiv terapiyasining qo'shimcha usuli hisoblanadi.

4. Asosiy kasallikni davolash (o'tkir nafas yetishmovchiligini davolash bilan bir vaqtda).

5. O'tkir nafas yetishmovchiligida patologik jarayonga qo'shib keluvchi har xil sistemalar (qon aylanishi, markaziy nerv sistemasi, jigar, bo'yraqlar, ovqat xazm qilish trakti) metabolik va funksional buzilishlarini korreksiya qilish.

O'tkir nafas yetishmovchiligi homilador ayollarda, erkaklar va homilador bo'lmagan ayollarga nisbatan kam kuzatiladi, bu xususan ular organizmidagi endokrin va gumoral o'zgarishlar bilan bog'liq. Xar holda bunday holat total krupoz pnevmoniya, astmatik status, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi, aspiratsion sindrom va boshqalar rivojlanganda kuzatilishi mumkin. O'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari bilan bir qatorda asosiy kasallik belgilari kuzatiladi. Homila tomonidan kuzatiladigan asoratlari: gipoksiya, tushib ketishi, chala tug'ilish, yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi, asfiksiya, perinatal o'lim. O'tkir nafas yetishmovchiligini umumiy qoidalar bo'yicha davolanadi, dori vositalarini qo'llaganda ularning homilaga salbiy ta'sirini imkoni boricha hisobga olinadi.

3.7.O'PKA YuRAK YetishmovChILIGI. ShIFR I-96

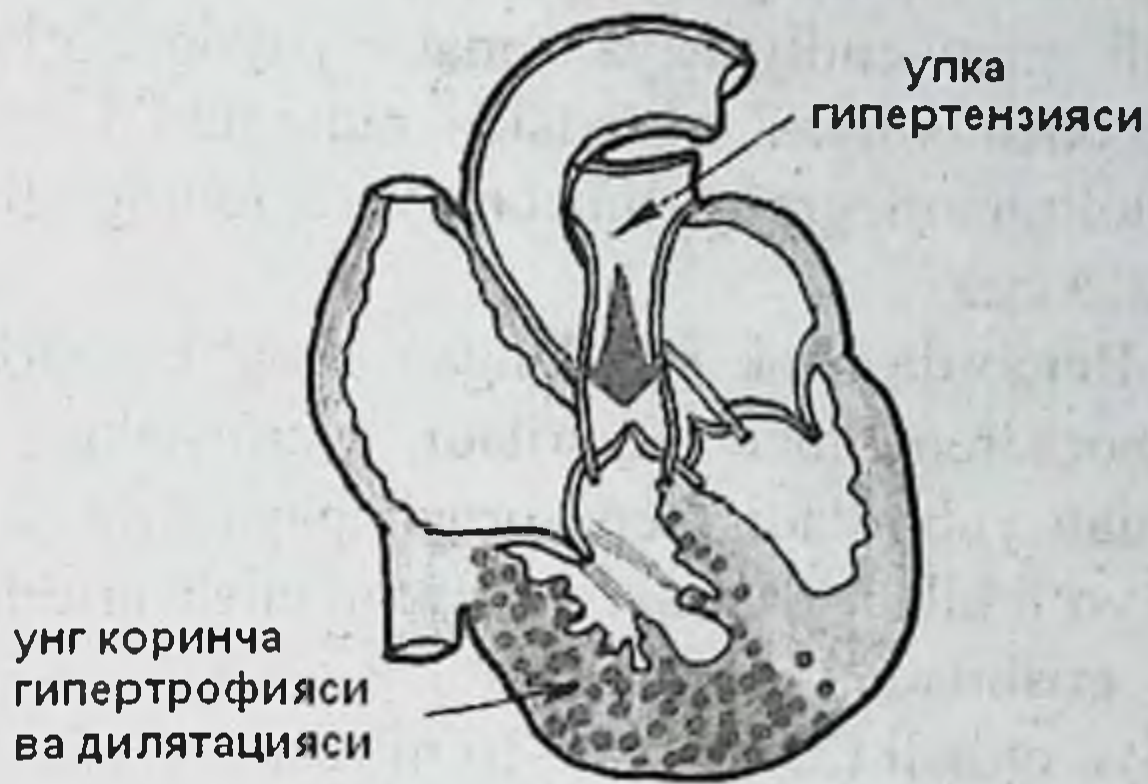
O'pka-yurak yetishmovchiligi - «cor pulmonale» – bu bronxo-o'pkaning o'tkir va surunkali kasalligi bo'lib, ko'krak qafasi shaklining o'zgarishi va o'pka tomirlarining zararlanishi natijasida kichik qon aylanish doirasida bosim ko'tarilib, yurak o'ng qismining gipertrofiyaga uchrashi yoki kengayib ketishi bilan kechuvchi xolatdir. Kelib chiqishi va klinik kechishiga qarab o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turlari farqlanadi.

O'tkir o'pka-yurak yetishmovchiligi: O'pka arteriyasida birdan bosim oshib ketganida namoyon bo'ladigan klinik holat o'tkir o'pka yurak yetishmovchiligi dsb yuritiladi. Uning kechishi o'ta og'ir bo'lib, bir necha daqiqa yoki soatlar davomida yuzaga keladi. Bu sindrom ko'pincha o'pka arteriyasi emboliyasi vaqtida kuzatiladi va bunda qon tomirlarining holati, ularda qo'shimcha spazm bor-yo'qligi ham katta ahamiyatga ega. O'pka arteriyasi emboliyasiga aksari oyoq venalarining tromblari (80-90% hollarda), chanoq venalari va goxo yurakning o'ng bo'lmalardan kelgan tromblar sabab bo'ladi. Bizning respublikamizda tug'ilish ko'p bo'lishiga karamay, oyoq, tomirlari trombozlari kam uchraydi. Buning kishilar yashash sharoiti va turmush tarzlariga ham qisman bog'liq bo'lishi extimoldan holi emas. 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, qon ivish tizimi faolligining ortishi va x., ahamiyatga ega bo'ladi. Bu jarayon antibiotiklar bilan davolash, siydik xaydovchi 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 trombning uzilib chiqib tomirlardan qon bilan boshqa joylarga ko'chishiga yo'l ochadi.

O'pka arteriyasi tromboemboliyasining klinik ko'rinishi va o'pkada 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 auskultatsiyasida patologik qo'shimcha 3 (auskultativ fenomen) ton yuzaga kelgani aniqlanadi va bu o'zgarish "ot dupuri" ritmi tarzida eshitiladi, yurakda sistolik shovqin borligi seziladi, ayrim hollarda supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya bilan boshlanadi. O'pka arteriyasi ustida II ton kuchaygani "yuqori bosim shovqini" deb atalmish tovush kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda tana harorati ko'tarilib, yo'tal, tomoqda kattik og'riq, qon tuplash 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 bo'yрак qon aylanishi tizimlarida ham o'ziga xos belgilar paydo bo'ladi.



3.10-rasm. O'pkali yurak gipertenzisi.

Ba'zan gemorragik o'pka infarkti va reaktiv plevrit shaklidagi o'pka-plevra sindromi qayd etiladi. O'pka infarkti bemorning isitmasi chiqishi, qon tupurib turishi va ko'krakda og'riq sezishi bilan namoyon bo'ladi. Auskul'tatsiyada plevranning ishqalanish shovqini eshitiladi 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'limi zo'riqishiga (kengayishi) xos alomatlar, EKGning, standart usullarda olinganda SI-RIII tipi, II, III va aVF usullarda - T-manfiy bo'lishi aniqlanadi. Giss tutami o'ng shoxchasining chala yoki to'liq blokadasi kuzatiladi, PII, III, aVF yuqoriga ko'tariladi va o'tkirlashadi (P-pulmonalc).

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, subplevral joylashgan soyalar kuzatiladi, tomirlar ko'rishini o'zgaradi, gipoventilyatsiya zonalar paydo bo'ladi. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi tashxisida radionuklid yordamidagi tekshiruv, angioPulmonografiya va kompyuter tomografiya usullari katta ahamiyatga ega.

Davolash. Bemorda 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 spazmlarni bartaraf etish, arterial bosimni pasaytirishga erishiladi. Eufillin eritmasini venaga tomchilab yuborish tavsiya etiladi (2,4%-li 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 TV miqdorida streptokinaza preparatini reopolyuglyukin 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 glyukokortikoidlar in'eksiya qilish zarur. So'ngra bemorga bevosita ta'sir ko'rsatadigan antikoagulyantlarni ichib turish buyuriladi. Davoning jarrohlik usuli ham bor, ammo embolektomiya yaxshi natija bermasligi mumkin.

O'rtacha o'tkir o'pka-yurak yetishmovchiligi. Bemor O'YuE ning o'rtacha o'tkir turida ba'zan o'pka infarkti yoki unga aloqador plevritli pnevmoniya manzarasi boshlanadi. Bu holat bir necha hafta yoki oylar ichida yuzaga chiqib, 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'YuE ning o'rtacha o'tkir xiliga xos ham o'pka, ham yurak yetishmovchiligi alomatlari kuchayadi. Bunday holat o'pkaning mayda arteriyalarida mikroembollar bo'lganida,

xatli o'smalar o'pkani metastaz bergan yoki total pnevmoniya rivojlangan hollarda kuzatilgan. Bemorlarda ba'zan astma holati ham ro'y beradi. Klinik nuqtai nazardan O'YuE ning bu turi o'pka yoki yurakning bir qator kasalliklari niqobi ostida utadi. Davolash asosiy kasallikdan xalos etish va yurak ishini to'g'rilashga qaratilgan vositalar hamda antikoagulyantlar buyurishdan iborat.

Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi. O'YuEning 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 gurux 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 abs-sesslari, bronxoektaz kasalligi, o'pka sili, sarkoidoz va o'pka polikistozi kabi nafas a'zolarining surunkali kasalliklaridir. O'YuE ning bu etiologik omillari 80-90 foizni tashkil etadi.

2. Torakodiafragmal nuqsonlar, umurtqa pog'onasi va ko'krak qafasi tizimidagi lordoz, kifoz, kifoskoliozlarda, operatsiya yoki travmalardan keyin yuz beradigan nomutanosibliklar, plevra chandikdari, semizlik (Pikvik sindromi).

3. Bronx-o'pka tizimidagi tomirlar tarmogida ruy beradigan o'zgarishlar: o'pka arteriyasi tizimining birlamchi sklerozi (Arril-yago-Ayers kasalligi), revmatizmga aloqador arteriitlar, vaskulitlar, o'pka arteriyasi tarmoqlarining takroriy emboliyasi, o'pka rezek-siyasi.

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 xisobida 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 yuqorirok ko'tarilishi kichik qon aylanish tizimi gipertenziyasi uchun xosdir. Buiday 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 uglerod (SO_2) oksidning parsial bosimi ortadi. Alveolalardagi kislorod parsial bosimining pasayishi arteriollarning torayib, spazmaga uchrashiga olib keladi va bu holat kichik qon aylanish tizimida bosimning yanada ortib ketishida muhim urin tutadi. Ushbu gipertenziya o'z navbatida, yurak o'ng qorinchasi gipertrofiyasiga olib keladi. Yurakning bu bo'limida dastlab tonogen, so'ngra esa miogen dilyatatsiya belgilari aniqlanadi. Yurak dekompensatsiyasida yurak muskulida oqsil (ayniqsa aktin va miozin), uglevod va minerallar almashinuvining buzilishi, hamda vitaminlar balansining izdan chiqishi katta ahamiyatga ega. O'pkada surunkali davom etib kelayotgan asosiy yallig'lanish jarayonining bot-bot kuzib turishi va og'ir gipoksik holat ham yurak dekompensatsiyasining tezroq boshlanishiga va davom etishiga sabab bo'ladi. Alveolalar kapillyarlarida arteriallasuvning susayishi gipoksemiya bilan namoyon bo'ladi, barcha to'qimalar, jumladan, yurak muskul to'qimasi ham kislorod bilan etarli ta'minlanmaydi. Jarayon hamma hollarda ham qon aylanishining o'ng qorincha etishmasligi bilan tugallanadi.

Hozirgi kunda nafas va o'pka yurak yetishmovchiligining bir necha tasnifi bor. Quyidagi tasnif amaliy shifokorlar uchun ko'proq muvofiq keladi. O'nga ko'ra, o'pka yurak yetishmovchiligining ikki bosqichi tafovut qilinadi:

I bosqichda faqat o'pka yetishmovchiligi kuzatilib, yurak to'la-to'kis kompensatsiya holatida turadi, qon aylanishi jarayoni buzilmagan bo'ladi.

II bosqichda o'pka-yurak yetishmovchiligi kuchayadi, o'pka yetishmovchiligi ustiga, yurak yetishmovchiligi ham qo'shiladi.

Kasallikning I 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. Bemor 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 va u kasallikning shu bosqichida qayd etiladigan hansirashdan ko'ra ko'proq ifodalangan bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda bemorlar umumiy ahvolining 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 oralig'i kengaygan bo'ladi, o'pka ustida aksari ichi bo'sh qutichaga xos perkussion tovush, auskultatsiyada - doimo quruq va nam xirillashlar eshitiladi. Agar xali 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 II 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'zgarishlar qayd qilinadi. Kasallikning shu bosqichida 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, xatto gaplashayottanida ham hansirayveradi, tarqoq sianoz kuchayib, akrotsianoz paydo bo'-

ladi. bo'yin venalari bo'rtib chiqadi, paypaslab ko'rilganda jigarda og'riq seziladi. Bu 1-darajadagi yurak yetishmovchiligi borligini ko'rsatadi. Qon aylanishning 2-darajadagi yetishmovchiligida yuqoridagi 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- buzarib, korayib, 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 dupiriga o'xshab seziladi; o'pka arteriyasi ustida II ton kuchayganligi qayd etiladi. EKG past voltajli, o'ng tomonga surilgan bo'lib, II-III; aVF va V1 -V2 holatlarida S-T oralig'i pastga surilgan, T yo'qolib ketgan yoki manfiy bo'ladi.

Rentgenologik tekshirishda bronx-o'pka tizimida 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 xisobida 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, gorizontal holatda yotib qoladi, bu - nafas markazining susayganidan darak beradi va differensial tashxis uchun ahamiyatlidir.

Oyoqlardagi shish issiq va bu holat qon aylanish tizimining 3-darajali yetishmovchiligiga xosdir. Anamnez ma'lumotlari bemorning shikoyatlari, ob'ektiv ko'rsatkichlar, klinik, funksional va laborator tekshirishlar natijalariga asoslanib, O'YuEning qay-

si bosqichda ekanligini aniqlash mumkin. Lekin xastalikning yurak-tomirlar tizimi boshqa kasalliklari bilan birga qo'shilgan bo'lishi tashxislashni qiyinlashtiradi. Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi tashxisi, aksari, ma'lum bir vaqt o'tgandan keyin, kechikib quyilishini ham aytib utish kerak. Shuning uchun ham yurak yetishmovchiligi bilan O'YuEni bir-biridan farqlab, tashxisni aniqlab olishda ko'pincha xatolikka yo'l qo'yiladi. Ayniqsa, bemorning yoshi o'tinqirab qolgan bo'lsa, qon aylanishining surunkali obstruktiv o'pka kasalligi tufayli buzilishi xolati ko'pincha, yangilishib, kardioskleroz, gipertoniya kasalligi va yurakning mitral nuqsoni natijasida boshlangan yurak dekompensatsiyasi deb baholanadi, chunki bu kasalliklar ham kichik qon aylanish tizimida ro'y beradigan sezilarli dimlanish xodisasi bilan kechadi. Anamnezni sinchiklab o'rganish, klinik, funksional va laborator tekshirishlar, qisman EKG, rentgenoskopiya va rentgenografiya natijalarini fikran to'g'ri talqin qilish differensial tashxisga yordam beradi.

Homiladorlarda o'pka-yurak yetishmovchiligini kechish xususiyatlari. Homiladorlarda ularning asosiy kasalligi belgilari bilan bir qatorda, asorat hisoblangan kasallik, hamda o'tkir o'pka-yurak belgilari namoyon bo'ladi. Bunday holatda bemorlarning umumiy ahvoli o'rtacha, ko'pincha og'ir bo'ladi. Ularda o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari va o'tkir o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. Ona organizmida bo'lgan patologik jarayon homilaga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Unda gipoksiya, asfiksiya, tushib ketish hollari, antenatal o'lim kabi asoratlari kuzatiladi. O'tkir o'pka-yurak bilan homiladorlar kasalxonaning intensiv terapiya va reanimatsiya bo'limiga yotqizilishi zarur va simptomatik davolash tadbirlarini o'tkaziladi (o'pka-yurak rivojlanishiga sabab bo'lgan asorat kasallikni xisobga olib).

O'rtacha o'pka-yurak. Dekompensatsiyalangan o'rtacha o'pka-yurakning kelib chiqish mexanizmlari ham o'tkir o'pka-yurak mexanizmlariga o'xshashdir. Bemorlarda nafas yetishmovchiligi belgilari (hansirash, nafas qisishi, sianoz) kuzatilishi bilan birga

bo'yin venalarining bo'rtib qolishi, taxikardiya, mayin va sur'ati tezlangan puls, EKGda sinusli taxikardiya, yurak elektr o'qining o'ngga burilishi, o'ng qorincha va bo'lmacha gipertrofiyasi belgilari.

Bemorlarda intensiv davolash tadbirlari o'tkazish zarur. Dekompensatsiyalangan o'rtacha o'tkir o'pka-yurak homilador va homilaga salbiy ta'sir ko'rsatadi, homilada gipoksiya, gipotrofiya, tushib ketish hollari, antenatal o'lim, muddatidan oldin tug'ilish kuzatiladi.

Xronik o'pka-yurak birlamchi o'pka gipertrofiyasi, arteriitlar, takror emboliyalar, o'pka rezeksiyasi, o'pka va bronxlardagi obstruktiv jarayonlar, ko'krak qafasi va umurtqa pog'onasining zararlanishi natijasidagi deformatsiyalar, plevral bitishmalar, semizlik (Pikvik sindrom) natijasida rivojlanadi. Kompensatsiyalangan davrda xronik o'pka-yurak organizmiga salbiy ta'sir qilib qolmasdan, homila rivojlanishida ham qator asoratlarga olib keladi (homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi, chala tug'ilish, yo'ldoshning erta ko'chishi, homila atrofidagi suyuqlikning oqib ketishi, antenal o'lim), tug'ish faoliyatining sustlashishi, tug'ish jarayonida ona organizmida o'tkir o'pka-yurak yetishmovchilik (xronik o'pka-yurak yetishmovchilik fonida) rivojlanishi mumkin.

2. Asosiy kasallikni faol davolash (xronik zotiljam, bronxit va x.). Bunda antibiotiklar, sulfanilamidlar va boshqalar tayinlanadi. Patogenetik va simptomatik terapiya bronholitiklar va spazmolitiklar (eufillin tabletkalari -0,15 g dan kuniga 3 marta yoki 2,4% eritmasi 5-10 mldan venaga, 12% yoki 24%li eritmasi 2ml dan mushaklar orasiga yuboriladi. Bromgeksin, mukaltin, bisolvon, balg'am ko'chiruvchilar (termopsis, ipekakuana), kortikosteroidlar, antibakterial terapiya bilan birga ularni intratraxeal yuborilganda eng yaxshi natijaga erishiladi (antigistamin preparatlari).



3.11-rasm. O'pkadan qon ketishi

Xronik o'pka-yurakning ayniqsa II-III bosqichlarida yurak glikozidlari (strofantin, korglikon, digoksin va b.) siydik xaydovchilar (veroshpiron 0,025-0,050 dan kuniga 3-4 marta, furosemid 0.04-0,08 g kuniga bir marta, gipotiazid 50-100 mg dan kuniga bir marta va b.) keng qo'llaniladi. Ko'rsatmalar bo'yicha va monelik qiladigan hollar bo'lmaganda antikoagulyantlar (geparin) qo'llaniladi va qon olinadi (ifodalangan politsitemiyada, eritrotsitozda). Oksigenoterapiya, o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi.

Fizioterapevtik metodlar va davolash fizkulturasi xronik o'pka jarayonini xisobga olgan holda (UVCh, elektrofarez, dori moddalarini aerosol ko'rinishida yuborish) nafas gimnastikasi kompleksi, massaj va boshqalar. Dispanser kuzatuv asosiy jarayon faollanishi o'pka-yurak avj olishining oldini olish, boshqa infeksiyalar va kasalliklar qo'shilmasligi uchun o'tkaziladi. Sanatoriy-kurortda davolash (sanatoriy-Oktosh) o'pka-yurakning kompensatsiya fazasidagi bemorlarga asosiy jarayon qo'zimaganida tayinlanadi. O'pka-yurak profilaktikasi bir necha yunalishlar bo'yicha o'tkaziladi: 1. Ekologik sharoitni yaxshilash va regionlarda ifloslanishlarga qarshi kurashish ishi bo'yicha sanitariya-gigiena tadbirlari. 2. Turli infeksiyon o'choqlarining oldini olish yoki ularni o'z vaqtida davolash. 3. Bronx-o'pka sistemasi o'tkir va xronik kasalliklarining oldini olish va faol davolash.

3.8.O'PKADAN QON KETISHI. ShIFR –R 58

O'pkadan salmoqli qon ketishi deb bir kecha-kunduzda 600 ml va undan ko'p qon ketganda aytiladi. O'pkadan salmoqli qon ketish tuberkulezda, zamburug'li infeksiyada, bronxoektazlarda, o'pka absessida, nekrotik pnevmoniyada kuzatiladi. Ikkinchi o'rinda o'pka o'smasi va uni shikastlanishi turadi. O'pka infarkti va o'pka zararlanishi bilan kechuvchi turli sistemali kasalliklarda qon tuflash kuzatiladi.

O'pkadan qon oqishi xavfi qon yo'qotish bilan kamdan-kam bog'liq bo'ladi. Oqqan qon ivib qolgan qon bilan nafas yo'llarining blokada qilib quyilishi hamda qon bilan alveolyar to'qimaning ta'sirlanishi juda katta xavf tug'diradi. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash ularning oqqan qon bilan obstruksiya bo'lgandagina zarur bo'ladi. Qon oqayotgan segment lokalizatsiyasini xisobga olgan holda postural drenaj qilinadi. Bronxoskop nazoratida nafas yo'llaridagi qon so'rib olinadi. Zararlangan o'pka segmentini kateterizatsiya qilish qonni o'pkaning boshqa zonalariga tarqalishini oldi olinadi. Qon oqishi to'xtatgandan so'ng mukolitiklar aerozolini ingalyatsiya qilish yordamida balg'am ajralishi va chiqishini stimulyatsiya qilish kerak. Alveolyar to'qimaga qon ta'sirini bartaraf qilishi uchun bir yoki ikki marta glyukokortikoidlar aerozolini ingalyatsiya qilishga to'g'ri keladi. Massiv qon ketganda organizm xayoti uchun muhim funksiyalarni bir maromda tutib turish maqsadida oksigenoterapiya fonida gemotransfuziya qilinadi yoki zarurat bo'lganda o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilinadi.

Eng qiyin masala qon ketishini to'xtatishdir, ba'zan shu maqsadda darhol operatsiya qilish zarur bo'lib qolishi mumkin. O'pkada qon ketishini to'xtatishning ancha invaziv bo'lmagan usuli-bronxoskopiyadir. Bu usul bilan qon oqayotgan tomir lokalizatsiyasi aniqlanadi, zararlangan bronxga esa Fogarti tipidagi kateter-blokator kiritiladi. Bronxoskopiya davomida bronxial shoxning barcha bo'limlari oqqan qondan puxtalik bilan tozalanadi. Maxsus markazlarda bronxial arteriyalarning yunaltirilgan

angiografiyasi o'tkaziladi va shu vaqtning o'zida shikastlangan qon tomir embolizatsiya qilinadi. Azob beruvchi yo'talni bartaraf qilish maqsadida narkotik analgetiklar va anesteziya qiluvchi aerezollar ingalyatsiyasi qo'llaniladi, aks holda yo'tal qon ketishini kuchaytirib yuborishi mumkin. Qon oqishi to'xtagandan so'ng asosiy kasallikni davolash tadbirlarini o'tkazish zarur, metabolizm va boshqa organlar funksional buzilishlarini korreksiya qilish, pnevmoniyaning oldini olish va uni davolash, hamda reabilitatsion terapiya o'tkaziladi..

O'pkadan qon ketish hollari homilador ayollarda ham kuzatilishi mumkin. O'pkadan qon ketishini intensiv davolash homiladorlarda ham umumiy davolash koidalari bo'yicha o'tkaziladi. Imkoni boricha homilaga salbiy ta'sir qiluvchi dori vositalari qo'llanilmaydi. O'pkadan qon ketganda homilani o'tkir gipoksiyasi kuzatiladi, asfiksiya, xatto homilaning xalok bo'lish xavfi tug'iladi.

3.9.ASPIRATSION SINDROM. ShIFR – J.70

Aspiratsion sindrom bu o'pkaning polietiologik zararlanishi bo'lib, yuqori nafas yo'llarining aspiratsion material bilan mexanik obstruksiyasi. Laringo - yoki bronxospazm, bronxiolit, pnevmonit va pnevmoniya natijasida o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan kechadi.

Nafas yo'llarida aspiratsiya qo'zg'aganda, me'da shirasi va uning tarkibidagi moddalar regurgitatsiya bo'lganda, og'iz bo'shlig'i va o'pkadan qon ketganda, suvga cho'kkanda kuzatilishi mumkin. Aspiratsiya bo'lishi uchun zarur shart-sharoit tovush tirqishining bekituvchi va yutinganda hiqildoqni ko'taruvchi bulbar mexanizmi bo'lishidir. Bu ko'pincha komatoz holatlarda kuzatiladi. Aspiratsiyada 70%gacha o'lim kuzatiladi.

Aspiratsion sindrom patogenezini va klinik manzarasida aspiratsiya bo'lgan suyuqlikning harakteri muhim rol o'ynaydi. O'yuvchi suyuqlik va bug'lar aspiratsiyasi og'ir pnevmonit rivojlanishiga sabab bo'ladi. Aspiratsion sindrom og'irligi va sur'ati aspiratsiya bo'lgan suyuqlikni rN bilan bog'liq, rN qancha past bo'lsa, pnevmonit

ham shuncha og'ir bo'ladi. O'pkani maksimal shikastlanishi rN-1,5 atrofida bo'lganda kuzatiladi. Aspiratsion sindrom o'pkaning interstitsial shishi, bronxiolit va alveolyar epiteliy deskvamatsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Bunday holatda o'pkaning kengayish qobiliyati keskin pasayadi, alveolyar kapillyar membrana orqali gazlar diffuziyasi buziladi, nafas yo'llarining ekspirator bekilishi va alveolyar shunt kuzatiladi. Intensiv terapiya fonida pnevmonit o'tib ketgandan keyin rivojlanishi kuzatiladi.

Aspiratsion sindromni klinik manzarasi aspiratsiya bo'lgan suyuqlik harakteriga bog'liq. RN-2,5 dan past bo'lgan nordon suyuqlik aspiratsiya bo'lganda atropin va beta-adrenostimulyatorlar bilan bartaraf qilinishi mumkin bo'lgan laringospazm va bronxospazm paydo bo'ladi, biroq bir necha soatdan so'ng kuchayib boruvchi gipoventilyatsiya bilan birgalikda obstruktiv restruktiv buzilish belgilari vujudga keladi.

Rentgenologik tekshirishda infiltrativ o'zgarishlar kuzatiladi. Oksigenoterapiya bartaraf bo'lmaydigan gipoksemiya paydo bo'ladi. Interstitsial pnevmonit va bronxolitning birgalikda kelishi gipoventilyatsiya va venoz qon shuntini yomonlashtiradi. Kislorod ingalyatsion gipoksemiyaning bartaraf qilmaydi. Bunday sharoitlarda alveolyar kapillyar membranani o'tkazuvchanligi ortib ketadi, shishish xodisasi kuchayadi, atelektazlar hosil bo'ladi.

Giperergik aspiratsion pnevmonit (Mendelson sindromi) ko'pincha ayollarda tug'ish jarayonini yoki akusherlik operatsiyasini umumiy og'riqsizlantirganda (narkozda) kuzatiladi. Tug'uvchi ayollarni nazoratsiz ovqatlantirib qo'yilganda qorin-bo'shlig'idagi katta bosim ortadi va gastrin miqdorini pasayishi bilan bog'liq bo'lgan ovqatning me'dadan passaji sekinlashgan bo'ladi. Tug'ish jarayonida va tug'ayotgan ayollarning operatsiya qilish hollarida ularga ko'pincha Trendelenburg holati beriladi, katta gradienti xisobiga regurgitatsiyani osonlashtiradi.



3.12-rasm. O'tkir ekssudativ pnevmonit (Mendelson sindromi)

Suvga cho'kish bilan bog'liq bo'lgan aspiratsion sindrom boshqacha kechadi. Chuchuk suv o'pkadan tez so'rilib gemolizga, elektrolit buzilishlar va yurak aritmiyasiga olib keladi. Dengiz suvi esa plazmaga nisbatan gipertonikdir, shuning uchun u o'pkadan so'rilmaydi. Aksincha qondan o'pkaga suyuqlik o'tadi va yashin tezligida o'pka shishining rivojlanishiga imkon yaratadi. Suvga cho'kishining kamdan-kam hollarida o'pkada suv bo'lmaydi, o'lim esa nafas harakatlari bo'lmaganligi bilan bog'liq yurak faoliyatining to'xtashi xisobiga sodir bo'ladi.

Intensiv terapiya qisqa muddatda, kechiktirmasdan nafas yo'llaridan aspiratsion materialni olib tashlash, bronxospazm bilan kurashish va pnevmonitni davolashdan iborat. Avval atropin yoki beta-adrenostimulyatorlarni aerosol va vena ichiga kiritish bilan bronxospazm bartaraf etiladi. 1-3 soat davomida bemorga uzluksiz natriy gidrokarbonat, glyukokortikoidlar, mukolitiklar aerosollari ingalyatsiya qilinadi. Bu tadbirlar interstitsial shish va pnevmonit rivojlanishini oldini olish mumkin. Xar holda ular rivojlangan bo'lsa, nafas chiqarish oxirida musbat bosim rejimida o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilishga erishiladi. Aspiratsion sindrom bartaraf etilgandan so'ng, paydo bo'lgan pnevmoniya va atelektazlarni davolashga kirishiladi.

Перегнуть через собственное бедро,
несколько раз ударить ладонью
на уровне лопаток.



3.13-rasm. Cho'kkanda birinchi yordam

Suvga cho'kish bilan bog'liq bo'lgan aspiratsion sindromda o'pkadagi suvni oqizib yuboriladi, og'iz bo'shlig'i va xalqumni balchiq va yashil suv o'tlaridan ozod qilish kerak. Buning uchun jabrlanuvchi ko'krak qafasining oldingi yuzasi boshi pastga osilib turgan holatda, qutqaruvchini tizzasiga yotqiziladi va ko'krak qafasini orka tomonidan siqish lozim. Bu vaqtda o'pkadagi suvning bir qismi chiqib ketadi, me'da shirasi va uning tarkibidagi ovqat moddalar regurgitatsiyasi esa kuzatilmaydi. Suvni bira to'la chiqarib yuborish uchun vaqt yo'qotmasdan ekspirator yoki apparat usuli bilan o'pkani sun'iy nafas oldirishga kirishiladi.

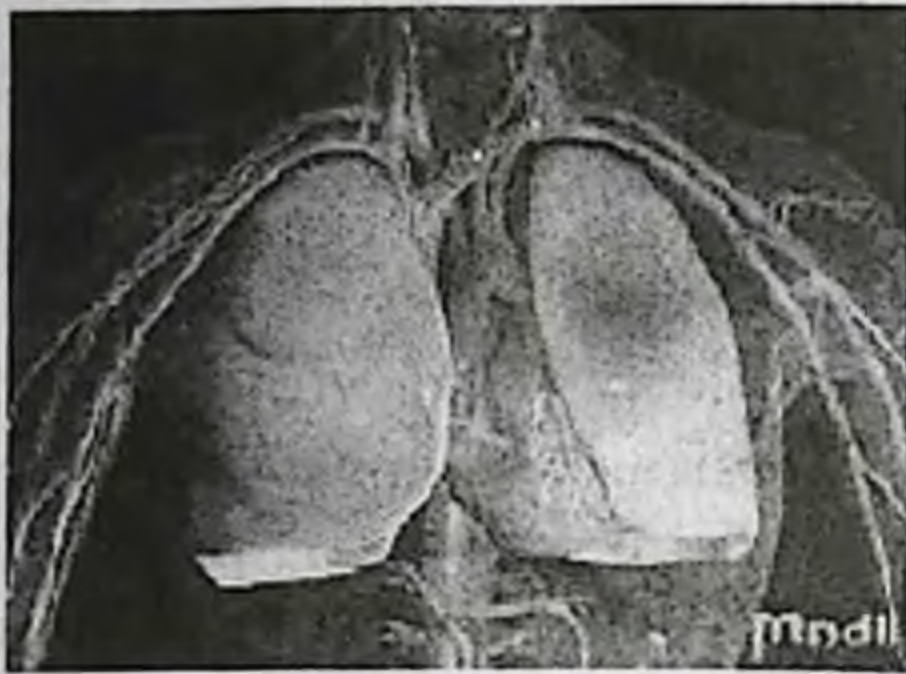
O'pka sun'iy nafas ventilyatsiyasining ekspirator shakllari iloji boricha jabrlanganni qirg'oqqa olib chiqayotganda boshlash kerak. O'pka sun'iy ventilyatsiyasi va yurak massaji samaradorligini statsionardagi o'pka shishishi va pnevmonitni intensiv davolash bilan kuchaytiriladi.

3.10.O'PKANING KARDIOGEN ShISHI VA YuRAK ASTMASI. ShIFR – J 50.1

O'pkaning kardiogen shishi va yurak astmasida o'pka shishining boshqa shakllaridagiga qaraganda o'tkir nafas yetishmovchiligi ko'pincha og'ir kechadi. Yurakni qon xaydash funksiyasi pasayganda

etarli miqdorda venoz qonning yurakka qaytib kelishi, avval o'pka-venoz, keyinroq esa o'pka-arterial gipertenziyasiga olib keladi. O'pkalarning qon bilan to'lishi kuchayadi. O'pka-kapillyar bosimi ko'tariladi, o'pkada suyuqlikning tomirlar tashkarisidagi hajmi ortib boradi, so'ng esa suyuqlikning alveolalarga transsudatsiyasi boshlanadi. Tezda kislorod ingalyatsiyasi yordamida bartaraf qilinuvchi giperkapinyasiz arterial gipoksemiya rivojlanadi. Shishish bilan bog'liq bronxiolalar elastiklikning bartaraf bo'lishi va nafas yo'llarining ekspirator bukilishi kuzatiladi. Shu munosabat bilan gipoventilyatsiya bo'lgan zonalarda O'tkir nafas yetishmovchiligini kuchaytiruvchi alveolyar shunt paydo bo'ladi yoki kuchayib boradi. O'pkaning kardiogen shishi gemodinamik buzilishlar xisobiga rivojlangan, jigar yetishmovchiligi bilan bog'liq gipoproteinemiya sababchisi bo'lgan onkotik bosimni pasayishi vazminlashtiradi. Yurak chap qorinчасi yetishmovchiligida rivojlangan o'pka shishining prognostik kriteriyasi bo'lib o'pka kapillyar va onkotik bosimlar gradienti hisoblanadi. Agar u 1,2 kPa (9mm.sim.ust) dan ko'p bo'lsa o'pka shishishi rivojlanmasligi mumkin. Mabodo bu gradient 0,3 kPa (2 mm.sim.ust) dan kam bo'lsa ko'pincha o'pka shishishi rivojlanadi. O'pka interstitsial shishining klinik ko'rinishi yurak astmasi belgilari bilan harakterlanadi, o'pkaning alveolyar shishi nafas yo'llari ko'pik bilan obstruksiya bo'lganligi sababli og'ir o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Yurak astmasi va o'pkaning kardiogen shishida kuzatiladigan O'NE intensiv davolashda quyidagi tadbirlar o'tkaziladi: 1) Aylanib yuruvchi qonning hajmini kamaytirish. 2) o'pkadagi tomirdan tashqaridagi qonning hajmini kamaytirish; 3) yurak qon xaydash qobiliyatini kuchaytirish; 4) gazlar almashinuvini yaxshilash; 5) narkotik analgetiklar, ganglibloqatorlar va diuretiklar qo'llaniladi.



3.14-rasm. Kardiogen shish

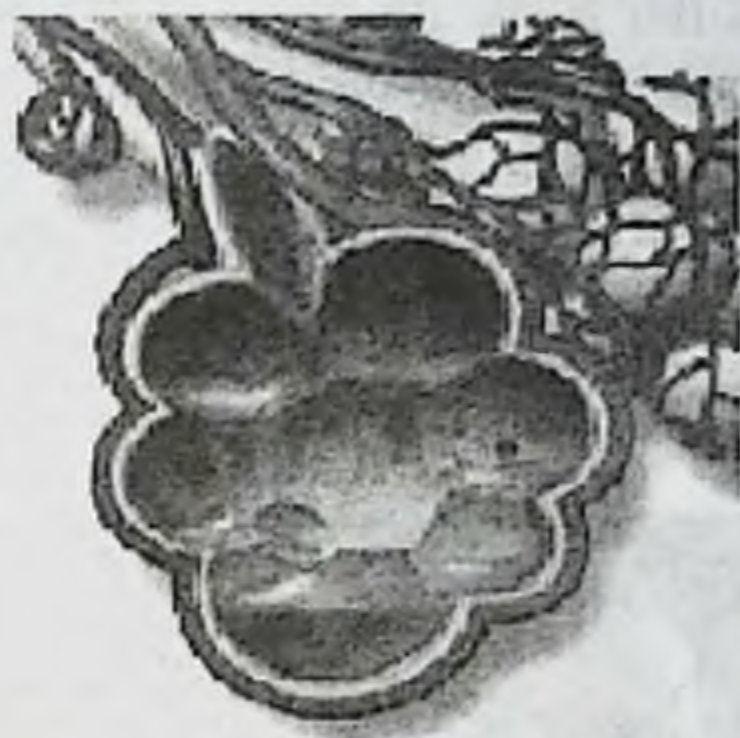
Ingalyatsion oksigenoterapiya samaralidir, bu muolija uzluksiz musbat bosim rejimi yoki nafas chiqarish oxirida musbat bosim rejimidagi o'pkaning spontan ventilyatsiyasi bilan birgalikda o'tkazilsa ijobiy natija beradi. O'pkadagi musbat bosim 0,6-0,8 kPa (6-8sm.suv.ust) dan oshib ketishiga yo'l qo'ymaslik kerak (yurak yetishmovchiligida venoz qaytalanish buzilmasligi uchun). Agar yuqoridagi davolash usulari samarasiz bo'lsa, o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish zarur bo'lad

3.11.O'PKANING NOKARDIOGEN ShISHI.

ShIFR – J 81

O'pkaning nokardiogen shishi, xirurg, akusher va pediatrik amaliyotida uchraydi. O'pkaning nokardiogen shishida o'pka kapillyarlarida bosim ko'tarilishi rol o'ynaydi. Jigarning funksional yetishmovchiligi, ozib ketish yoki ko'p qon yo'qotish bilan bog'liq gipoproteinimiyada o'pkaning shishi qonning past onkotik bosimi bilan tushutiriladi, o'pka shishining bu mexanizm buyraklar yetishmovchiligi yoki dengiz suvida cho'kish natijasida kelib chiqadigan giperhidratatsiya xalqiluvchi ahamiyatga ega. Alveolyar-kapillyar membrana o'tkazuvchanligining ortishi natijasida paydo bo'luvchi o'pka shishi anafilaktik va septik shokda, zaharli gaz va bug'lar bilan nafas olganda, o'pkaning giperoksik zararlanishida,

hamda kalla suyagi travmasi va miyaning boshqa zararlanishlari bilan bog'liq neyrotrofik buzilishlarida kuzatiladi. O'pka shishi rivojlanishida surfaktant sistemasi yetishmovchiligining o'ziga xos ahamiyati bor.



3.15-rasm. O'pka shishi ko'rinishi

O'pka shishida o'tkir nafas yetishmovchiligining asosiy mexanizmi nafas yo'llarining ko'pik bilan obstruksiya bo'lishidir (o'pka shishida 200 ml suyuqlikdan 2-3 litr ko'pik hosil bo'ladi). O'tkir nafas yetishmovchiligi boshqa fiziologik mexanizmlardan o'pka kengayish qobiliyatining kamayishi, nafas muskullari ishi-ning kuchayishi, alveolyar gipoksiya, alveolyar-kapillyar mem-branadan gazlar diffuziyasining buzilishi o'pkadan balg'am va ko'pik drenajining yomonlashishidir.

Intensiv terapiya. Xayotni saqlab qolishga qaratilgan universal tadbirlar bilan birga etil spirti yordamida ko'pik so'ndirish sun'iy oksigenatsiya qilish, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi tadbirlari o'tkaziladi va zarur medikamentlar qo'llaniladi. Onkotik bosim past bo'lganda albumin eritmalarini vena ichiga transfuziya qilish va diuretiklarni parenteral kiritishga to'g'ri keladi, alveolyar-kapillyar membrana o'tkazuvchanligi ortganda antigistamin vositalar va glyukokortikoidlar qo'llaniladi. Barcha hollarda asosiy kasallikni davolash zarur.

3.12. KATTA YOShLILARDA RESPIRATOR DISTRESS-SINDROMI. ShIFR. J 80.

Katta yoshlilar respirator distress-sindromi (KYoRDS) o'pka turli tuman shikastlanishlarining yakunlovchi fazasidir.

Shikastlovchi omillar o'pkaga nafas yo'llari orqali (aspiratsion sindrom, suvga cho'kish, toksik gazlar) yoki o'pka tomirlari (bakterial toksinlar, qon hujayralari agregatlari, immun komplekslar, mikroembollar va boshqalar) orqali ta'sir qiladi. KYoRDS ning ko'p sinonimlari bor «shok-o'pka» sindromi, «postperfuzion-o'pka sindromi va boshqalar.



3.16-rasm. KYoRDS patogenezi

KYoRDSni diagnostika qilish va davolashdagi muvaffakiyatlarga qaramasdan bu sindromda o'lim 60%dan ortiqdir. KYoRDS - nafasning tipik buzilishi bo'lib, bu o'pkaning nafas olish bilan aloqador bo'lmagan funksiyasining zararlanishi bilan bog'liqdir. KYoRDSda o'pka kapillyarlari endoteliyining diffuz shikastlanishi kuzatiladi, atelektazlar va nafas yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keluvchi o'pkaning interstitsial shishi vujudga keladi. KYoRDS o'pkaning kislotalar, toksinlar bilan (shu jumladan bakterial toksinlar) bevosita shikastlanganda, araxidon kislotasi metabolitlari ta'sirida (leykotrienlar, prostoglandinlar, trombaksan) fibrin va uning maxsulotlari degradatsiyasi, hamda neytrofillar parchalanish maxsulotlari ta'sirida rivojlanadi. Qonda mexanik aralashma va biologik faol moddalarning ortiqcha bo'lishi - massiv

qon quyilganda, sun'iy qon aylanishida, hujayralar agregatsiyasi bilan birga qonning reologik xossalari buzilishida kuzatiladi.

Patogenezi - mexanik aralashmalar va biologik faol moddalar o'pka kapillyarlari endoteliysining shikastlanishiga imkon tug'diradi, alveolyar - kapillyar membranasi o'tkazuvchanligining keskin ortishiga va o'pka interstitsial shishining shakllanishiga imkon tug'diradi, natijada surfaktant ishlab chiqarilishi kamayadi, atelektazlar paydo bo'ladi, o'pkaning kengayish qobiliyati keskin kamayadi, alveolyar shunt, arterial gipoksemiya va o'pka arteriyasidagi bosim ortib boradi. KYoRDS ning chaqaloqlar respirator distress-sindromidan farqi shundaki, surfaktant yetishmovchiligi chaqaloqlarda birlamchi bo'ladi, kattalarda esa o'pka to'qimasidagi shish va yallig'lanish oqibatidir.

Klinik manzarasi – bemorlarda yo'tal, qon aralash balg'am tashlash, hansirash bilan birga, o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. O'pkada mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. Sianoz oksinogenoterapiyadan keyin yo'q bo'lib ketmaydi. Rentgenologik tekshirilganda o'pkaning ifodalangan interstitsial shishi va o'pkaning ikki tomonlama diffuz infiltratsiyasi kuzatiladi. KYoRDS ning dastlabki bosqichlarida giperventilyatsiya bo'lishiga qaramasdan gipoksemiya kuchayib boradi. O'pkaning interstitsial shishi katta qon aylanish doirasida mikrotsirkulyatsiya buzilishiga imkon yaratadi.

Intensiv terapiya – Katta yoshlilarning respirator distress-sindromini davolashdan ko'ra uning oldini olish osondir, shuning uchun ham intensiv terapiyani imkoni boricha ertaroq boshlash zarur: reopoliglyukin, pentoksifillin va boshqa antiagregantlar vena ichiga tomchilab kiritiladi. «Nafas chiqarish oxirida musbat bosim» rejimida o'pkaning erta sun'iy ventilyatsiyasi zarurati bor, bu o'pkaning funksional qoldiq hajmini ko'paytiradi va alveolyar shuntini kamaytiradi. «Nafas chiqarish oxirida musbat bosim» optimal hajmini qondagi gazlar tarkibiga va yurakning qon xaydash qobiliyatiga qarab tanlab olinadi. Katta yoshlilarning respirator distress-sindromining dastlabki bosqichlarida «Uzluksiz musbat

bosim» rejimidagi spontan ventilyatsiya samarali bo'lishi mumkin. Giperoksiya katta yoshlilarning respirator distress-sindromini tutib turishini xisobga olib, oksigenoterapiyada kislorodning yuqori konsentratsiyasidan foydalanmaslik zarur. Nafas olinayotgan konsentratsiyasini RaO_2 ni 9,3 kPa (70mm.sim.ust) dan kam bo'lmagan raqamlarda ushlab turish zarur.

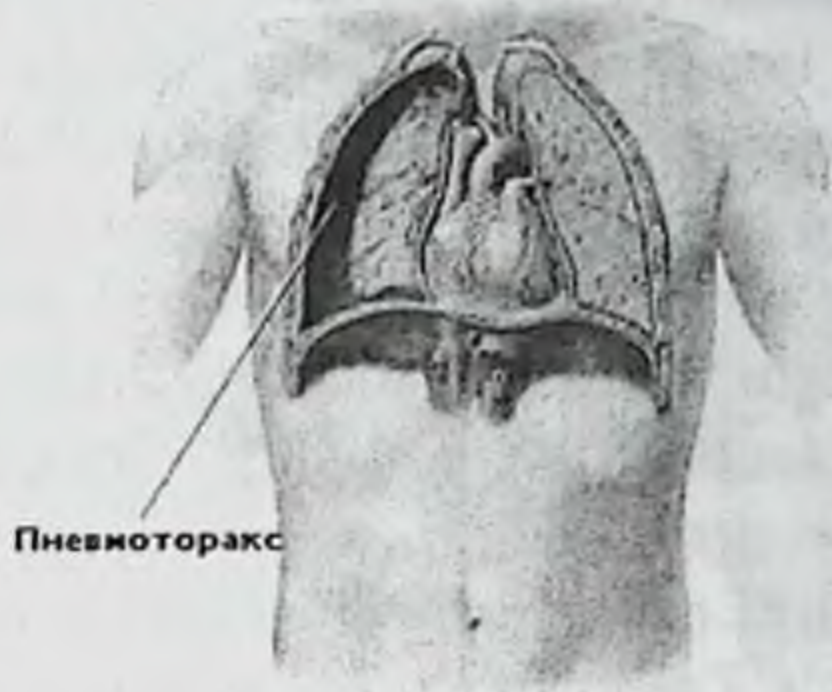
Balg'amni aerozol terapiya va vibratsion massaj yordamida o'z vaqtida drenaj qilish maqsadga muvofiqdir. O'pkaning interstitsial shishini bartaraf qilish uchun albumin eritmalarini va glyukokortikoidlarning katta dozalarini vena ichiga transfuziya qilish tavsiya qilinadi. Katta yoshlilarning respirator distress-sindromini davolash asosiy kasallik intensiv terapiyasi bilan birgalikda metabolizmni korreksiya qilgan holda, antibiotiklarni qo'llash bilan o'tkaziladi.

3.13.PNEVMOTORAKS. ShIFR –J 93

O'pkaning nafas funksiyasi va visseral plevra butunligining buzilishi oqibatida rivojlanadigan o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan kuzatiluvchi sindrom xisoblanadi.

Etiologiyasi. Ko'proq bemor yoshlarda kuzatiladi. Oldindan diagnostika qilinmagan surunkali kasalliklar - bullyoz emfizema, o'pka absessi, o'pka yoki qizilo'ngachning emiriluvchi o'smalari visseral plevraning butunligi buzilishiga olib keladi.

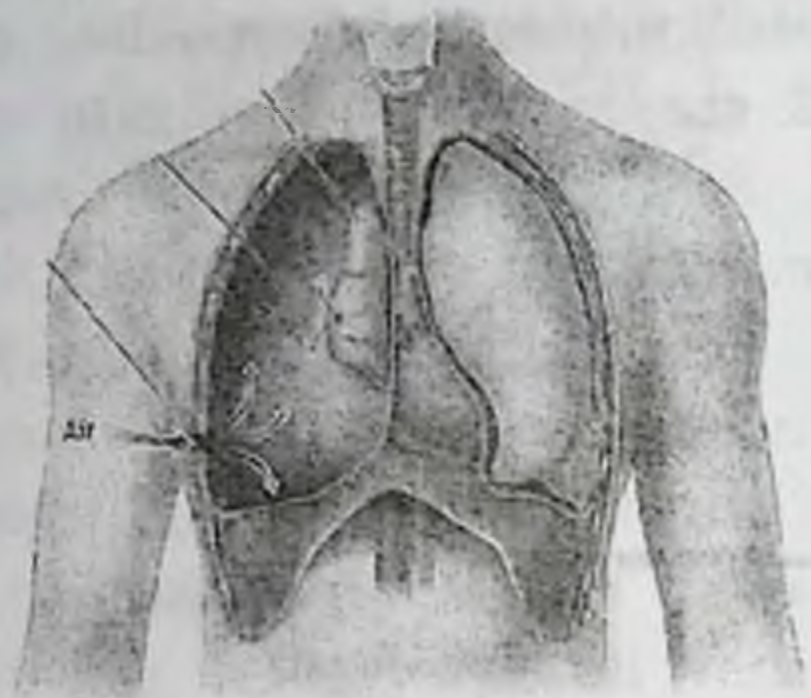
Patogenezi. Pnevmotoraks natijasida ko'krak qafasida plevra ichi bosimi ortadi, zararlangan o'pkaning kollapsi oqibatida ventilyatsiya jarayoni buziladi, kichik qon aylanishi doirasida yurakka keluvchi venoz qonning kamayishi natijasida yurak zarb hajmi kamayadi. Bemor axvolining og'irligi pnevmotoraks turiga va o'pkaning nechog'lik zararlanishiga bog'liq bo'ladi. 3 xil turdagi pnevmotoraks farqlanadi: 1.Ochiq pnevmotoraks. 2. Yopiq pnevmotoraks. 3. Klapanli pnevmotoraks.



3.17-rasm. Pnevmotoraks

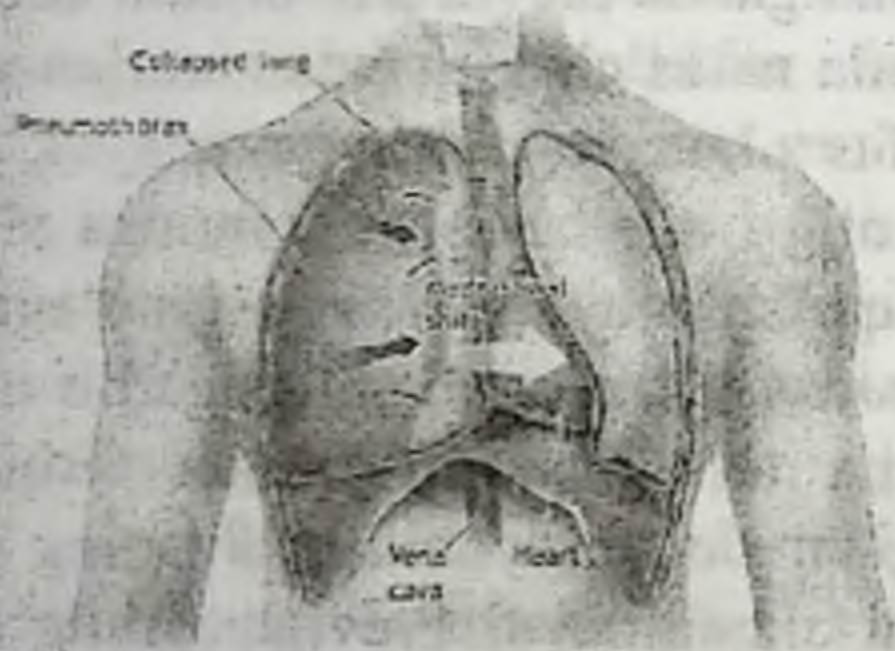
Ochiq pnevmotoraks. Plevra bo'shlig'i bilan atmosfera o'rtasida aloqa doimiy saqlanib turadi. Normada plevra bo'shlig'ida doimiy manfiy bosim saqlanib turadi. Nafas chiqarganda minus 5 sm, nafas olganda minus 10sm suv ustuniga teng bo'ladi, natijada o'pkaning kengayishi va o'nga xavo kirishi yuz beradi. Ko'krak qafasi butunligi buzilganda plevra ichi bosimi atmosfera bosimiga tenglashadi, natijada nafas chiqarganda zararlangan tarafda o'pka bujmayadi va nafas olganda joyiga qaytmaydi, to'g'rilanmaydi. Natijada ko'ks oralig'i a'zolari sog' tomonga siljishi kuzatiladi. Nafas olish va chiqarish jarayonlarida bosim o'zgarmaydi.

Yopiq pnevmotoraks. Plevra bo'shlig'iga bir marta xavo kiradi va atrofdagi o'pka to'qimasi yordamida teshikning berkilishi natijasida keyingi nafas jarayonida xavoning takroran plevra bo'shlig'iga kirishi kuzatilmaydi. Plevra bo'shlig'ida manfiy bosim saqlanadi. Bu turdagi pnevmotoraks kechishi bo'yicha eng ijobiy xisoblanadi va bemorning xayotiga xavf solmaydi.



3.18-rasm. Ochiq pnevmotoraks

Klapanli (zo'riqish) pnevmotoraksi. Nafas olish jarayonida plevra bo'shlig'idagi teshik ochiladi, nafas chiqarishda yopiladi va natijada plevra bo'shlig'ida birmuncha xavoning to'planishi kuzatiladi. Bu har doim intensiv davo talab kiladigan pnevmotoraks xisoblanadi.



3.19-rasm. Zo'riqish pnevmotoraksi

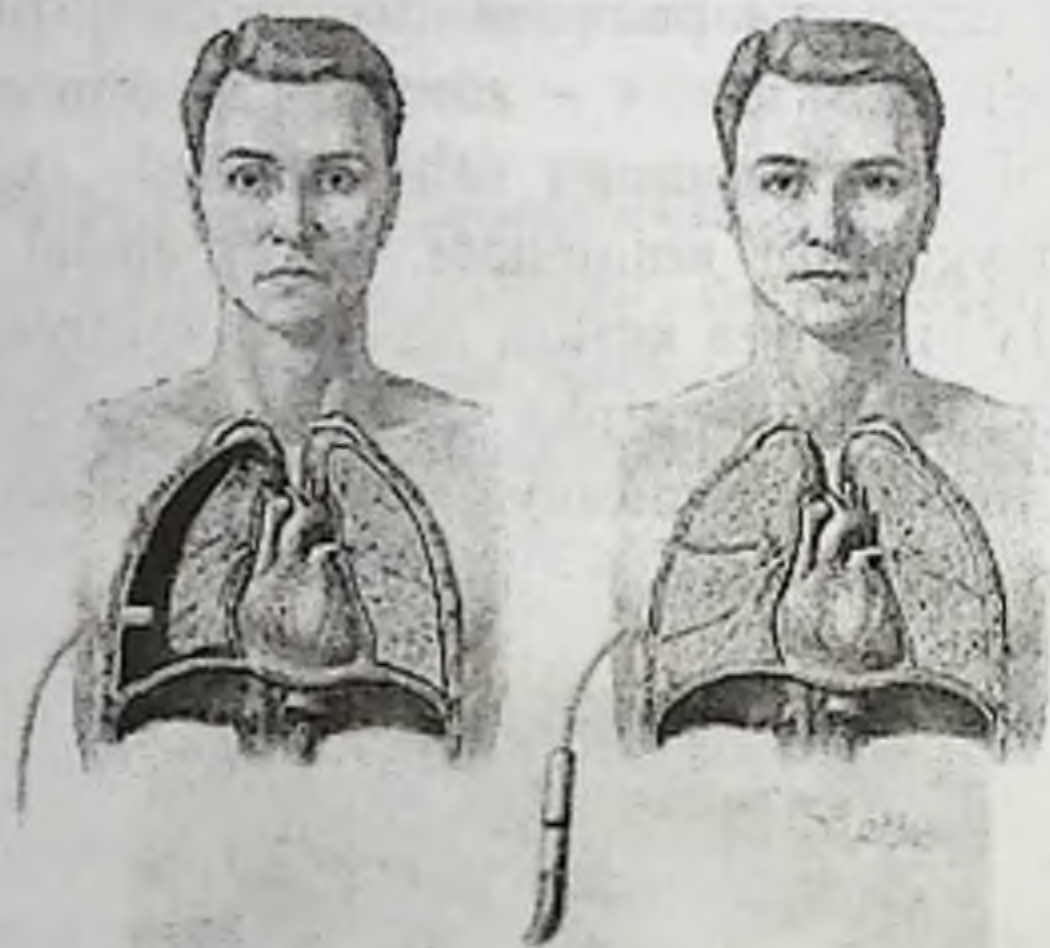
Klinikasi. Pnevmtoraks turidan qat'iy nazar klinikasi plevra bo'shlig'iga kirayotgan xavoning hajmi va tezligiga bog'liq bo'ladi. Ko'krak qafasining jaroxatlangan tomonida birdaniga avval qisqa

muddatli, so'ngra doimiy og'riq boshlanadi. Keyinchalik og'riqlar butunlay yo'qolishi yoki ezuvchi doimiy harakterga ega bo'lishi mumkin. Bemor og'riq paydo bo'lgan vaqtni aniq aytib beradi. Birdaniga tinchlikda xansirash, taxikardiya, gipotoniya kuzatiladi. Terisi oqish ranga kiradi, akrotsianoz, sovuq ter bilan qoplanadi. Bemor majburiy holatda (yarim o'tirgan, ko'pincha zararlangan tomonga egiladi yoki o'sha yonboshi bilan yotadi) bo'ladi. Zo'riqish pnevmotoraksida zararlangan tomonda ko'krak qafasi mushaklari gipertonusi, qovurg'alararo mushaklarning bo'rtishi kuzatiladi. Zararlangan tomonda ko'krak kafasi nafas aktidan orqada qoladi, perkutor timpanit eshitiladi. Ko'ks oraliq'i a'zolarining sog'lom tarafga siljishi kuzatiladi. O'ng tomonlama pnevmotoraksda jigarning, chap taraflama pnevmotoraksda oshqozonning pastga siljishi kuzatiladi. Auskultativ – zararlangan tomonda nafasning keskin susayishi yoki umuman eshitilmasligi, sog'lom o'pka yuzasida kuchayganligi aniqlanadi. Differensial dagnostikasi ko'krak qafasida birdaniga keskin og'riq chaqiruvchi kasalliklar: o'tkir miokard infarkti, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi, astmatik status, massiv pnevmoniya, massiv ekssudativ plevrit kabi kasalliklar bilan o'tkaziladi.



3.20-rasm. O'ng o'pka manzarasi yo'qligi, xavolanganligi

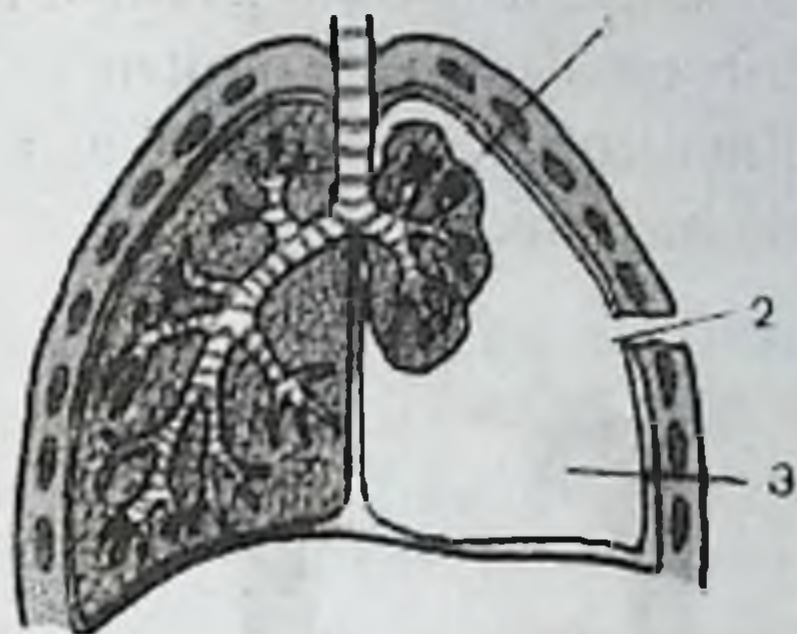
Shoshilinch yordam. Zo'riqish pnevmotoraksida davolashning radikal usuli bo'lib, bu plevra bo'shlig'ining dekompressiyasi xisoblanadi. Lekin aniq rentgenologik diagnoz qo'yilmaguncha plevral punksiyadan voz kechish talab qilinadi. Plevral punksiya yo'g'on punksiyon igna bilan o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab 2-3 qovurg'alararo bo'shliqda bajariladi. Punksiyon ignaning bir uchiga rezina drenaji ulanib, fiziologik eritma yoki furatsilinli eritmaga tushirilib ko'yiladi. Patogenetik davodan tashqari simptomatik (og'riq sindromi va o'tkir yurak qon-tomir yetishmovchiligini davolash, plevra bo'shlig'idan yiringni chiqarish) davo ham o'tkaziladi.



3.21-rasm. Pnevmtoraksda o'pkani drenajlash

3.14. KO'KRAK QAFASINING OCHIQ SHIKASTLANISHI. ShIFR - J.60

Sababi: 1. Transportda shikastlanish. 2. Balandlikdan tushib ketish. 3. Sovuq yoki o't otuvchi quoldan shikastlanish. 4. O'pkasi, kistasi, bronxaektazi, raki, infarkti.



3.22-rasm. Ko'krak qafasi ochiq jaroxati

Belgilari: 1. Nafas olganda ko'krak qafasida og'riqni kuchayishi, o'lim vaximasi. 2. Teri va shilliq kavatlarni ko'karishi, bemor o'tirib yoki yarim yotib olishi. 3. Nafasni kistashi- xansirash. 4. Yurak urishini tezlashi. 5. Ko'krak qafasi butunligini o'zgarishi. 6. O'pkada nafas shovqinlarini eshitilmasligi. 7. Yurak chegaralarini kengayishi, tonlarini bo'g'iqlanishi. 8. Jaroxatni nafas olishi: xavoni shovqin bilan jaroxatga kirib-chiqib turishi. 9. Yo'talganda jaroxatdan qon sachrashi.

Birinchi yordam: 1. Ko'krak qafasini jaroxatlangan ochiq joyiga individual paketdan rezinali steliy boylov qo'yib, qo'lni ko'krak qafasiga yopishtirib, maxkam bint bilan bog'lanadi. 2. Ko'krak qafasini katta jaroxatida indeferent maz qo'yilgan steril salfetakalar bilan maxkamlanadi. 3. Analgin 50% - 2-4 ml, Promedol 1%-1 ml v/i ga. 4. Qovurg'alar singan erni 1%-10 ml Novokain bilan blokada qilinadi. 5. Ko'krak qafasi jaroxatlangan bemorni zambilda yarim o'tirgan holda shifoxonaga yotkizish lozim. 6. Derazalarni ochish, kiyimlar tugmasini echish, belni tasma-sini bo'shatish.

3.15. IS GAZIDAN ZAXARLANISH. ShIFR – J.98

Sabablari: 1. Konlarda, ishlab chiqarishlarda, turmushda, garajlarda, avtomobil ustaxonalarida shamollatish yaxshi bo'lmasa. 2. Gaz plitasi yoki ko'mir ishlatiladigan pechkalar yaxshi yonmaganda is gazini- SO_2 paydo bo'lishi.



3.23-rasm. Is gazidan zaxarlanish belgilari

Belgilari: Bosh aylanishi, boshni og'irligi, bosh chakkalarini lo'qqillab og'rishi, quloqda shovqin bo'lishi, ko'ngil aynishi, qu-sish, quvvatsizlik, yurak o'ynashi, karaxtlik. Uyquchanlik, xushni qorong'ilashuvi, terini qizarishi, yurakni xovliqishi, tomirni tez urishi, xansirash. Teri rangini pushti qizg'ish bo'lishi.

Birinchi yordam: 1. Bemorni tez toza havoga olib chiqish, nashatir spirti xidlatish, kislorod ingyatsiyasi qildirish. 2. Kiyimlarini almashtirish, og'izni tozalash. 3. Issik o'rash, choy, kofe ichirish. 4. Qatiq, qoqurum ichirish. 5. Tirishishlarga qarshi 0,5% 2 ml diazepam yoki seduksen 0,5% - 2 ml m/o ga qilish. 6. Analgin 50% 2-4 ml, Dimedrol 1% - 2 ml m/o ga, yoki v/i ga. 7. Og'ir bo'lsa tez yordam brigadasini chaqirib shifoxonaga olib boriladi.

3.16. STRANGULYatsION ASFIKSIYa. ShIFR – J.99

Bo'g'ilish (strangulyatsiya) - bu o'ta o'tkir obstruktiv nafas yetishmovchiligi simptomlar majmuasi bo'lib, yuqori nafas yo'llarining, bo'yin tomirlari va nerv hosilalarining mexanik siqilishi, til osti suyagi, qalqonsimon tog'ay va bo'yin umurtqalarining mexanik jaroxatlanishi bilan ifodalanadi. Asfiksiya tashqaridan (osilib, bo'g'ilish) yoki ichkaridan (nafas yo'llaridagi yot jismlar, gematoma, shish, o'sma jarayonlari) natijasida kelib chiqishi mumkin.

Patogenezi, 4 ta asosiy komponentlardan tashkil topadi: 1.Bo'yinning sirtmoqdan mexanik siqilishi natijasida til va til ildizi xiqildoq, tarafga suriladi va yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buziladi. So'ngra quyidagi 4 ta ketma-ket bosqichdan iborat O'NE rivojlanadi va har bir bosqichning davomlilikigi bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha davom etadi.

Birinchi bosqich - chuqur nafas, nafas aktida yordamchi mushaklar ishtirok etadi. Terisida sianoz, arterial va venoz gipertenziya, taxikardiya birdaniga kuchayib ketadi.

Ikkinchi bosqich - bemor hushidan ketadi, tutkanoqlar, beixtiyor siydik ajratish va defekatsiya kuzatiladi. AKB keskin tushib ketadi. Nafasi aritmik, bradipnoe kuzatiladi.

Uchinchi bosqich - nafas to'xtaydi, 1-2 daqiqali terminal pauza kuzatiladi.

To'rtinchi bosqich - agonal nafas kuzatiladi va o'lim bilan tugaydi.

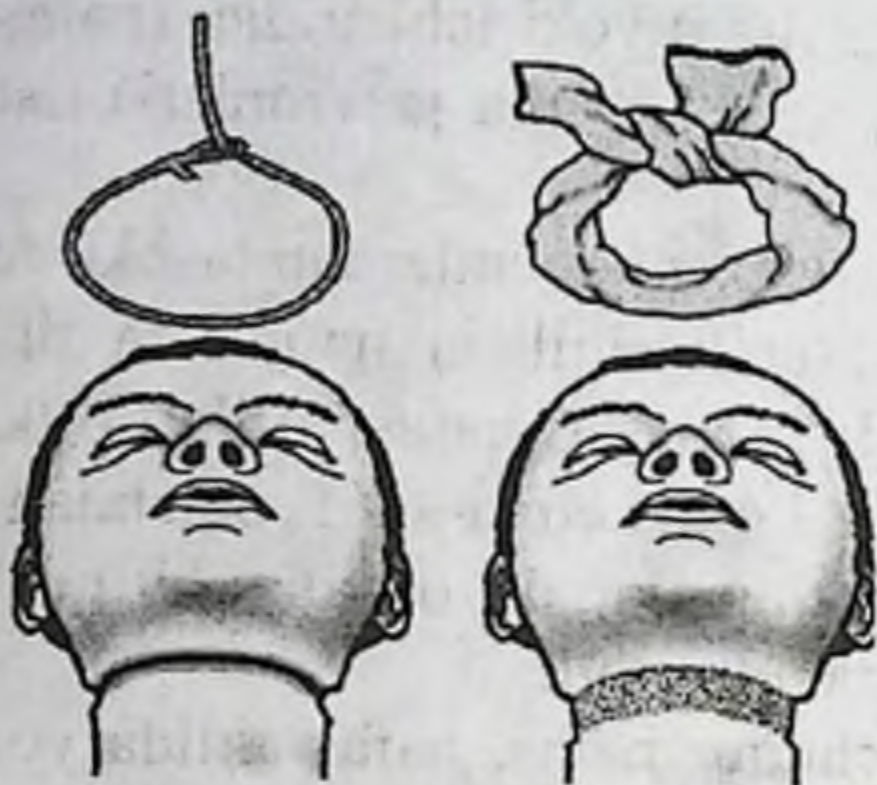
2.Bo'yin venalarining siqilishi natijasida bosh miya ichi bosimining ortishi, qachonki arteriyalar siqilmagan bo'lsa.

3.Karotid sinusning mexanik ezilishi oqibatida yurak qon tomir tizimi tomonidan bo'ladigan reflektor o'zgarishlar.

4.Bo'yin umurtqasining va orqa miya bo'yin qismining mexanik jaroxatlanishi.

Asfiksiya uchun arterial gipoksemiya va giperkapniya, bosh miya tomirlarining turg'un kengayishi harakterli. Venoz bosim keskin oshib ketadi, natijada bosh miyada qon aylanishining o'tkir

buzilishi, hattoki mayda pareximatoz qon quyilishlargacha olib kelishi mumkin. Strangulyatsiyadan so'ng nafas qanchalik erta tiklanishiga qaramasdan keyinchalik bemorning ahvoli gipoksik ensefalopatiyaning, miya shishining nechog'lik og'irligiga bog'liq bo'ladi.



3.24-rasm. Strangulyatsion izlar ko'rinishi

Klinikasi. Bemorlar hushsiz, harakat ko'zg'alishlari, ko'ndalang targ'il mushaklarda taranglik kuzatiladi. Ba'zi holatlarda to'xtovsiz tutqanoqlar kuzatiladi. Terisi sianotik, sklera va konjunktivaga petexial qon quyilishlar aniqlanadi. Nafas olishi aritmik, taxibradipnoe, arterial giper- yoki gipotenziya, markaziy vena bosimi keskin oshib ketadi, taxikardiya, giperkoagulyatsiya kuzatiladi.

Davolash. Bemorlarning keyinchalik ahvoli o'z vaqtida va malakali ko'rsatilgan shoshilinch yordamga uzviy bog'liq bo'ladi. Zudlik bilan bemor sirtmoqni kesish yo'li bilan bo'shatiladi (agar osilgan bo'lsa, bemorni mahkam ushlab turiladi, erga yiqilishiga yo'l qo'yilmaydi), erga yotqiziladi, toza havo kelishi ta'minlanadi. Agar obturatsiya sababi yot modda bo'lsa, uni darhol chiqarib tashlash lozim, agar o'sma yoki shish sababli bo'lsa, qoniko- yoki traxeotomiya qilinadi. Nafas va qon aylanishi to'xtagan bo'lsa,

yurak-o'pka reanimatsiyasi o'tkaziladi. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash, regurgitatsiya va aspiratsiyaning oldini olish maqsadida traxeya intubatsiya kilinadi. Bu o'z navbatida og'ir asorat - aspiratsion pnevmonit (Mendelson sindromi)ning oldini olishda muhim o'rin tutadi.

Metabolik atsidozga qarshi kurash: Sedativ vositalarni qo'llash asosida kloniko-tonik tutqanoqlarni bartaraf kilish; Bosh miya shishini davolash; Antibakterial terapiya; Simptomatik terapiya; Miya reanimatsiyasini o'tkazish tartibi; Kraniotocerebral gipotenziya; Bosh miyani medikamentoz antikipoksik himoyasi - vli ga barbituratlar yuboriladi.

3.17. ChO'KISH. ShIFR – J.84

Bu bexosdan yoki oldindan mo'ljallangan holda suyuqlikka (suv) sho'ng'ish oqibatidagi o'tkir patologik holat bo'lib, bunda yuqori nafas yullariga suyuqlik kirishi natijasida o'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanadi. 3 xil cho'kish farqlanadi: 1. Chin cho'kish (chuchuk va dengiz suvida cho'kish). 2. Asfiktik cho'kish. 3. Sinkopal cho'kish (suvdagi o'lim).



3.25-rasm. Cho'kish

Chin cho'kish. Asosida alveolalarga suyuqlik kirishi yotadi. Chuchuk yoki dengiz suvida cho'kishiga qarab patogenezini turlicha

bo'ladi. Chuchuk suv (daryo, kanallar, chuchuk ko'llar) plazmaga nisbatan osmotik bosimi past eritma hisoblanadi. Shuning uchun o'pka orqali organizmga tushgan suv qonga suriladi, gemodilyutsiya kuzatiladi. Eritrotsitlarga suv so'rilishi oqibatida ular gemolizga uchraydi va natijada giperkaliemiya kuzatiladi. Shuningdek, giponatriemiya, gipoxloremiya, gipokalsiemiya, gipoprotein-emiya rivojlanadi. Dengiz suvi chuchuk suvning aksiya'ni plazmaga nisbatan giperosmotik bo'lganligi sababli plazma alveola bo'shlig'iga sizib chiqadi. Gipovolemiya, alveolyar o'pka shishi kuzatiladi.

Asfiktik cho'kish. Suv o'pkalarga kirishga ulgurmaydi, chunki suvga tushgan zaxoti reflektor laringospazm kuzatiladi. Ovoz bog'lamidan suv ham, shu bilan birga, havo ham o'tmaydi. O'lim mexanik asfiksiya oqibatida kelib chiqadi. Shuningdek, bu cho'kish xiliga qorinchalar fibrillyatsiyasi ham xos.

Sinkopal cho'kish (suvdagi o'lim). Bunday cho'kish haddan tashqari sovuq suvga birdaniga tushish natijasida rivojlanadi. Reflektor nafas va yurak to'xtashi kuzatiladi.

Klinikasi. Chin cho'kishning 3 ta davri farqlanadi:

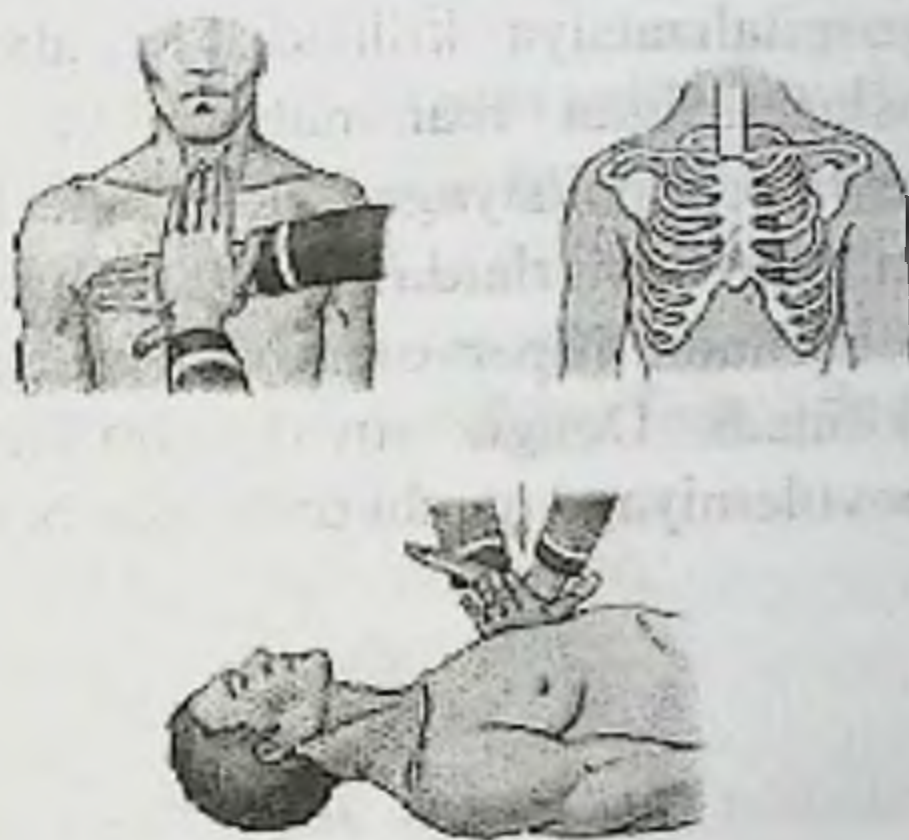
Boshlang'ich davri. Suvga cho'kish paytida nafasni reflektor ushlab turish, hushdan ketish kuzatilib, yurak faoliyati to'xtamagan bo'ladi. Jabrlanuvchini suvdan olib chikilganda nafasi va hushi spontan tiklanishi mumkin.

Agonal davri. Nafasi patologik harakterda, taxi- yoki bradikardiya, ko'z qorachiq-lari kengaygan, reflekslar chaqirilmaydi, sianoz, og'zidan ko'pikli qon aralash balg'am ajraladi. Arterial gipotenziya kuzatiladi. Periferiyada puls aniqlanmaydi.

Klinik o'lim davri. Terisi total sianotik rangda, nafas, yurak faoliyatining to'xtashi kuzatiladi. Yuzlari shishgan, og'zidan ko'p miqdorda ko'pikli qonli balg'am ajralishi davom etadi. Lekin asfiktik cho'kishdan so'ng yuqori nafas yo'llarida ajralma bo'lmasligi mumkin.



3.26-rasm. Cho'kkanda birinchi yordam bosqichlari



3.27-rasm. Ko'krak qafasini massaj qilish sxemasi

Davolash. Suvda cho'kish qandayligidandan qat'iy nazar bemorlarda nafas va yurak faoliyati to'xtaganda reanimatsiyaning umumiy va maxsus usullaridan foydalangan holda shoshilinch yordam ko'rsatiladi. Eng avvalo, jabrlanuvchini suv havzasidan qirg'oqqa olib chiqiladi. So'ng chalqancha yotkizilib, yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi tiklanadi. Bunda, albatta, bo'yin umurtqalarining holati ko'riladi. Agarda bo'yin umurtqalarining jarohatlanganligi aniqlanganda yoki shubha kilinganda bo'yni immobilizatsiya qilinadi. Og'iz bo'shlig'idan yot moddalar (loy, qum, suv o'tlari va x.) olib tashlanadi. Bo'yni ensa bo'g'imidan orqaga egiladi, pastki jag' yuqoriga va oldinga ko'tariladi. Nafas to'xtaganda "og'izdan-og'izga" yoki "og'izdan burunga" usuli bilan sun'iy nafas beriladi. Yurak faoliyati to'xtaganda yurakni bilvosita massaj qilinadi. Keyinchalik bemorni isitish masalasi ko'riladi va statsionarga gospitalizatsiya kilinadi. Kasalxona sharoitida bemorlarga ixtisoslashtirilgan reanimatsiya va intensiv davo ko'rsatiladi. Eng avvalo, gipoksiyaga qarshi kurash olib boriladi. Chuchuk suvda cho'kkan bemorlarda atsidoz, gemoliz va O'BE ga qarshi kurash olib boriladi. Gipervolemiyani diuretiklar ko'llash bilan korreksiya kilinadi. Dengiz suvida cho'kkan bemorlarda o'pka shishiga, gipovolemiyaga qarshi davo olib boriladi.

**IVBOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI
KASALLIKLARI BO'YICHA NAZARIY
BILIMLAR VA AMALIY KO'NIKMALARNI
MUSTAXKAMLASH USULLARI.**

**4.1.NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI
BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR RO'YXATI**

1. Ko'krak qafasini fizikaviy tekshirish natijalarini baholash;
2. Qon, siydik, balg'am va boshqalarni taxlil qilish;
3. Rentgenologik ko'rsatkichlarni baholash;
4. Bemorni statsionar davolashga, rentgenografiya, bronxoskopiya, bronxografiya, tomografiya tekshirishga yo'llash;
5. Plevra punksiyasini o'tkazish;
6. Bemorlarni differensial va kompleks davolash usullarini bilish;
7. Bronxial astma, Kuchli nafas yetishmovchiligi, pnevmotoraks, o'pkadan qon ketgan holatlarda tez yordam ko'rsatish;
8. Reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish;
9. Homilador ayollarga ko'rsatmalar berish;
10. Qo'shib kelgan kasalliklar Tashxislarini shakllantirish va davolash sxemasini tuzish;
11. Ingalyatsiya o'tkazishni bilish;
12. Sun'iy nafas oldirishni bilish;
13. Kislorod terapiyasi o'tkazish;
14. Banka, gorchichnik va kompres ishlatishni bilish;
15. Bemor holatiga baxo berib, zaruriyat tug'ilganda bajarilishi lozim bo'lgan shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish usullari;
16. Maslaxatchi mutaxassislar bilan xal kilinishi lozim holatlar;
17. Bemorga uy, ambulatoriya-poliklinika va kasalxona sharoitida yordam ko'rsatishni;
18. Xavfli guruxdagi bemorlarni ajratishni;
19. Dispanser nazoratini tashkil qilish;
20. Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika usullarini o'tkazishni bilish;

21. Xronodiagnostika, xronoterapiya, xronoprofilaktik prinsiplarini amaliyotda qo'llashni bilish;
22. Bemorlarni vaqtinchalik ishga layokatsizligini ekspertiza qilish va VKK, VTEKka jo'natish qoidalarini bilish;
23. Bemorni klinik tekshirishdan o'tkazish va tashxisni shakllantirishni bilish;
24. Bemor ahvoli va kasallikni patogenetik xususiyatlarini inobatga olgan holda kompleks davolash taktikasini qo'llash;
25. Davolovchi, diagnostik tibbiy apparatlar bilan ishlash, texnika xavfsizligi qoidalari bilan tanish bo'lish;
26. Farmakodinamika, farmakokinetika bilimlari asosida dori-darmonlarni ishlatish va ularni samaradorligini baholash. Dietologiya, fitoterapiya, fizioterapiya asoslarini bilish;
27. Aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishni bilish.

Aerozol terapiya.

Aerozol dispers sistema, xavosimon muxitda osilgan suyuq va qattiq tanachalardan iboratdir. Aerozol terapiya nafas yo'llari va o'pka kasalliklarini davolashda va oldini olishda qo'llaniladi. Ingalyatsiya yo'li bilan aerezollar nafas yo'llariga yuboriladi. Aerozol shaklida yuborilgan dorilar bevosita nafas yo'llari shilliq qavatiga ta'sir qilgani uchun dori-darmonlar ta'sirini tezlashtiradi va parenteral muolajaga nisbatan dozalarni ozaytirish imkonini beradi.

Aerozol ingalyatsiyadan ko'zlangan maqsadlari: 1. Nafas aralashmalarini namlash (namlangan kislorod olish uchun uni Bobrov apparatidan o'tkaziladi). 2. Nafas yo'llari shilliq kavatini qurib qolishidan saqlash uchun (ayniqsa, traxeostomasi bor bemorlarda quruq xavo kislorodi ta'sirida nafas yo'llari shilliq qavati qurib, titroq epiteliy faolligi pasayadi). Ingalyatsiya uchun distillangan suvga izo va gipotonik suvga dori-darmonlar qo'shib foydalanish mumkin. 3. Balg'am, bronxial ajralmaning yopishqoqligini kamaytirish va traxeobronxial daraxt ichidagi ajralmalar chiqishini osonlashtirish

maqsadida aerozollar tarkibiga balg'amni suyultiruvchi preparatlar – proteolitik fermentlar (ximotripsin, tripsin, gignolit va boshqalar), atsetilsistein, dezoksiribonukleaza, 0,5-2% soda eritmasi va boshqalar qo'shiladi. 4. Nafas yo'llari shilliq qavati shishishi va yallig'lanishini (laringit, faringit, traxeit, bronxit, alveolit va x.k.) oldini olish maqsadida aerozollar tarkibida turli ta'sir yo'nalishiga ega preparatlar antibiotiklar, glyukokortikoidlar (deksazon, prednizolon, gidrokortizon) yuboriladi. 5. Bronxospastik komponentini bartaraf etish uchun alupent, atropin, euspiran, eufillin, adrenalin va boshqalar qo'llaniladi. Dorivor o'tlarning suv damlamalari bilan iliq bug' kislorodli ingalyatsiyalar qilish (moychechak, shalfey va boshqalar).

Aerozol terapiya uchun bir necha tipdagi apparatlar qo'llaniladi (ultratovush, elektroaerozol generatorlar – 100-250 dan 0,5-5 mkm gacha o'lchamli dispers tanachalar hosil qiladi). Katta dispersli tanachalar yuqori nafas yo'llarida, traxeyada, yirik bronxlarda ushlanib qoladi. Kichik dispersli aerozollar esa alveolalargacha kirib boradi. Shuning uchun kichik dispersli aerozollar samaraliroqdir. Ular bronxo-alveolyar sistemaga kirib borib, bronxlarni kengaytiruvchi, shishlarni qaytaruvchi, titroq epiteliy faoliyatini stimullovchi ta'sir ko'rsatadi. Gaz oqimining tezligi katta bo'lganda dori-darmon aerozollari traxeo-bronxial daraxtiga o'tirib qoladi. Aerozollarning alveolalariga tushishi uchun bemorning nafasi sekin va chuqur bo'lishi hamda gaz oqimi sekin bo'lishi kerak. Sovuq ingalyatsion aralashma traxeobronxial daraxtini qitiqlab bemorning axvolini yomonlashtirishi mumkin.

Hozirgi zamonaviy o'pka sun'iy ventilyatsichsi apparatlarida isitiluvchi ultratovush namlagichlar bor. Reanimatsiya va intensiv terapiyada qo'llaniladigan amaliy ko'nikmalar - «Og'izdan-og'izga» o'pka sun'iy ventilyatsiyasi o'tkazishning 5ta ketma-ketligi: 1. Bemorni tekkis joyga yotkizish. 2. Pastki jag'ni yuqoriga ko'tarib, boshni orqaga egish (bo'yin umurtqalari sinmaganda). 3. Og'iz bo'shlig'ini yot jismlardan tozalab, yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash. 4. Maksimal nafas olib, bemorning og'ziga puflash. 5. Ko'krak qafasi ekskursiyasini nazarat qilish.

Yurak-o'pka reanimatsiyasini o'tkazishning 4ta ketma-ketligi:

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash.
2. «Og'izdan-og'izga» yoki «Og'izdan-burunga» sun'iy nafas berish.
3. Yurakni bilvosita massaj qilish.
4. Dori-darmonlar bilan yordam va elektrik defibrillyatsiya.

Traxeyani intubatsiya qilish uchun lozim bo'lgan 5 ta asbob:

1. Intubatsion naychalarning to'liq to'plami.
2. Laringoskop klinoklar to'plami bilan.
3. Og'iz kengaytirish, o'tkazgich.
4. Manjetani shishirish uchun shprints.
5. Naychani maxkamlash uchun moslama

Havo o'tkazgich qo'yishning 5 ta ketma-ketligi:

1. Bemorni chalqancha yotqizish.
2. Boshni orqaga yozish.
3. Og'izni og'iz kengaytirgich bilan ochish.
4. Xavo o'tkazgichni og'iz bo'shlig'iga kiritish.
5. Xavo o'tkazgichni maxkamlash.

Konikotomiya texnikasining 7 ta ketma-ketligi:

1. Bemorni chalqancha yotqizish.
2. Anatomik mo'ljallarni aniqlash.
3. Vrach qo'li va operatsion maydonga aseptik ishlov berish.
4. Operatsiya maydonini maxalliy og'riqsizlantirish.
5. Terini ko'ndalang kesish va yog' kletchatkasidan ajratish.
6. Membranani ko'ndalang kesish.
7. Naychani kiritish va mahkamlash.

Sun'iy nafas oldirish usullari. 2 xil usuli mavjud: A) og'izdan og'izga. B) og'izdan burunga.

Buning uchun bemorni gorizontal holatda osmonga qaratib yotkiziladi, bir qo'lni bo'yin tagiga, ikkinchisini peshonaga qo'yib, maksimal ravishda orqaga egiladi, uning pastki jag'i yuqoriga oldinga ko'tariladi va og'zi ochiladi. Zudlik bilan og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llari turli yot jismlar (qusuq, balg'am, so'lak,

qon laxtasi, tish siniqlaridan) tozalanadi. Bemor og'ziga doka yoki dastro'mol qo'yiladi va sinov tariqasida og'izdan og'izga bir marta puflanadi, sinov nafas oldirish natija bermasa, Safarni o'lchamli usuli qo'llaniladi. Boshni orqaga tashlab egib, past jag'ni pastga va yuqoriga tortiladi, bosh barmoq bilan og'iz ochiladi. Sun'iy nafas oldirishni boshlash va tugash vaqti belgilab qo'yiladi, og'izga xavo xaydaganda shikaslangan bemorni burnini berkitib turiladi, kattalarda 5 sekundda 1 marta yoki bir minutda 12 marta, yosh bolalarda 30 marta xavo yuborish kerak. Sun'iy nafas oldirish samarasi xavo xaydaganda ko'krak qafasini kengayishi va passiv chiqarishni pasayishidan bilinadi.

4.2. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI BO'YICHA NAZORAT TEST SAVOLLARI JAVOBLARI BILAN.

1. Surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari terminiga qaysi nozologiyalarni o'z ichiga oladi?

- A) Surunkali obstruktiv bronxit. B) O'pka emfizemasi.
- V) Bronxial astma. D) Bronxoektatik kasallik
- E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

2. Bronxidlarni etiologik omili deb qaysinisi hisoblanadi:

- A) Viruslar B) Bakteriyalar. V) Fizik va ximik omillar.
- D) Endogen omillar. E) Barchasi

3. Bronxidlarni patogenetik omillariga qaysilar kiradi.

- A) O'pka va bronxlarni qarshi kuchini kamayishi.
- B) Bronxlarda ajralgan suyuqlik tarkibini o'zgarishi.
- V) Bronxlarda mikrotsirkulyatsiyani buzilishi
- D) Makroorganizmni qarshi kuchini sustlashishi. E) Barchasi

4. *Qaytalanuvchi bronxitni harakterli belgisi:*

A)Cho‘zilib kechishi. B)Pnevmoskleroz bo‘lmasligi.

V)Bronxospazm bo‘lmasligi. D)Yiliga 3-4 marta qo‘zishi.

E)Barchasi

5. *Qaytalanuvchi bronxitni keltirib chiqishida quyidagilardan qay biri muhim ahamiyatga ega:* A)Genetik moyillik. B)Konstitutsional omil. V)Allergiyaga moyillik. D)Immunologik holatni pasayishi. E)Barchasi

6. *Qaytalanuvchi bronxitni kechish xususiyatlari:* A)Kuchli B)Yashirin (latent). V)Surunkali. D)Barchasi. E)Birortasi ham emas.

7. *Surunkali obstruktiv o‘pka kasalliklari terminiga quyidagilardan qaysi biri kirmaydi:* A)Surunkali obstruktiv bronxit. B) Surunkali pnevmoniya. V)O‘pka emfizemasi. D)Bronxial astma. E)Barchasi kiradi.

8. *Surunkali obstruktiv bronxitning asosiy belgisi:* A)Hansirash. B)Yo‘tal. V)Balg‘am. chiqarish. D)Xushtaksimon xirillash. E)Barchasi.

9. *Surunkali obstruktiv bronxitda qo‘llaniladigan qaysi preparat antixolinergik hisoblanadi:* A)Adrenalin. B)Atrovent. V)Teofil. D)Ventolin. E)Sanab o‘tilganlarni barchasi

10. *Quyidagilardan qaysi biri bronxlarni kengaytiruvchi ta’sirga ega emas:* A)Antixolinergik preparatlar. B)Beta-2-agonistlar V)Metilksantin-lar. D)Mukolitiklar. E)Sanab o‘tilganlarni barchasi

11. Surunkali obstruktiv bronxit natijasida yuzaga kelgan o'ng qorincha yetishmovchiligini davolashda quyidagi preparatlardan kay biri qo'llanilmaydi. A)Yurak glikozidlari. B)Diuretiklar V)Beta-bloqatorlar. D)Kalsiy antogonistlari. E)Bronholitiklar

12. Fiziologik homiladorlikda bronx-o'pka apparatida kuzatiladigan morfo-funksional o'zgarishlardan qaysi biri ko'proq uchraydi: A)Nafas olish chuqurligini oshishi. B)O'pka xayotiy sig'imini oshishi. V)Nafas olish minutli hajmini oshishi. D)Bronxlar bo'shlig'ini kengayishi. E)Barchasi

13. Homilador ayollarda uchraydigan bronxitlarda sanab o'tilgan dori moddalardan qaysi biri tavsiya etilmaydi: A)Ishqorli ingalyatsiya B)Eufillin. V)Efedrin D)Kodein va dionin. E)Barchasi

14. Quyida sanab o'tilgan antibiotiklardan qaysi biri homiladorlikda tavsiya etiladi: A)Penitsillin va ampitsillin. B)Streptomitsin. V)Levomitsetin. D)Tetraksiklin hosilalari. E)Barchasi

15. Surunkali bronxitlarni qachon antibiotiklar bilan davolash kerak: A)Kuzgi-qishki davrda. B)Kasallik uzoq muddat davom etsa. V)Agar balg'am shilliqli bo'lsa. D)Yiringli balg'am ajralgan davrda. E)Barchasi

16. Quruq yo'tal bilan uzoq vaqt qon tupurib yursa ko'proq qaysi kasallikni o'ylash kerak? A)Bronxlar raki. B)O'pka sili kavernoza shakli. V)Bronxoektik kasalligi. D)Pnevmoniozni. E)Surunkali pnevmoniyani.

17. Bronxial astmani asosiy etiologik omili nima: A)Infeksion-allergik. B)Allergik. V)Immunologik. D)Ruxiy asab va gormonlar buzilishlari. E)Barchasi

18. *Bronxial astmada obstruksiya omillariga quyidagilardan qay biri kirmaydi:* A) Shilimshiq bilan to'silib qolish. B) Laringospazm. V) Nafas yo'llarini yallig'lanishi. D) Bronxospazm. E) Nafas yo'llari shishi.

19. *Intermitterlangan astmada (I pog'ona) qaysi belgilar bilan namoyon bo'ladi:* A) Yo'talish epizodlarni va kamida xaftada bir marta bo'ladigan xushtaksimon nafas. B) Tungi simptomlarini oyda ikki marta bo'lishi. V) Kasallik qo'zg'almagan chog'ida o'pkaning funksiyalari me'yoridaaligi. D) Sanab o'tilganlarni barchasi.

E) Birortasi ham emas.

20. *Engil persistirlangan astmada (II pog'ona) nima kuzatilmaydi:* A) Xurujlar xaftasiga ikki marta bo'ladi. B) Oyda ikki martadan ko'proq tungi simptomlar bo'ladi. V) Bronxodilyatorlar va yallig'lanishiga qarshi preparatlar ko'pincha xurujni bartaraf etadi. D) Kortikosteroid va bronxodilyatorlarni har kuni qabul qilish. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

21. *O'rtacha og'irlikdagi persistirlangan astma (III-pog'ona) harakterlanadi:* A) Har kungi xurujlarni uzoq davomiyligi. B) Tungi xurujlarni xaftada bir martadan ko'proq bo'lishi. V) Kortikosteroid va bronxodilyatatorlarni har kuni qabul qilish. D) Sanab o'tilganlarni barchasi. E) Birortasi ham emas.

22. *Og'ir persistirlangan astma (IV pog'ona) harakterlanadi:* A) Kasallik simptomlarini doimiy bo'lishi. B) Tunda tez-tez xurujlarni qo'zishi. V) Bemorni jismoniy faolligini cheklanishi.

D) Kortikosteroidlarni yuqori dozada qo'llanishi. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

23. *Bronxial astmaning xavf omillari (triggerlar, induktorlar):*

A) Allergenlar. B) Infeksion agentlar. V) Oziq-ovqatlarga qo'shiladigan qo'shimchalar. D) Dorilar. E) Barchasi.

24. *Bronxial astmaning rivojlanishiga olib keluvchi biologik defektlar:* A) Alveolyar makrofag va neytrofillarning fagotsitar faolligini buzilishi. B) Immunoglobulin A sintezini etishmasligi. V) T-limfotsitlarni supressor aktivligini etishmasligi. D) Sanab o'tilganlarning barchasi. E) Birortasi ham emas.

25. *Sekin avjlanuvchi bronxial astmada (immunokompleksli) allergik reaksiyalar qaysi omil xisobiga shakllanadi:* A) Immunoglobulin G. B) Immunoglobulin A. V) Immunoglobulin M. D) Sanab o'tilganlarni barchasi. E) Birortasi ham emas.

26. *Bronxial astmada obstruksiyaning shakllanishi uchun qaysi gormon katta ahamiyatga ega:* A) Glyukokortikoid yetishmovchiligi. B) Giposterogenemiya. V) Gipoprogerogenemiya. D) Gipertireoz. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

27. *Astma oldi holatida qaysi belgi kuzatiladi:* A) Kuchli qaytalanuvchi yoki o'pkaning surunkali nospesifik yallig'lanishi kasalliklari obstruktiv sindromi bilan. B) O'pkadan tashqari allergik ko'rinishlar. V) Qon va balg'am eozinofiliyasi. D) Allergik kasalliklarga irsiy moyillik. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

28. *Astma oldi holatini ob'ektiv belgisi:* A) O'pka perkussiyasida kutichasimon tovush. B) Vezikulyar nafas susayishi. V) Quruq g'ijillagan xushtaksimon xirillashlar borligi. D) Qon va balg'amda eozinofillar soni ortishi. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

29. *Bronxial astma xuruji darakchilari (aura):* A) Tomoq qirilishi va yo'tal. B) Ko'z, quloq qichishishi. V) Teri qichishishi. D) Xaddan tashqari diurez. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

30. *Bronxial astma xuruji asosida nima yotadi.* A) Bronxlar silliq mushaklarini qisqarishi. B) Shilliq qavatini shishishi. V) Bronx bezlarini sekretsiasini ko'payishi. D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

31. *Bronxial astma xurujining rivojlangan davrida nima kuzatiladi:* A) Ko'krak qisilishini sezish. B) To'liq nafas chiqara olmaslik. V) Yuzlar shishinqiragan va diffuz sianozli. D) Bo'yin venalarini bo'rtishi. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

32. *Bronxial astmada balg'am taxlilida nima topiladi:* A) Eozinofillar. B) Sharko-Leyden kristallari. V) Kurshman spirallari. D) Sanab o'tilganlarni barchasi. E) Birortasi ham emas.

33. *Bronxial astmani atopik shakli uchun qaysi belgi ko'proq harakterli:* A) Leykopeniya. B) Eozinofiliya. V) EChT pastligi. D) Qonda gistamin, serotonin va immunoglobulinni ko'tarilishi. E) Barchasi.

34. *Bronxial astmani atopik shaklida qaysi dori nomutanosib.* A) Dimedrol. B) Pipolfen. V) Benzilpenitsillin. D) Tavegil. E) Diazolin.

35. *Bronxial astmani infeksiyon-allergik shakli uchun qaysi belgi ko'proq xarakterli:* A) Leykotsitoz. B) Eozinopeniya. V) EChT, S-reaktiv okisl va gamma-globo'lilarni ko'tarilishi. D) Immunoglobulin M va G ni yuqori darajada ko'tarilishi. E) Barchasi.

36. *Bronxial astmaning infeksiyaga bog'liq varianti qaysi belgilar bilan namoyon bo'ladi:* A) Bemor yoshi 34-35 va o'choqli infeksiya qo'zishi bilan bog'liq. B) Qonda yallig'lanish belgilari mavjud. V) Eozinofillar miqdori o'zgarmaydi. D) Sanab o'tilganlarni barchasi.

37. *Bronxial astmaning disgormonal variantida kuzatiladi:* A) Tuxumdon funksiyasini buzilishi. B) Glyukokortikoid terapiyaga bog'liqlik. V) Bemor ayol holatini xayz ko'rishdan avval yoki o'sha vaqtda, hamda klimaks paytida yomonlashuvi. D) Sanab o'tilganlarni barchasi. E) Birortasi ham emas.

38. *Bronxial astmaning nevro-psixik variantida kuzatiladi:*

A) Ruxiy jaroxatlar. B) Nizoli vaziyatlar. V) Bosh miya jaroxati.
D) Seksual soxadagi buzilishlar. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

39. *Bronxial astmaning dizadrenergik varianti asosida nima yotadi:* A) Betta-2 retseptorlarini blokadasi. B) Betta-1 adrenoretseptorlarini sezgirligini ortishi. V) Simpatomimetiklarni bronxodilyatatorlik qo'llanilganda paradoksal reaksiya qondagi glyukoza miqdorini kamayishi kuzatilishi. D) Sanab o'tilganlarni barchasi.

40. *Bronxial astmaning disholinergik variantida kuzatiladi:* A) Nafas qisishning tungi xurujlari. B) Ko'p so'lak ajralishi.

V) Rinoreya. D) Qizil dermografizm. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

41. *Jismoniy zo'riqish astmasi diagnostikasida qaysi simptomlar ko'proq e'tiborga loyik:* A) Jismoniy zo'riqishda nafas qisish xurujlarini rivojlanishi. B) Sovuq havodan nafas olgandagi xuruj. V) Kuchli xidli havodan nafas olgandagi xuruj. D) Tamaki tutunidan nafas olgandagi xuruj. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

42. *Aspirinli astma xuruji qaysi dorilar qo'llanilganda kuzatiladi:* A) Atsetisalitsil kislotasi. B) Metindol. V) Baralgin. D) Analgin. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

43. *Alfa adrenomimetiklarga qaysi preparatlar kiradi:*

A) Adrenalin. B) Efedrin. V) Mezaton. D) Sanab o'tilganlarni barchasi. E) Birortasi ham emas.

44. *Qaysi preparat ham alfa ham beta-1 adrenoretseptorlarni bir vaqtning o'zida stimullaydi.* A) Efedrin va izadrin. B) Alupent. V) Spiropent. D) Ventolin. E) Sanab o'tilganlarning barchasi.

45. *Qaysi preparat selektiv beta-2 adrenostimulyator hisoblanadi:* A) Alupent. B) Spiropent. V) Terbutalin. D) Salbutamol. E) Barchasi.

46. *Betta-2 adrenostimulyatorlarni qo'llashga qaysi kasalliklar qarshi ko'rsatma bo'ladi:* A) Yurak ishemik kasalligi.

B) Gipertoniya. V) Tireotoksikoz. D) Tutqanoq (tirishish).

E) Sanab o'tilganlarning barchasi.

47. *Adrenergik va holinergik tizimlarga bir vaqtning o'zida qaysi preparat ta'sir etadi:* A) Atropin. B) Platifilin. V) Berodual.

D) Efedrin. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

48. *Bronxial astmada metilksantinlar ta'siri nimaga bog'liq.*

A) Bronxlar silliq muskullarini qisqarishini kamaytiradi.

B) Endogen katexolaminlar sintezini kuchaytiradi. V) Endogen katexolaminlar ajralishini kuchaytiradi. D) Hammasi. E) Birortasi ham emas.

49. *Qaysi preparat metilksantinlarni guruxiga kirmaydi:*

A) Eufilin. B) Teofilin. V) Efedrin. D) Durofillin. E) Retafil.

50. *Teofillin qanday noxush ta'sirga ega.* A) Taxikardiya chaqiradi. B) Gipotoniya. V) Qo'zg'atuvchi. D) Oshqozonda og'riq chaqiradi. E) Barchasi.

51. *Bronxial astmada qaysi immunomodulyatorlar qo'llaniladi:* A) Timalin va T-aktivin. B) Timozin. V) Levamizol. D) Antileykotsitar gammaglobulin. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

52. *Bronxial astmada qaysi antibakterial preparat qo'llaniladi:* A) Furadonin. B) Furagin. V) Furazolidon. D) Trixopol. E) Barchasi.

53. *Bronxial astmada quyidagi qaysi preparat nomutanosib:*

A) Eufillin. B) Efedrin. V) Anaprilin. D) Mukaltin. E) Ventolin

54. *Bronxial astmani qachon kortikosteroidlar bilan davolash mumkin:* A) Yara kasalligini qo'zishida. B) Kandli diabetda.

V) Revmatik jarayonni qo'zishi. D) Og'ir osteoporoz. E) Arterial gipertoniya.

55. *Bronxial astmada bronxospazmga moyillikni qaysi moddalar kuchaytirib yuboradi:* A)Beta adrenostimulyatorlar.

B)Prostoglandin E. V)Metilksantinlar. D)Betaadrenobloqatorlar.
E)Barchasi

56. *Retafil (teofillin) qachon qo'llaniladi:* A)Bronxial astma xurujini profilaktikasida. B)Sinus tugunchasi ojizligini davolashda. V)O'pka yurakni davolashda. D)Sanab o'tilganlarning barchasi.
E)Birortasi ham emas.

57. *Homiladorlikda bronxial astma yaxshi kechishini quyidagi qaysi mumkin bo'lgan omillar aniqlaydi?* A)qondagi kortizon miqdorini ko'payishi. B)Qondagi progesteron miqdorini ko'payishi. V)Immunli javobni jadalligini kamayishi. D)Barchasi. E)Birortasi ham emas.

58. *Homiladorlarda bronxial astma kechishida quyida sanab o'tilgan sabablardan qaysi biri yomonlashtiradi?* A)Homila antigenlari bilan immunli jarayonlar. B)Nafas yo'llari spazmi kuchayishi oshuvi. V)Virusli kasalliklarga chidamligini kamayishi. D)Barchasi. E)Birortasi ham emas.

59. *Homiladorlardagi bronxial astmada quyidagi bronholitik dorivor moddalardan qaysi biri mumkin emas?* A)Teofedrin va antastman. B)Solutan. V)Adrenalin. D)Atropin. E)Barchasi.

60. *O'pka-yurak yetishmovchiligini qaysi davrida homiladorlik ruxsat etilmaydi?* A)I-davr B)II-davr V)III-davr D)I-II davrlar
E)Barchasi

61. *O'pkaning Surunkali nospesifik kasalliklarda tug'dirish jarayonini qanday yo'l bilan o'tkaziladi?* A)Perineotomiya.

B)Aqo'sherlik kiskichini kuyish. V)Kesarcha kesish yo'li bilan.
D)Barchasi. E)Birortasi ham emas.

62. Homiladorlikdagi infeksiyon shakldagi bronxial astmada sanab o'tilgan antgistamin doriladan qaysi biri tavsiya etilmaydi? A) Dimedrol va diazolin. B) Suprastin. V) Diprazol. D) Tavegil. E) Barchasi.

63. Homiladorlardagi bronxial astmada sanab o'tilgan balg'am kuchiruvchi dorilardan qaysi biri tavsiya etilmaydi? A) Terpingidrat. B) Altey ildizi. V) Natriy gidrokarbonat. D) Tripsin va ximotropsin ingalyatsiyasi. E) Kaliy va natriy yodid.

64. Bronxial astma bo'lgan homilador ayollarda qanday aqo'sherlik asoratlari kuzatilishi mumkin? A) Erta boshlangan toksikoz. B) Kechki toksikozlar. V) Chala tug'ilgan bolalar. D) Homilaning antenatal xalok bo'lishi. E) Barchasi.

65. Quyida sanab o'tilgan sulfanilamid preparatlaridan qaysi biri homiladorlikda qo'llash mumkin emas? A) Norsulfazol. B) Sulfalen. V) Sulfademizin. D) Etazol. E) Barchasi.

66. Surunkali nafas yetishmovchiligi (Votchalar bo'yicha)ning qaysi darajalarida homiladorlik mumkin? A) I-daraja B) II-daraja V) I-II-daraja D) III-daraja E) IV-daraja.

67. Krupoz pnevmoniyani tipik shaklida qaysi morfologik bosqichlar kuzatiladi? A) Quyilish. B) Qizil jigarlanish. V) Kul rang jigarlanish. D) Tuzalish. E) Sanab o'tilganlar barchasi.

68. Krupoz pnevmoniya qaysi simptomlar bilan kechadi? A) Isitma. B) Junjikish. V) Ko'krak qafasidagi og'riq. D) Zang balg'am chiqishi. E) Barchasi.

69. Krupoz pnevmoniya uchun qaysi laborator-bioximik o'zgarishlar harakterli? A) Leykotsitoz chapga siljish bilan. B) Limfopeniya va monotsitoz. V) Eozinopeniya. D) Gipergemmaglobo'linemiya. E) Barchasi.

70. *Gramm musbat bakteriya chakirgan pnevmoniyani davolashda qaysi preparat tavsiya qilinadi?* A) Tetratsiklin.

B) Streptomitsin. V) Gentamitsin. D) Eritromitsin. E) Levomitsetin.

71. *Agarda interstitsial pnevmoniyani zamburug'lar chaqirgan bo'lsa qaysi dorini tavsiya etish kerak?* A) Streptomitsin.

B) Tetraksilin V) Eritromitsin. D) Kanamitsin. E) Nistatin va levorin.

72. *Kuchli pnevmoniya eksudativ plevrit bilan asoratlanganda ko'proq qanday muolaja tavsiya etiladi?* A) Antibiotik. B) Kislород ingalyatsiyasi. V) Elektrofizioterapiya. D) Plevra bo'shlig'ini drenaj qilish. E) Butadion.

73. *Stafilokokli pnevmoniyada qaysi antibiotik yuqori samardorlikka ega?* A) Seporin. B) Metatsillin. V) Oksatsillin. D) Monomitsin. E) Ristomitsin

74. *Fridlender diplobatsillasi bilan chakirilgan pnevmoniyada qaysi antibiotik tavsiya etilmaydi?* A) Streptomitsin. B) Penitsillin. V) Levomitsetin. D) Tetraksilin. E) Barchasi.

75. *Ichak tayoqchasi bilan chaqirilgan pnevmoniyada qaysi antibiotik tavsiya etiladi?* A) Levomitsetin. B) Streptomitsin.

V) Ampitsilin. D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

76. *Kuk yiringli (sinegnoynaya) tayoqcha etiologiyali pnevmoniyada qaysi preparatni berish lozim?* A) Penitsillin.

B) Streptomitsin. V) Gentamitsin. D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

77. *Plevra bo'shlig'iga qaytadan tezlik bilan suyuqlik yig'inishi qaysi kasallikka xos belgi?* A) Surunkali qon aylanishi yetishmovchiligiga. B) Plevra mezoteliomasiga. V) Bronxlar adenokarsinomasiga. D) O'pka siliga. E) Tizimli qizil volchanka.

78. O'pkani qaysi bo'lagida bronxoektazlar ko'proq uchraydi?
A) Chap pastki bo'lagida. B) O'ng pastki bo'lagida. V) O'ng yuqori bo'lagida. D) O'ng o'rta bo'lagida. E) Chap yuqori bo'lagida.

79. Bronxoektatik kasalligini bevosita rentgenologik belgisi:
A) Bronxlar kengayishi. B) Bronxlar devorini yugonlashuvi.
V) Bronxlar devorini uyasimon o'zgarishi. D) Kengaygan bronxlarda ko'ndalang joylashgan suyuqlik bo'lishi. E) Barchasi.

80. Surunkali pnevmoniyada aralash bakterial infeksiya va ichak tayoqchasi aniqlansa qaysi dorilar tavsiya etiladi? A) Gentamitsin. B) Kanamitsin. V) Sefalosporinlar. D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

81. Qaysi dorilar bronxlar utkazuvchanligini yaxshilaydi?
A) Efedrin. B) Eufillin. V) Izadrin. D) Antigistamin va alupent.
E) Barchasi.

82. O'pkaning yiringli kasalliklariga qaysi nozologiyalar kiradi?
A) O'pka absessi. B) O'pka gangrenasi. V) Bronxoektaz kasalligi.
D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

83. O'pka absessi uchun xos belgi qaysi? A) Aniq chegaralangan o'choq. B) Bo'shliq granulyatsion to'qimaga ega. V) Atrofida sklerotik to'qima mavjud. D) Bo'shliqda gorizontal satxli suyuqlik bor. E) Barchasi.

84. O'pka gangrenasiga xos belgi? A) Qoramtir-yashil rangli yiring bilan zararlangan aniq chegarasi yo'q joylar. B) Badbo'y xidli balg'am ajralishi. V) Qoramtir va qon aralash balg'am ajralishi.
D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

85. O'pkaning yiringli kasalliklarida yurak-qon tomir sistemasida qanday o'zgarishlar kuzatiladi? A) Taxikardiya. B) Gipotoniya. V) O'pka arteriyasida II-ton aksenti. D) Sistolik shovqin. E) Barchasi.

86. O'pkaning yiringli kasalliklarida periferik qonda qanday o'zgarishlar kuzatiladi? A) Leykotsitoz. B) Neytrofilez. V) Mielotsitlarni paydo bo'lishi. D) EChT ortishi. E) Barchasi.

87. O'pkaning yiringli kasalliklarida siydik taxlilida nima o'zgaradi? A) Proteinuriya. B) Mikrogematuriya. V) Silindruriya. D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

88. O'pkaning yiringli kasalliklarida balg'amni mikroskopik tekshirishida nima ko'rinadi? A) Leykotsitlar. B) Detrit qoldig'i. V) Elastik tolalar. D) Mikroblar. E) Barchasi.

89. O'pkaning yiringli kasalliklarida qaysi ko'rsatkich ortadi? A) Fibrinogen. B) Sulema sinamasi. V) Timol sinamasi. D) Barchasi. E) Xech qaysinisi.

90. Nafas yetishmovchiligini aniqlashda qaysi tekshiruv usuli xal qiluvchi ahamiyatga ega? A) Anamnez. B) Fizikal tekshirish. V) Rentgen. D) Arterial qondagi gazlarni nisbiy miqdorini aniqlash. E) Spirografiya.

91. Nafas yetishmovchiligiga qaysi simptomlar xos? A) Yuzni shishinqiraganligi. B) Bo'yin venalarini burtishi. V) Diffuz sianoz. D) Diafragma harakati cheklanishi. E) Hammasi.

92. Nafas yetishmovchiligini obstruktiv buzilishi quyidagi holatlardan qay birida rivojlanadi? A) Interstitsial diffuz o'pka fibrozi. B) Surunkali bronxit. V) Bo'lak pnevmoniyasida. D) Pnevmotoraksda. E) Massiv plevra eksudatda.

93. Nafas yetishmovchiligini restriktiv shakli quyidagi holatlardan qay birida kuzatilmaydi? A) Interstitsial diffuz o'pka fibrozi. B) Bronxial astma. V) Pnevmotoraksda. D) Massiv plevra eksudatida. E) Barchasida.

94. Quyidagi holatlardan qay birida o'pka gipertenziyasi kuzatilmaydi? A) Ko'krak qafasini harakatini cheklovchi kasalliklar. B) O'pkani obstruktiv kasalliklari. V) Semizlik. D) O'pka infiltrati. E) O'pka arteriyasi tromboemboliyasi.

95. Homiladorlikda Kuchli nafas yetishmovchiligi qachon rivojlanadi? A) Total krupoz pnevmoniyada. B) Astmatik statusda. V) O'pka arteriyasi tromboemboliyasida. D) Aspiratsion sindromda. E) Sanab o'tilganlar barchasi.

96. Kuchli nafas yetishmovchiligini gipoksik shakli qaysi sindromda ko'proq rivojlanadi? A) O'pka shishida.

B) Pnevmoniyada. V) Bronxial astma xurujida. D) O'pka arteriyasi tromboemboliyasida. E) Barchasida.

97. Kuchli nafas yetishmovchiligini giperkapnik shakli ko'proq qaysi kasalliklarida rivojlanadi? A) Nafas markazi funksiyasini susayishida. B) Astmatik statusda. V) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligida. D) Barcha hollarda. E) Birortasida ham emas.

98. Qaysi simptom sianidlar bilan yoki is gazi bilan zaharlanganligidan darak beradi? A) Bezovta bo'lish. B) Eyforiya. V) Terin rangini pushti bo'lishi. D) Sianoz. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

99. Giperkapniya sindromini gipoksiyadan ustun bo'lganligini qaysi belgi bildiradi? A) Terini namligi bilan yuzni kizarib ketishi. B) Sianoz. V) Kul rang rangparlik. D) Taxikardiya. E) Bradikardiya.

100. *Astmatik status qaysi sindromlarda kuzatiladi?* A) Bronxial astma. B) Surunkali obstruktiv bronxit. V) O'pka emfizemasida. D) Interstitsial pnevmofibroza. E) Sanab o'tilganlar barchasi.

101. *O'pka arteriyasi tromboemboliyasi qaysi shaklda ko'proq uchraydi va xavfli?* A) Yashin tezligi (belgilari daqiqalar davomida rivojlanadi). B) Kuchli (soatlar davomida). V) O'rtacha Kuchli (kunlar davomida). D) Qaytalanuvchi. E) Sanab o'tilganlarni barchasi.

102. *O'pka arteriyalari tromboemboliyasida, Kuchli nafas yetishmovchiligi sindromi rivojlanishiga nima sabab bo'ladi?*

A) O'pka tomirlari vazokonstriksiyasi. B) O'pka tomirlari qarshiligini ortishi. V) Ventilyatsion-perfuzion jarayonni buzilish. D) O'pka arteriyasi gipertenziyasi. E) Barchasi.

103. *O'pka arteriyasi tromboemboliyasida qaysi belgi asosiy hisoblanadi?* A) Hansirash. B) Yo'tal. V) Qon tuflash. D) O'pkada nam xirillashlar E) Barchasi.

104. *O'pka arteriyasi tromboemboliyasida trombolizis jarayoniga qaysi preparat ko'proq ta'sir etadi?* A) Streptokinaza. B) Geparin. V) Reopoliglyukin. D) Ksantinol nikotinat. E) Barchasi.

105. *O'pka arteriyasi tromboemboliyasida tavsiya etiladigan bilvosita ta'sir etadigan antikoagulyantlarga qaysi dorilar kiradi?*

A) Dikumarin. B) Fenilin. V) Pelentan. D) Neodikumarin. E) Barchasi.

106. *O'pkadan salmoqli qon ketish qaysi kasalliklarda ko'proq uchraydi?* A) Tuberkulezda. B) Zamburugli infeksiyalarda.

V) Bronxoektazlarda. D) O'pka abscessida. E) Barcha hollarda.

107. *Aspiratsion sindromda qaysi belgi ko'proq kuzatiladi?*

A) Tuberkulyozda. B) Bronxospazm. V) Nafas yo'llarini mexanik obstruksiyasi. D) Pevmonit. E) Sanab o'tilganlar barchasi.

108. *Giperegik aspiratsion pnevmonit (Mendelson sindromi) ayollarda ko'pincha qaysi holatlarda kuzatiladi?* A) Tug'ish jarayonida ayollarga Trendelenburg holatini berish. B) Aqo'sherlik operatsiyasida narkoz berish. V) Plevra abdominal bosimini oshirish. D) Ovqatni me'dadan regurgitatsiyasi. E) Barcha holatlarda.

109. *Suvga cho'kish bilan bog'liq bo'lgan aspiratsion sindromda nima kuzatiladi?* A) Gemoliz. B) Elektrolitlar buzilish. V) Yurak aritmiyasi. D) Barchasi. E) Birortasi ham emas.

110. *O'pka shishini klinik ko'rinishi nimadan iborat?* A) Bo'yin venalarini bo'rtishi. B) «Ot dukuri» ritmi. V) Psixomotor qo'zg'alish. D) Arterial qon bosimini ko'tarilishi yoki kamayishi. E) Sanab o'tilganlarning barchasi.

111. *O'pkashishi mexanizmi nimadan iborat?* A) Transsudatsiyaga moyillikni ortishi. B) O'pka gipertenziyasi. V) Ekstratsellyulyar hajmni ortishi. D) Sanab o'tilganlarning barchasi. E) Birortasi ham emas.

112. *O'pka qon aylanish doirasini engillatish usullari?* A) Flebotomiya (qon chiqarish 250-300 ml). B) Venoz jgutlarni qo'llash. V) Diuretiklarni qo'llash. D) Vazodilyatatorlarni qo'llash. E) Sanab o'tilganlarning barchasi.

113. *O'pkaning kardiogen shishi va yurak astmasi rivojlanishida qaysi omil asosiy urinni egallaydi?* A) Yurakni qon xaydash funksiyasini pasayishi. B) O'pka venoz va o'pka-arterial gipertenziyasi. V) O'pkada suyuqlikning tomirlar tashqarisidagi hajmini ortib borishi. D) Suyuqliklarning alveolalarga trasmudatsiyasi. E) Barchasi.

114. Yurak astmasi va o'pkaning kardiogen shishini intensiv davolashda qanday tadbirlar o'tkaziladi? A) Qonni hajmini kamaytirish. B) O'pkadagi tomirlar tashqarisidagi suyuqlik hajmini kamaytirish. V) Yurakni qon xaydash qobiliyatini kuchaytirish. D) Gazlar almashinuvini yaxshilash. E) Barchasi.

115. O'pkaning nokardiogen shishi amaliyotda qachon ko'proq uchraydi? A) Xirurgiyada ko'p qon yo'qotganda. B) Homiladorlikda fiziologik giprvolemiyada. V) Buyraklar yetishmovchiligida. D) Dengiz suvida cho'kish natijasida. E) Barchasida

116. O'pkaning nokardiogen shishini qaysi omillar keltirib chikaradi? A) Qonning past onkotik bosimi. B) Gipergidratatsyai. V) Anafilaktik va septik shok. D) Zaharlik gazlar va bug'lar bilan nafas olganda. E) Barcha hollarda.

117. O'pkaning nokardiogen shishini davolashda qaysi usul patogenetik hisoblanadi? A) Albumin eritmasini vena ichiga transfuziya qilish. B) Diuretik-saluretiklarni parenteral qo'llash. V) Etil spirti yordamida sundirish, sun'iy oksigenatsiya qilish. D) Antigistamin va glyukokortikoidlarni qo'llash. E) Barchasi

118. Katta yoshlilarning respirator-disstres sindromi patogenezi nimaga bog'liq? A) Qonda aralashmalar va biologik faol moddalarni proteolitik fermentlar o'pka kapilyari endoteliysining shikastlanishi. B) Alveolyar-kapillyar membranasining utkazuvchanligini keskin ortishiga. V) O'pka interstitsial shishining rivojlanishiga. D) Surfaktant moddasini ishlab chikshi kamayb atelektazalar paydo bo'lishiga. E) Sanab o'tilganlarning barchasiga.

119. Katta yoshlilarning respirator-disstress-sindromini keltirib chiqaradigan omillar? A) Kislotalar. B) Toksinlar. V) Fibrin va uning maxsulotlarini degradatsiyasi. D) Neytrofillar parchalanish maxsulotlari. E) Barchasi.

120. *Katta yoshlilarning respirator-disstress sindromining klinik ko'inishida qaysi simptom harakterli?* A)Yo'tal. B)Qon aralash balg'am tashlash V)Hansirash. D)Sianozni oksigenoterapiyadan so'ng o'tib ketmasligi. E)O'pkadagi nam xirillashlar.

121. *Katta yoshlilarning respirator-disstres sindromini intensiv davolashda qaysi usullar tavsiya qilinadi?* A)Pentoksifillin.

B)Reopolglyukin. V)Albumin eritmasi. D)Glyukokortikoidlar. E)Sanab o'tilganlarning barchasi.

122. *Kuchli ifodalangan gipoksemiyani kelib chiqishi sababi?* A)Alveolalar tarkibidagi havoda gipoventilyatsiya tufayli rO₂ kamayib ketishi. B)Askaridoz mavjud bemorlarda cheklangan eozinofilli infiltrat bo'lishi. V)O'pka rakida, trombositopenik purpura tipidagi paraneoplastik reaksiyada. D)Barchasi. E)Birortasi ham emas.

123. *Nafas yo'llarni utkazuvchanligini tiklash uchun zarur usullar?* A)Bemorga tegishli holat berish. B)Boshni orkaga tashlab, jagni oldinga siljitish. V)Ogiz bo'shlig'i va xalkumni tozalash.

D)Nafas kiritish. E)Sanab o'tilganlarning barchasi.

124. *Nafas to'xtash belgilari?* A)Og'iz va burun bo'shlig'i yaqinida havo oqimi aniqlanmasligi. B)Ko'krak qafasini pastlashi. V)O'pka ekskursiyasini bo'lmasligi. D)Teri qatlamlari sianoz. E)Sanab o'tilganlarning barchasi.

135. *O'smirlarda qaytalanuvchi bronxitni kechish xususiyatlari?* A)Kuchli. B)Yashirin (latent). V)Surunkali. D)Sanab o'tilganlarni hammasi. E)Birontasi ham emas.

126. *O'smirlarda bronxial astma xuruji asosida nima yotadi?*

A)Bronxlar silliq muskullarini qisqarishi. B)Shilliq qavatini shishishi. V)Bronx bezlarini sekretsiyasini ko'payishi. D)Sanab o'tilganlarni hammasi. E)Birontasi ham emas.

127. O'smirlarda qaytalanuvchi bronxitni keltirib chiqishligida muhim ahamiyatga ega omil qaysi? A) Genetik moyillik.

B) Konstitutsial omil. V) Allergiyaga moyillik. D) Immunologik holatni pasayishi. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

128. O'smirlarda qaytalanuvchi bronxitni birlamchi belgilari kachon paydo bo'ladi? A) 1-3 yoshda. B) 4-7 yoshda. V) 6-11 yoshda. D) 12-15 yoshda. E) 15-18 yoshda.

129. O'smirlarda bronxial astmani birlamchi belgilari qachon paydo bo'ladi? A) 1-7 yoshda. B) 6-11 yoshda. V) 12-14 yoshda. D) 15-18 yoshda. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

130. O'smirlarda bronxial astmani asosiy etiologik omili nima? A) Infekcion-allergik. B) Allergik. V) Immunologik. D) Nerv-psixik va gormonlarni buzilishi. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

131. O'smirlardagi bronxial astmani atopik shakli uchun qaysi simptom ko'proq harakterli? A) Leykopeniya. B) Eozinofiliya V) EChT pastligi. D) Kanla gistamin, serotonin va immunoglobulin ko'tarilish. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

132. O'smirlardagi bronxial astmani infeksiyon-allergik shakli uchun qaysi simptom xarakterli? A) Leykotsitoz. B) Eozinopeniya. V) EChT S-reaktiv oqsillar, G) Globulinni ko'tarilishi.

D) Immunoglobulin «M» va «G»ni yuqori darajada ko'tarilishi. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

133. O'smirlarda astmatik status holatida taxikardiya sababi? A) Qonda SO ko'payishi. B) Kislota va ishqoriy muxitni buzilishi. V) Eufillin miqdorini ko'payishi. D) Beta-adrenostimulyatorlarni aerosol orqali ko'p olish. E) Yurak glikozidlarini miqdori ko'payishi.

134. O'smirlarda bronxial astmani atopik shaklida qaysi dori nomutanosib? A)Dimedrol. B)Pipolfen. V)Benzilpenitsillin. D)Tavegil. E)Diazolin.

135. O'smirlada o'pkani qaysi bo'lagida bronxoektaziyalar ko'proq uchraydi? A)Chap pastki bo'llakda. B)O'ng pastki bo'lakda. V)O'ng yuqori bo'lakda. D)O'ng o'rta bo'lakda. E)Chap yuqori bo'lakda.

136. O'smirlarda surunkali pnevmoniyani davolashda qaysi antibiotik yaxshi yordam beradi? A)Benzilpenitsillin. B)Eritromitsin. V)Levomitsetin. D)Ampitsillin, oksatsillin va fuzidin natriy. E)Sanab o'tganlarni hammasi.

137. O'smirlarda surunkali pnevmoniyada aralash bakterial infeksiya va ichak tayokchalari aniqlansa quyidagi dorilar tavsiya etiladi? A)Gentamitsin sulfat. B)Kanamitsin. V)Sefolosparinlar. D)Sanab o'tilganlarni hammasi. E)Birontasi ham emas.

138. O'smirlarda surunkali pnevmoniya allergik holat bilan kuzatilsa qaysi proteolitik dori mumkin emas? A)Tripsin. B)Xinotripsin. V)Pankreatin. D)Dezoksiribonukleaza. E)Sanab o'tilganlarni hammasi.

139. Keksalarda bronholitda qaysi simptom kuzatilmaydi? A)Lixoradka va leykotsitoz. B)Intoksikatsiya. V)Nafas yetishmovchiligi. D)Yurak yetishmovchiligi. E)Apatiya va uyqunchanlikka o'tib ketuvchi qo'zg'alish va bezovtalanish.

140. Keksalarda bronholitda qaysi preparat tavsiya etilishi kerak? A)Kamfora. B)Kordiamin. V)Korazol. D)Yurak glikozidlari. E)Sanab o'tilganlarni hammasi.

141. Keksalarda surunkali bronxit, o'chog'li pnevmoniya bilan asoratlenganda qaysi simptom kuzatilmaydi? A) Lixoradka.

B) Hansirash. V) Taxikardiya. D) Yurak o'ng qorincha yetishmovchiligi. E) Psixozlar.

142. Keksalarni holinolipitiklar bilan davolanganda kanday nojuya simptomlar kuzatiladi? A) Ichak atoniyasi. B) Bosh aylanishi. V) Siydik chikarishni kiyinlashishi. D) Sanab o'tilganlarni hammasi. E) Birontasi ham emas.

143. Keksalarda bronxial astmani eng ko'proq sabablari?

A) Endokrin buzilishlar. B) O'chog'li infeksiya. V) Meteorologik omillar. D) Ishlab chiqarish omillari. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

144. Keksalarda bronxial astma natijasida kuchli yurak yetishmovchiligi rivojlanishiga nima sabab bo'la oladi?

A) Taxikardiya. B) Toj qon tomirlarini reflektor torayishi.

V) O'pka arteriyasi sistemasida bosimni ortishligi. D) Miokardni qisqarish qobiliyatini pasayishi. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

145. Keksalarda, bronxial astmada ko'krak qafasini rentgen manzarasi nima bilan farqlanadi? A) Bronxlarni devorlarini qalinlashishi. B) O'pka emfizemasi belgilarini borligi. V) Yurakni chapga, o'nga va chapga kengayishligi. D) Diafragmani nisbatan pastrokda turishi. E) Sanab o'tilganlarni hammasi.

146. Keksalarda bronxial astmada qaysi gurux preparatlari nomutanosib? A) Kortikosteroidlar. B) Gangibloqatorlar.

V) Aminazin. D) Novokain. E) Immunodepressantlar.

147. Keksalarda bronxial astma kasalligida preparat Kromolin-natriy (intal)ni ta'sir mexanizmi nimadan iborat? A)Bradikinni ajralishini kamaytiradi. B)Gistaminni ajrilishini ozaytiradi. V) Semiz hujayralar (bazofillar va eozinofillar) degranulyatsiyasini tomozlaydi. D)Sanab o'tilganlarni hammasi. E)Birontasi ham emas.

148. Keksalarda bronx-o'pka apparati tomonidan qanday morfo-funksional o'zgarishlar kuzatiladi? A)Bronx muskullarini atrofiyasi. B)Bronx titrok epiteliyasini atrofiyasi. V)Shilimshik ajaralashini kamayishi. D)Yo'tal refleksini pasayishi. E)Sanab o'tilganlarni hammasi.

149. Kuchli pnevmoniya keksalarda qanday kechishi xususiyatlarga ega? A)Tez jadallashish. B)Nafas yetishmovchiligi rivojlanishi. V)Kuchli yurak qon-tomir yetishmovchiligini rivojlanishi. D)Miya aynishi rivojlanishi. E)Sanab o'tilganlarni barchasi.

150. Keksalarda plevrit sindromi rivojlansa ko'proq qaysi kasallikni o'ylash kerak? A)Tuberkulez. B)Rak. V)Pnevmoniya. D)O'pka infarqti. E)Sanab o'tilganlarni hammasi.

Javoblari

S	J	S	J	S	J	S	J	S	J	S	J
1	A	26	E	51	E	76	B	101	B	126	D
2	E	27	E	52	V	77	B	102	A	127	E
3	E	28	D	53	V	78	E	103	E	128	E
4	E	29	E	54	D	79	E	104	E	129	E
5	E	30	D	55	D	80	D	105	E	130	A
6	E	31	E	56	D	81	E	106	E	131	B
7	B	32	E	57	D	82	D	107	D	132	B
8	D	33	E	58	E	83	E	108	E	133	A
9	B	34	V	59	V	84	E	109	D	134	E

10	D	35	E	60	D	85	D	110	E	135	D
11	V	36	D	61	E	86	E	111	E	136	E
12	E	37	D	62	E	87	D	112	E	137	A
13	D	38	E	63	E	88	D	113	E	138	E
14	D	39	E	64	B	89	E	114	E	139	A
15	A	40	E	65	V	90	B	115	E	140	D
16	A	41	E	66	E	91	V	116	E	141	B
17	E	42	E	67	E	92	D	117	D	142	D
18	B	43	D	68	E	93	E	118	E	143	E
19	D	44	A	69	E	94	V	119	D	144	B
20	D	45	E	70	E	95	A	120	E	145	D
21	D	46	E	71	D	96	V	121	E	146	E
22	E	47	V	72	A	97	B	122	E	147	E
23	E	48	A	73	B	98	E	123	A	148	E
24	D	49	E	74	D	99	E	124	B	149	E
25	D	50	E	75	D	100	E	125	V	150	A

4.3. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI BO'YICHA VAZIYATLI MASALALAR JAVOBLARI BILAN.

Masala № 1. Bemor Oripov K. 46 yoshda. Shikoyatlari ko'krak qafasining chap yarmida og'riq bo'lishi. Og'riq 2 soatgacha avval dala xovlida jismoniy mexnat qilayotgan uy kurayotganda yuzaga kelgan. Bemor ishni davom ettirmadi, xech qanday dori-darmon qabul ham qilmadi va to'ppa-to'g'ri vrach xuzuriga keldi. Chunki bemor otasi miokard infarktidan vafot etgan. Og'riq ezuvchi harakterga ega bo'lib vaqti-vaqti bilan kuchayib sanuvchi harakterga ega bo'lyapti va dam olgach, taxminan 30 daqiqadan so'ng o'tib ketdi. Ob'ektiv ko'rilganda: Ahvoli nisbatan qoniqarli. Ko'krak qafasini yarmi nafas olishda ishtirok etmayapti. Yurak tonlari ritmik, yurak asosida 2 tonni ikkiga ajralishi eshitilyapti. Ko'krak qafasining chap yarmi paypaslaganda 2-5 kobirgalar oraligida biroz og'riq bor.

1-masala bo'yicha savollar:

1. Taxminiy tashxis qo'ying va shakllantiring? 2. Tashxisni aniqlash maqsadida quyidagi tekshirishdan qay birini o'tkazish lozim? A. EKG va FKG. B. Qon analizi va EKG. V. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi va qon analizi. G. EKG zo'riqish sinamalari bilan va ko'krak qafasi rentgenografiyasi. D. Kardiolog maslaxati. 3. Qanday kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish zarur. 4. Davolash taktikasi.

Masala №1 javobi. 1. Tashxis: Chap tomonlama yopik spontan pnevmotoraks. 2. To'g'ri javob V. Bemorga tashxisni aniqlash maqsadida birinchi navbatda ko'krak qafasi rentgenografiyasi va qon taxlili o'tkazish zarur. Boshqa kasalliklarni inkor etish maqsadida EKG, ExoKG o'tkazish zarur. 3. Spontan pnevmotoraksda qiyosiy tashxisni miokard infarqti, stenokardiya, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi, chap tomonlama pnevmoniya va plevritlar bilan o'tkazish zarur. 4. A) Tinchlik. B). Og'riqsizlantirish: nonarkotik va narkotik analgetiklarni qo'llash yordamida amalga oshiriladi. V). Asosiy davolash usuli – o'pkani zudlik bilan dekompressiyalash, ya'ni plevra bo'shlig'idan havoni chikarib tashlash. Pnevmtoraksda bo'shlig'ini punksiya qilish II-kobirga oraligida o'rta o'mrov chizig'ida amalga oshiriladi. Misolimizdagi yopiq pnevmotoraksda plevra bo'shlig'idan bir marta havoni so'rib olish yaxshi samara beradi. G). O'pkani kollapsi kuzatilganligi sababli profilaktik maqsadda antibiotiklar qo'llash ham maqsadga muvofiq bo'ladi.

Masala № 2. Bemor Saydullaeva O., 35 yoshda. Shikoyatlari hansirash, tana haroratini 37,5 S ga ko'tarilishi, yo'tal, qon aralash balg'am kelishi, darmonsizlik, ko'krak qafasini chap yarmida og'riq bo'lishi. Anamnezdan: o'zini bemor deb 3 kuncha vaqt davomida xasta hisoblaydi. Kasalligini xech narsa bilan bog'lamaydi. Bemor chekadi. Homiladorlikdan oral kontratseptiv (regividon) bilan saqlanadi. Ob'ektiv ko'rilganda: Ahvoli o'rtacha og'irlikda. Teri va shilik pardalar odatdagi rangda. Bemor tana vazni ortiq. O'pkaning chap tomonida yakka quruq xirillashlar eshitilyapti.

2-masala bo'yicha savollar:

1. Bemorda quyidagi holatlardan qay biri bo'lishi ehtimoli: (tashxisni to'la shakllantirish). A. Surunkali bronxitni qo'zishi. B. Bronxlar adenokarsinomasi. V. Bronxoetatik kasallik. G. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi. D. O'pka sili. 2. Tashxisni aniqlash uchun qanday tekshirishlar zarur? 3. Davolash taktikasi.

Masala № 2 javobi. 1. To'g'ri javob (G),

Tashxis: Asosiy: Nafas yetishmovchiligi II-daraja. Chap o'pka arteriyasi mayda va o'rta shaxchalari tromboemboliyasi. Chap tomonlama infarkt pnevmoniya, qon tuflash. Hamrox: Oyoq chuqur venalari trombozi, latent kechishi. Semizlik II-daraja. Ushbu bemorimizdagi o'pka arteriyasi tromboemboliyasi sababi bo'lib oyoq chuqur venalarini trombozi hisoblanadi, lekin u klinik latent kechayapti. O'ATE va oyoq chuqur venalari trombozi ko'pincha tana vazni ortik va oral kontratseptivlar (esterogenlar) qabo'l qilayotgan ayollarda uchraydi. Ayol ayniqsa chekadigan bo'lsa, bu xavf yanada kuchayadi. Ushbu ayolda 3 kun avval chap o'pka arteriyasi mayda va o'rta shoxchalari tromboemboliyasi kuzatilgan, so'ngra infarkt pnevmoniya rivojlangan va qon tuflash kuzatilgan. Obturatsiya bo'lgan arteriya kichik diametrda bo'lganligi sababli O'ATE biz bilan yaqqol klinik manzarasi yo'q.

2. 1. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi 2. Qondagi gazlar miqdori. 3. EKG va ExoKG. 4. Angiopulmanografiya 5. Magistral venalarini ultratovushli dopplerografiyasi UZDG. 6. PTI, koagulogramma va qonni ivish vaqti.

3. 1. Yotoq rejimi va oksigenoterapiya. 2. Vena ichiga heparin 10000 TB yuborish, so'ngra har soatda 5000 TB teri ostiga yuborish. Geparinni qo'llash kamida 7 kun mobaynida davom ettiriladi. Geparinni bekor qilishdan 3-4 kun avval bilvosita ta'sir qiluvchi antikoagulyantlar (fenilin, pelentan, sinkumardan birortasi boshlanadi, hamda ular 3 oy davomida ichilib turiladi, PTI nazorati ostida. So'nggi yillarda heparinni urniga kichik molekulali heparin – fraksiparin keng qo'llanilmokda. Qo'llash usuli: 1 doza, ya'ni 0,3 ml teri ostiga ko'ngia 1-2 marta qilinadi. Fraksiparinni afzalligi

shundan iboratki: Samaradorligi yuqori, kuniga 1-2 marta qilinadi, qo'llash chogida qonni ivish tizimini monitor qilish shart emas va allergik reaksiya hamda trombositopeniya kabi asoratlar bermaydi. 3. Analgetiklar: Nonarkotik analgetiklardan boshlanadi, agar foyda bermasa 1-2 kun narkotik analgetiklar ham qo'llash mumkin. 4. Profilaktik maqsadda antibiotiklar qo'shib qo'yish maqsadga muvofiq bo'ladi. 5. Bemor albatta oral kontratseptiv (regividon) ni qabul qilishni to'xtatib, homiladorlikdan saqlanishini boshqa usulini qo'llashi, hamda chekishni tashlashi zarur.

Masala № 3. Bemor Ibaydullaev M., 25 yoshda. Shikoyati: yo'tal, qon aralash balg'amni chiqishligi, nafas kisishligi, ko'krakda og'riq, holsizlik, 2 kundan beri haroratni 37,8 Sgacha ko'tarilishiga. O'n yoshidan boshlab, o'pka yallig'lanishi bilan tez-tez og'rib keladi, ba'zida qon tuflash kuzatilib turgan. Ob'ektiv ko'rilganda teri qoplamalari va shilliq pardalari oqimtir, o'pkada perkutor tovush qisqargan bronxial nafas, ikkala tomonda kurak ostida mayda pufakchali nam xirillashlar kuzatiladi. Qon taxlili: Nv-96g/l, eritrotsitlar – $4,5 \times 10^{12}$ /l, rang ko'rsatkichi 0,4, anizotsitoz, poykilotsitoz, mikrotsitlar, neytrofilez, mielotsitga qadar siljishlik. EChT-60 mm\soat. Rentgen tekshirishda yopiq to'rsimon, ilmoqli o'pka tasvirini kuchayganligi, 1 xil tipdagi soyali o'choqlari bilan harakterli.

3-masala bo'yicha savollar:

1. Sizning tashxisingiz? 2. Davolash taktikangiz?

Masala №4 javobi. 1. Tashxis: Bronxoektatik kasallik, ikkala o'pka pastki bo'lagidagi bronxoektazlar. Asorati: O'pka emfizemasi. Pnevmoskleroz. Qon tuflash. Nafas yetishmovchiligi II-daraja.

Davolash: 1. Qon tuxtatuvchi vositalar: Ditsinon 2,0 m\o82 mahal. Aminakapron kislotasi 4%-100,0 v\i tomchilab 2 mahal. 2. O'pka gipertenziyasini kamaytiruvchi dorilar Nitrosorbit 0,01 1 tabletkadan * 3 mahal. AKB imkon bersa APF ingibitorlari (Kapoten). 3. Proteaza ingibitorlari – Trasilol yoki kontrikal 10000 TB vena ichiga tomchilab. 4. Antibiotiklar ikkilamchi infeksiyani

oldini olish uchun (Sefazolin 1,0 m/o har soatda). 5.Eufillin 24% - 10,0v/v. 6.Immunomodulin 1,0 m/o. 7.Oksigenoterapiya – namlangan kislorod. 8.Sulfokamfokain 10%-2,0 m/o * 2 mahal.

Masala №4. Bemor U. 59 yoshda, 9 yildan buyon fibroz kavernozli o'pka sili bilan og'riydi. BK(-) keyingi 3 hafta davomida yo'tal kuchayib, darmonsizlik, shilimshiq yiringli balg'am ajralishi ko'paygan. Ish joyida jismoniy zo'riqishdan so'ng balg'amda qon aralashmasi paydo bo'lgandan keyin yo'talganda, og'zi to'la toza qip-qizil qon ajralash boshlagan. Bunday holatda bemorda o'lim vaximasi kuzatilgan.

4-masala bo'yicha savollar:

1.Bemorda o'pka silining qanday turi to'g'risida o'ylash mumkin. 2.Bemorni qaysi shifoxonaga yuborish kerak? 3.Tez yordam shifoxona vrachlari tomonidan qaysi dori-darmonlar guruxidan foydalanish kerak?

Masala №4 javobi. 1.Tashxis: O'pkadan qon ketishi. Kuchli postgemorragik kamqonlik. O'pkani fibroz kavernozli sili, emirilish davri.

2.Bemorni sil kasalliklari dispanserining jarrohlik bo'limiga yotkizish tavsiya etiladi, chunki u erda qon to'xtatishni konservativ va operativ (sun'iy pnevmotoraks, yoki arteriyani bog'lash) yo'llari bilan davolash uchun etarli sharoitlar mavjud bo'ladi. Somatik profildagi shifoxonalardagi ko'krak jarrohligi bo'limlariga yotqizish epidemiologik nuqtai-nazardan maqsadga muvofiq emas.

3.Tez yordam vrachi tomonidan quyidagi guruxdagi dori-darmonlardan foydalaniladi: 1.Qonni ivishini oshiruvchi, qon to'xtatuvchi dorilar gemostatiklar: Ditsinon 2,0 m/o, Vikasol 1%-2,0 m/o, Aminokapron kislotalari 4%-100-200,0 ml vena ichiga tomchilab, Kalsiy glyukonat 10%-10,0 ml vena ichiga. 2.Plazma o'rmini bosuvchi dorilar (postgemorragik shok holati bo'lganda) – poliglyukin 400,0 vena ichiga tomchilab yoki okim bilan, reopoliglyukin 400,0 ml vena ichiga tomchilab yoki oqim bilan, glyukoza 5%-500 ml vena ichiga tomchilab yoki oqim bilan.

Masala № 5. Bemor B, 63 yoshda. Kasalxonaga tez yordam orqali olib kelindi. Shikoyatlari ko'krak chap yarmida kuchli og'riq bo'lib, nafas olganda chiyillash, havo etishmasligi, yo'tal va qon aralash balg'am kelishi. Og'riq kuchli bo'lganligi sababli tez yordam vrachi promedol qilgan. Og'riq 1-1,5 soat avval jismoniy zo'riqishdan so'ng yuzaga kelgan, so'ngra hansirash, yo'tal, qon aralash balg'am yuzaga kelgan. Anamnezida Surunkali holetsistit va oyoq venalarini varikoz kengayishi. Ob'ektiv ko'rilganda ahvoli og'ir, xushi ravshan, holati passiv. lablari kukargan. Nafas olishi tezlashgan, yuzaki, minutiga 26-28 ta. O'pka, yurak tonlari bo'g'iq. Biroz tezlashgan, bir daqiqada 98 ta. AKB-120\80 mm.sim.ust. EKGda-sinusli taxikardiya.

5-masala bo'yicha savollar:

1. Tashxis qo'ying va shakllantiring. 2. Tekshirish rejasi. 3. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish zarur? 4. Shoshilinch yordam.

Masala №6 javobi. 1. Tashxis: Asosiy: Kuchli nafas yetishmovchiligi III daraja. Chap o'pka arteriyalari tromboemboliyasi, qon tuflash. Hamrox: Chap oyoq chuqur venalari trombozi. Chap oyoq teri osti venalarini varikoz kengayishi. Surunkali holetsistit.

Bemorda o'pka arteriyasi tromboemboliyasi (O'ATE) ni tipik klinik belgilari mavjud (yirik arteriyalarini). O'ATE o'pkani arterial tizimini tromb bilan okklyuziyasidir. Tromb birlamchi katta qon aylanish doirasida yoki yurakni o'ng qorincha bo'shliqlarida hosil bo'ladi va 90% holatlarda O'ATE rivojlanish sababi chuqur venalar trombozi hisoblanadi (ko'pincha oyoq venalari). O'ATE va chuqur venalar trombozi xavf omillari bo'lib quyidagilar hisoblanadi: keksa yosh, gipodinamiya, oyoqlarni immobilizatsiyasi, jarrohlik operatsiyalari, Surunkali yurak yetishmovchiligi, oyoq venalarini varikoz kengayishi, homiladorlik, tug'ish, oral kontratseptivlar qabo'l qilish, ayrim kasalliklar (Kron kasalligi, eritremitiya, nefrotik sindrom). O'ATE ni klinik ko'rinishi zararlangan arteriya diametriga bog'liq. Shu sababli kasallik klinikasi o'pka arteriyasini massiv, submassiv va mayda shoxchalari tromboemboliyasiga qarab

turlicha bo'lad. Massiv va submassiv O'ATE klinik ko'rinishida quyidagi belgilar harakterli: -To'satdan yuzaga keluvchi hansirash va havo etishmasligi, lekin ortopnoe kuzatilmaydi. -Kul rang sianoz, -Taxikardiya. -Og'riq sindromi 3 xil variantda bo'lishi mumkin: a) anginozsimon-to'sh suyagi ortida. B)o'pka-plevral og'riqlar ko'krak qafasida joylashgan. v)abdominal og'riq sindromi qorinda bo'lib, ichak parezi va xikichok bilan birga kelishi mumkin. -Yurakni o'ng qorinchasi kuchlanish belgilari (EKGda). -Auskultatsiyada nafas susayishi, nam mayda pufakchali xirillashlar, plevra ishqalanish tovushi bo'lishi mumkin. -qon tuflash 30% bemorda kuzatiladi. Uning asosiy sababi o'pka infarkti rivojlanishi.

2.O'ATE gumon qilinganda 2 guruxdagi tekshirish usullari o'tkaziladi: Birinchi gurux – har bir bemorga bajarilishi shart bo'lgan tekshirishlar. Bularga ko'krak qafasi rentgenografiyasi, arterial qondagi gazlar miqdori, EKG va ExoKG, o'pkani perfuzion\ventilyatsion ssintigrafiyasi, oyoq magistral venalarini ultratovushli dopplerografiyasi (UZDG), PTI, koagulogramma, qonni ivish vaqti kabi tekshirishlar kiradi. Ikkinchi guruxga ko'rsatma bo'lganda bajariladigan tekshirish usullari – angiPulmonografiya, flebografiya va kontrastli kompyuter tomografiya kabilar kiradi. O'ATEni tashxislashda «oltin standart» bo'lib angiPulmonografiya hisoblanadi.

3.O'ATEda qiyosiy tashxis quyidagi kasalliklar bilan o'tkaziladi: -hansirash mavjud bo'lgan bemorlarda yurak astmasi, bronxial astma, pnevmoniyalar, o'pka o'smasi kabi kasalliklar bilan. -ko'krak qafasida og'riq sindromi mavjud bemorlarda Kuchli miokard infarkti, stenokardiya, spontan pnevmotoraks, perikardit kabi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. -abdominal og'riq sindromi mavjud bemorlarda esa qorin bo'shlig'ining Kuchli kasalliklari Kuchli holetsistit, Kuchli pankreatit, mezenterial arteriyalar trombozi kabi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

4. 1.Neyroleptoanalgeziya – talamonal yoki fentanil 0,05%-2,0+ droperidol 0,25% - 1-2,0 ml. 2.Vena ichiga geparin 10000 TB yuborish, so'ngra har 6 soatda 5000 TB teri ostiga yuborish. Geparinni qo'llash kamida 7 kun mobaynida davom ettiriladi.

Geparinni bekor qilishdan 3-4 kun avval bilvosita ta'sir qiluvchi antikoagulyantlar (fenilin, pelentan, sinkumar, varfarin)lardan birortasi boshlanadi, hamda ular 3 oy davomida ichilib turiladi, PTI nazorati ostida. So'nggi yillarda geparinni o'rniga kichik molekulali geparin fraksiparin keng qo'llanilmokda. Qo'llash usuli: 1 doza, ya'ni 0,3 ml teri ostiga kuniga 1-2 marta qilinadi. Fraksiparinni afzalligi shundan iboratki: samaradorligi yuqori, kuniga 1-2 marta qilinadi, qo'llash chogida qonni ivish tizimini monitor qilish shart emas va allergik reaksiya hamda trombositopeniya kabi asoratlar bermaydi. 3. Trombolitiklar: A) Streptokinaza 250000 TB vena ichiga tomchilab 250 ml fiziologik eritmada 30 minut davomida yuboriladi. B) Urokinaza 200000 TB vena ichiga 200 ml fiziologik eritmada tomchilab 10 minut davomida, so'ngra 150000 TB 1 soat mobaynida. V) To'qimani plazminogen aktivatori (t-AP) 15 mg vena ichiga, so'ng 50 mg vena ichiga tomchilab 1 soat mobaynida. 4. Antibiotiklar

Masala №6. Bemor Salimov O. 36 yoshda. Tez yordam mashinasida kasalxonaga olib kelindi. Shikoyati hansirash, nafas xirillashi, yo'tal. Anamnezdan ma'lum bo'lishicha, bemor spirtli ichimliklarni suiste'mol qiladi. Kecha navbatdagi kayfchilikdan so'ng ertalab o'rnidan turganda hansirash, nafas chog'ida g'ijillash, yo'tal yuzaga kelgan. Ob'ektiv ko'rilganda ahvoli o'rtacha og'irlikda. Nafas olish shovqinli, g'ijillash tovushlari masofadan eshitilib turibdi. O'pkaning o'ng tomonida g'ijillovchi va chiyilovchi xirillashlar eshitilmokda. Chap tomonda dag'al nafas, 1-2 ta kuruk xirillashlar mavjud. Yurak tonlari ritmik, bo'g'iqrok. Puls 90 ta, AKB 140\90 mm.s.u. Qorin yumshoq, og'riqsiz. Bemorga qabulxona bo'limida zudlik bilan rentgen tekshirilishi qilindi. Xulosasi – o'pkaning tasviri kuchaygan, o'choqlik soyalanishlar aniqlanmadi.

6-masala bo'yicha savollar:

1. Tashxis qo'ying va shakllantiring. 2. Bemordagi bronxoobturatsion sindrom sababi. 3. Shoshilinch yordam va davolash taktikasi.

Masala №6 javobi. 1. Tashxis: Kuchli nafas yetishmovchiligi. Bronxooturatsion sindrom. Hamrox: Surunkali alkogolizm.

2. Bemordagi bronxoobturatsion sababi kusik massalari bilan bronxlarni tusilib qolishi. Me'dadan kusik massalari bilan aspiratsiya bo'lganida avvalo ximik tabiatga ega bo'lgan yallig'lanish va natijada aspiratsion pnevmonit rivojlanadi. Aspiratsion pnevmonit nafas yo'llariga kislota valentligi yuqori suyuqlik tushganida ayniqsa og'ir kechadi. Bunday holat yara kasalligi mavjud bemorlarda yoki spirtli ichimliklarni suiste'mol qiluvchi shaxslarda kuzatiladi. Bunda bronxlarda yuzaga kelgan tarqoq yallig'lanish jarayoni bronxlar silliq mushaklari spazmi bilan birgalikda nafas olishni astmatik holat tipidagi og'ir buzilishiga olib keladi. Aspiratsion pnevmonit Kuchli (qusuq massalaridan so'ng 3-10 soat ichida) rivojlanadi. Auskultatsiyada zararlangan tomonda krepitatsiya va quruq chiyilovchi xirillashlar eshitiladi.

3. Shoshilinch yordam. Qusuq massalarini bronxoskop yordamida olib tashlash va shu vaqtning o'zida bronxlar lavajini o'tkazish (NaCl 0,9%-5,0-10,0 ml yoki natriy gidrokarbonat). Bu ishlarni juda tezlik bilan bajarish zarur. Chunki bronx-o'pka tizimidagi nekrozi yallig'lanish va ekssudativ jarayonlar shunchalik tez rivojlanadiki, bu eritmalar bilan yuvish ham ba'zida yordam bermay qoladi. Shunda ham baribir to'la aspiratsiya qilish qiyin, natijada ovqat qoldiqlari bronxlarni to'sib atelektazlarga olib kelishi mumkin. Barcha holatlarda kortikosteroid gormonlarni qo'llash zarur (gidrokortizon 0,15-0,25 vena ichiga, so'ng 0,05-0,1 har 6 soatda 2-5 kun davmida) Gidrokortizonni endotraxeal yo'l bilan ham yuborish mumkin. Ikkilamchi infeksiya va abseslanishni oldini olish uchun antibiotiklarni (sefalosporin guruxidan) qo'llash lozim. Bundan tashqari oksigenoterapiya va zaruriyat tug'ilganda o'pkani sun'iy ventilyatsiyasi amalga oshiriladi. Kislota-ishqor holati buzilganda natriy gidrokarbonat eritmasi, glyukoza-ko'rsatmaga qarab, kaliy-insulin aralashmasi, yurak glikozidlari, geparin, reopoliglyukin kabi dorilar qo'llaniladi.

Masala №7. Bemor K., 45 yoshda. Kasalxonaga tez yordam mashinasi orqali olib kelindi. Kelgandagi shikoyatlari kuchli hansirash, havo etmaslik, harakat qilinganda hansirashni kuchayishi. Anamnezidan ma'lum bo'lishicha, 2 soat avval ishda og'ir yuk ko'tarayotganda ko'krak qafasini chap yarmida kuchli og'riq va yo'tal paydo bo'lgan. Birozdan so'ng og'riq qolgan, lekin hansirash kuchayib borib, behollik, bosh aylanishi yuzaga kelgan. Terisi oqara boshlagan, sovuq ter bosgan. Ob'ektiv ko'rilganda ahvoli og'ir, teri qoplamlari sianotik, hansirash kuzatilyapti. Ko'krak qafasini chap tomoni nafas olishda orqada qolyapti, perkutor-timpanit. Eshitib ko'rilganda chap tomonda nafas eshitilmayapti. Yurakni nisbiy to'mtoqlik chegaralari biroz o'nga siljigan. Yurak tonlari ritmik, bo'g'iq, tezlashgan. Puls 120 ta AKB-100\60mm.sim.ust. EKGda - sinusli taxikardiya. T tishchasini biroz yassilanishi.

7-masala bo'yicha savollar:

1.Tashxis qo'ying va shakllantiring. 2.Qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish zarur? 3.Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish lozim? 4.Shoshilinch yordam va davolash taktikasi.

Masala №7 Javobi. 1.Tashxis: Kuchli nafas yetishmovchiligi III daraja. Chap tomonlama spontan klapanli pnevmotoraks.

Pnevmtoraks o'pkadagi yallig'lanish, destruktiv jarayonlar, ko'krak qafasi jaroxati, invaziv muolajalar (o'mrov osti venasi punksiyasi, plevra bo'shlig'i punksiyasi) asoratlari tufayli yuzaga kelishi mumkin. Ayrim hollarda pnevmotoraks sog' yurgan odamlarda to'satdan (spontan) rivojlanadi. Buning sababi o'pkani tug'ma harakterga ega bo'lgan bo'lmalarini yorilib ketishi bo'ladi. Shu sababli sog'lom yurgan odamda tusatdan hansirash va ko'krak qafasida og'riq yuzaga kelsa, ayniqsa jismoniy zo'riqishdan so'ng pnevmotoraks to'g'risida gumon qilish mumkin. Yuzaga kelish mexanizmi bo'yicha pnevmotoraks yopik, ochiq va klapanli pnevmotorakslarga bo'linadi. Bu uchchala turidan eng xavflisi va urgent holat keltirib chiqaradigan turi klapanli pnevmotoraks bo'lib, bunda plevra bo'shlig'iga havo nafas olgan chog'da kirib,

har nafas olgan sari plevra bo'shlig'ida bosim ortib boradi. Buning natijasida o'pkani siqilib kolish va ko'ks organlarini ezilib qolishi, hamda qarama-qarshi tomonga siljishi ham kuzatiladi. Shu sababli ventilyatsion yetishmovchilik kuchayib ketadi va yurakni daqiqalik hajmi kamayadi. Shuning uchun klapanli pnevmotoraksda zudlik bilan plevra bo'shlig'idan bosimni kamaytirish zarur.

2. Pnevmtoraksni tashxis qilishning asosiy usuli ko'krak qafasini rentgenografiyasi hisoblanadi. Boshqa kasalliklarni inkor etish maqsadida EKG va ExoKG o'tkazish zarur.

3. Qiyosiy tashxisni miokard infarqti astmatik varianti, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi, bronxial astma xurujlari bilan o'tkazish zarur.

4. Shoshilinch yordam: 1. Tinchlik. 2. Og'riqsizlantirish: Narkotik va nonarkotik analgetiklar – promedol 1%-1,0 analgin 50%-2,0. Bu preparatlarni samaradorligini oshirish maqsadida antigistamin (dimedrol 1%-1,0, suprastin 2,5-1,0) qo'shib qo'llaniladi. 3. Spontan pnevmotoraksdagi asosiy tadbir o'pkani zudlik bilan dekompressiya qilish. Plevra bo'shlig'idan havoni bir marotaba surib olish yopik pnevmotoraksda yaxshi samara beradi. Klapanli va ochik pnevmotoraksda esa vaqtinchalik samara berganligi sababli, bu holatlarda plevra bo'shlig'iga drenaj kuyib, havoni doimiy surib turish zarur. Pnevmtoraksda plevra bo'shlig'ini punksiya qilish II-kobirga oraligida o'rta o'mrov chizig'ida amalga oshiriladi. 4. O'pka kollapsi kuzatilganligi sababli profilaktik maqsadda antibiotiklar qo'llash ham maqsadga muvofiq bo'ladi.

Masala №8. Bemor: Kambarova M. 24 yosh. Viloyat tug'ruq uyiga 22.01.2006 yil quyidagi shikoyatlar bilan keldi: balg'amli yo'tal, jismoniy harakatda hansirash, tez charchashga, tomog'i qichishi, umumiy quvvatsizlik, oyoqlarda shish va belda og'riq. Anamnez: Irsiy kasalliklarni ajdodida inkor etadi. Bolaligida tez-tez shamollab, yo'talib, bir necha marta tuman shifoxonasida davolangan. 11 yoshida appendektomiya utkazgan. Xayz kurishi 15 yoshdan, 4-5 kun, har 29-30 kunda, muntazam, og'riqsiz.

Birinchi turmushi. Jinsiy xayoti 20 yoshdan. Ushbu homilasi uchinchi, 1 va 2 homilasi tibbiy ko'rsatmaga asosan sun'iy abort qildirilgan. Oxirgi xayz kurishi 17-20.05.2005 yil. Ushbu homiladorlikni kechishi. Homiladorlikni birinchi yarmi oxirlarida bemorda tez-tez yo'tal, balg'am tupirish, jismoniy harakatda hansirash, charchab kolish, nafas bugilishi kuzatilgan. Shu tufayli shifoxonada davolangan. Eufillin, vitaminlar, kalsiy glyukonat, kokarbaksilaza, ATF olgan. Ahvoli yaxshilanib uyda ambulator davolanishni davom ettirgan. Homiladorlikni 28-29 xaftalarida tug'ruq uyi homiladorlik patologiyasi bo'limida shu xastalik tufayli 20 kun davolangan. So'nggi 10 kun davomida homiladorni ahvoli yomonlashib, yuqorila sanab o'tilgan shikoyatlarga qo'shimcha oyoqlarida shish paydo bo'lgan. Shu sababli vrachga murojaat qilgan, statsionar yotib davolanish taklif qilinganiga karamasdan bemor shifoxonaga kelmagan. Ahvoli yomonlasha borganligi uchun yuqorida ko'rsatilgan shikoyatlar bilan tug'ruq uyiga kelishga majbur bo'lgan. Umumiy va akusherlik tekshiruv. Umumiy holati o'rtacha. Tana tuzilishi to'g'ri, bo'yi 160 sm, vazni 72 kg. Teri va shilliq qavatlari oqimtir. Nafas olishi yakindan eshitilib turibdi, nafas harakati bir daqiqasida 28-30ta. O'pkada turli kalibrdagi nam va shovqinli kuruk xirillashlar eshitilmokda. Yurak tonlari bo'g'iq. Puls bir daqiqada 96 ta, AKB 100\60 mm.sim.ust. Tili nam, ok karash bilan qoplangan. Qorin homila xisobiga kattalashgan, paypaslaganda yumshok, jigari o'ng kobirga yoyida. Taloq paypaslanmayapti. Ich kelishi va siydik ravon. Qorin aylanasi kindik sohasi bo'yicha 88 sm, bachadon tubi qovdan 38 sm yuqorida, paypaslanganida bachadon vaqti vaqti bilan taranglashgan, tug'ruq faoliyati jadallashgan. Homila to'g'ri chiziqli joylashgan, boshi kichik chanoqda kirishda, yurak urishi bir daqiqada 132 ta, ritmik, yurak tovushlari bo'g'iq, kindik ostida aniqlanmokda. Chanok o'lchamlari 25, 28, 32, 21 sm. Qin orqali tekshiruv. Tashqi jinsiy a'zolar va qin o'zgarishsiz. Bachadon bo'yni kattalashgan, kanali ikki panjali ochik. Homila kopkogi butun, taranglashgan.

8 - masala bo'yicha savollar:

1. Tashxis qo'ying va shakllantiring. 2. Ushbu kasallik ona va bola uchun nima bilan xavfli? 3. Akusher-ginekolog va terapevt taktikasi?

Masala №8 javobi. 1. Tashxisi: Asosiy Bronxial astma infeksiyon-allergik shakli o'rtacha og'irlikda kechishi. Homiladorlik III, tug'ish 1, 35 hafta. A.A.A. (I va II homilasi abort bo'lgan). Asorati: O'pka emfizemasi, pnevmoskleroz. UNE II darajasi. Homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi.

2. Bronxial astma bilan kasallanib yurgan ayollarda homiladorlik 70% holatlarda kasallikni avj olishi, tez-tez xuruj bo'lib turishi bilan kechadi. Bu esa onada o'pka-nafas yetishmovchiligini kuchaytiradi. Bronxial astmasi bo'lgan homiladorlarda ertangi va kechki toksikozlar ko'p rivojlanadi, muddatidan avval tug'ishlar, kichik vaznli bola tugilishlari kuzatiladi. Kasallik homilaning antenatal va neonatal o'limiga sabab bo'ladi. 5% bolalarda bronxial astma 1 yoshgacha bo'lgan muddatda rivojlanadi. 50% bolalarda esa umrining keyingi yillarida paydo bo'ladi. Bolaning otasida ham bronxial astma bo'lsa bu son - 72 %ga etadi.

3. Davolash usullari: 1. Tartib; 2. Parxez; 3. Bronxolitiklar; 4. Oksigenote-rapiya; 5. Desenbilizatsiya vositalari; 6. Kortikosteroidlar; 7. Yurak qon-tomir tizimi faoliyatini yaxshilovchi vositalar; 8. Sodali eritmalar; 9. Antibiotiklar, zaruriyatga qarab qo'llaniladi; 10. Sedativ vositalar.

Masala № 9. Bemor: Nizomova K. 28 yosh. 19.05.2005 yilda viloyat tug'ruq uyiga institut klinikasi EGP bo'limida o'tkazilgan. Shikoyatlari: ko'p yo'talib balg'am tupirishga, chuqur nafas olganda yo'talni kuchayishiga, kuraklar orasidagi sanchuvchi og'riqqa, qo'l va oyoqlarni tolib og'rishiga, harakat qilganda hansirashga beli tolib og'rishiga, jinsiy yo'llardan qon aralash shilinshiq kelayotganligiga. Anamnez: Irsiy kasalligi yo'q. Yoshligida qizamiq, epidemik parotit bo'lgan. Xayz ko'rishi 14 yoshdan, 4-5 kun, har 28 kunda, muntazam. Jinsiy xayoti 18 yoshdan. Birinchi turmushi. 6 marta homilador bo'lgan. 4-5 homilasini sun'iy abort

qildirgan. Oxirgi xayz ko'rishi 24.12.2004 yil. Bemor 2003 yili kech kuzda qattiq shamollab, tana harorati ko'tarilib, yo'talib, balg'am tupirib 1 oy mobaynida institut klinikasi pulmonologiya bo'limida davolangan. 2004 yil kuz oylarida kasalligi ko'zib yana shu bo'limda davolangan.

Ushbu homiladorlikni kechishi. Homiladorlikni birinchi uch oyligida engil erta toksikoz belgilari bo'lgan, vaqti-vaqti bilan ko'ngil aynib qusmokchi bo'lgan, lekin bu holat uzoq davom etmagan. May oyi boshlarida yana shamollab, ko'p yo'talib, kuraklar orasida sanchiq turib, tana harorati ko'tarilib institut klinikasining EGP bo'limiga yotqizilgan. Bu joyda bemor penitsillin, dimedrol, vitaminlar, kalsiy glyukonat, bromgeksin, sulfokamfokain olgan. 18.05.2005 yili belida og'riq turib 19.05.2005 yili jinsiy yo'llaridan qon aralash shilimshiq kelib, tug'ruq uyi kompleksiga o'tkazilgan.

Umumiy va akusherlik tekshiruv. Umumiy holati o'rtacha og'irlikda. Xushida. Harakati aktiv. Tana tuzilishi to'g'ri, bo'yi 158 sm, vazni 54 kg. Teri va shilliq qavatlari oqimtir-pushti. Nafas olish burun orqali, ravon, daqiqada 26 ta. O'pkada tovush tebranishi aniqlanganda o'ng tomoni pastki bo'laklarida susaygan. Perkussiyada bu joyda perkutor tovush to'mtoqlashgan. Auskultatsiyada o'ng kurak oralig'ida va kurak ostida plevra ishqalanish tovushi eshitilmokda. Biroz krepitatsiya ham mavjud. Yurakni nisbiy to'mtoqlik chegaralari o'zgarishsiz. Yurak tonlari biroz bo'g'iq, o'pka arteriyasi ustida II-ton aksenti eshitilmoqda. Puls bir daqiqada 92 ta, AKB 110\70 mm.s.u. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. Qorin homila xisobiga kattalashgan, paypaslanganida biroz taranglashgan, kindik osti va chov soxalarida og'riqli. Jigar va taloq paypaslanmayapti. Ich kelishi va siydik ravon. Qin orqali tekshiruv. Tashqi jinsiy a'zolar va qin o'zgarishsiz. Qin ichidan qon aralash shilimshiq ajralmokda. Akusherlik ko'zgasida ko'rilganda bachadon bo'yni kattalashgan, bo'yin kanalidan qonli ajralma chiqmokda.

9-masala bo'yicha savollar:

1. Tashxis qo'ying va shakllantiring. 2. Ushu kasallik ona va bola uchun nima bilan xavfli? 3. Akusher-ginekolog va terapevt taktikasi?

Masala №9 javobi. 1. Tashxisi: Asosiy: Surunkali o'ng tomonlama pastki bo'lak karnifitsirlangan pnevmoniyasi, qo'zish davri. Homiladorlik VI, tug'ish 4, 20 xafta A.A.A. (IV va V homilasi sun'iy abort). Asorati: O'ng o'pka pastki bo'lak pnevmosklerozi. O'NE I-bosqichi. Homila tushish xavfi.

2. Homiladorlikda pnevmoniya qo'zishi bilan onada o'pka-nafas yetishmovchiligini kuchayishi mumkin, homila o'sishi pasayadi, gipoksiya va gipotrofiya alomatlari kuzatiladi.

3. Davolash usullari: Terapevt ushbu holatda intensiv davolash choralarini ko'rishi darkor. Oksigenoterapiya, bronxolitiklar, balg'am ko'chiruvchi vositalar, sulfanilamidlar, antibiotiklar. Akusher-ginekolog homila tushish xavfini bilgan holda zudlik bilan akusherlik yordamini tashkil qilib bola tushishidan keyingi asoratlar oldini olishi zarur.

Masala № 10. Bemor Mamajanova I. 33 yosh. Bemor uyiga 2005 yil 25 dekabr kuni tez yordam mashinasini chaqirgan, ko'ruv paytida bemor bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloqlaridagi shovqinga, ko'ngil aynishiga, qusishga, qaltirashga, bezovtalanishga, ko'krak qafasida siquvchi og'riqqa, o'ta behollikka, quruq yo'talga, ko'zini yoshlanishiga shikoyat qilyapti. Anamnezida: Holatini ko'mir xidi elitib qolganiga bog'laydi. Ob'ektiv: Umumiy holati og'ir, xushi xiralashgan, teri qoplamalari giperemiyalashgan, besaramjon, timoq va lablari ko'kargan, o'pkada nam, quruq xirillashlar eshitilayapti. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya. Puls 1 minutga 110 ta. AKB 160/10 mm. s.u. Tili quruq. Qorni yumshoq, og'riqsiz, jigar va taloq kattalashmagan. Ichi kelmagan, siydik ajralmagan.

10-masala bo'yicha savollar:

1. Klinik tashxis qo'ying va shakllantiring. 2. Bemorga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishda vrach taktikasi. 3. Zaharlanish qanday

asoratlari berishi mumkin. 4. Karbaksi gemoglobinining o'linga sabab bo'luvchi qondagi konsentratsiyasi qancha bo'lishi kerak? To'g'ri javobni toping. A. - 60% ni. B. - 80% ni. V. - 100% ni. G. - 50% ni. D. - 25% ni

Masala №10 javobi.

I. Tashxis: Asosiy: Is gazi bilan zaharlanish, o'rta daraja og'irlikda. Asorati: Toksik ensefalopatiya. Kuchli tronxeobronxit. Tronzitor gipoksik arterial gipertoniya. Kuchli nafas yetishmovchiligi II darajasi.

II. Tez tibbiy yordam kursatish taktikasi: a) jabrlanuvchini gaz bilan ifloslangan xonadan toza xavoga olib chiqish. b) jadal oksigenoterapiya. v) yuqori nafas yo'llarini tozalash, xavo o'tkazuvchi trubka, traxeya intubatsiyasi, ko'rsatma bo'yicha sun'iy apparatga ulash. 3. Glyukoza 5%-500,0 + askorbin kislotasi 5%-10-20 ml gacha qo'shib vena ichiga tomchilab yuborish. Natriy gidrokorbanat 4%-400,0 vena ichiga tomchilab. 4. Lobelin yoki Sititon 1%-0,5 ml vena ichiga fiziologik eritmada yuboriladi. 5. Kordiamin 25%-2,0-4 ml gacha yoki kofein 10%-1-2 ml t/o. 6. Talvasa sindromida - sibazon 0,5%-2-4 ml vena ichiga. 7. Gemodez 400,0 vena ichiga tomchilab. 8. Vitamin B₁ -5%-5,0 ml vena ichiga. 9. Miya shishida: a) kranotserebral gipotermiya, b) laziks 40-80 mg vena ichiga, v) Magniy sulfat 25%-5,0 m/o, dibazol 1%-5,0 v/ichiga. 10. Bronxospazmda - eufillin 2,4% - 10,0 vena ichiga. 11. Yurak yetishmovchiligida - korglyukon 0,06%-1,0 fiziologik eritmada vena ichiga. 12. RShTYoIM toksikologiya bo'limiga yotkiziladi.

III. Is gazidan zaharlanishda quyidagi asoratlari kuzatiladi. Toksikoma. 2. Talvasa sindromi. Z. Miya shishi. 4. Miokardni toksik zararlanishi. 5. Kuchli nafas yetishmovchiligi. 6. Arterial gipertenziya. IV. Karboksigemoglobinni o'linga sabab bo'luvchi dozasi. Gemoglobini umumiy mikdorda «G» 50% dan tashkil kilishi kerak.

Masala № 11. Bemor Kambarova M. 24 yosh. Viloyat tug'ruq uyiga 22.01.2006 yil quyidagi shikoyatlar bilan keldi: balg'amli

yo'talga, jismoniy harakatda xansirash, tez charchashga, tomog'i kichishishi, umumiy quvvatsizlik, oyoqlarda shish bo'lishi va beldagi og'rikka. Anamnez. Irsiy kasalliklarni yaqin avlodlarida inkor etadi. Bolaligida tez-tez shamollab, yo'talib, bir necha marta tuman shifoxonasida davolangan. 11 yoshida appendektomiya o'tkazgan. Xayz ko'rishi 15 yoshdan, 4-5 kun, har 29-30 kunda, muntazam, og'riqsiz. Birinchi turmushi. Jinsiy xayoti 20 yoshdan. Ushbu homilasi uchinchi, 1 va 2-homilasi tibbiy ko'rsatmaga asosan sun'iy abort kildirilgan. Oxirgi xayz ko'rishi 17-20.05.2005 yil. Ushbu homiladorlikni kechishi. Homiladorlikni birinchi yarmi oxirlarida bemorda tez-tez yo'tal, balg'am tupirish, jismoniy harakatda xansirash, charchab kolish, nafas bo'g'ilishi kuzatilgan. Shu tufayli shifoxonada davolangan. Eufillin, vitaminlar, kalsiy glyukonat, kokarboksilaza, ATF olgan. Axvoli yaxshilanib uyda ambulator davolanishni davom ettirgan. Homiladorlikni 28-29 xaftalarida tug'ruq uyi homiladorlik patologiyasi bo'limida shu xastalik tufayli 20 kun davolangan. So'nggi 10 kun davomida homiladorni axvoli yomonlashib, yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlarga qo'shimcha oyoqlarida shish paydo bo'lgan. Shu sababli vrachga murojaat kilgan, statsionar yotib davolanish taklif kilinganiga qaramasdan bemor shifoxonaga kelmagan. Axvoli yomonlasha borganligi uchun yuqorida ko'rsatilgan shikoyatlar bilan tug'ruq uyiga kelishga majbur bo'lgan. Umumiy va akusherlik tekshiruv. Umumiy holati o'rtacha. Tana tuzilishi to'g'ri, bo'yi 160 sm, vazni-72 kg. Teri va shilliq qavatlari oqimtir. Nafas olishi ritmi tezlashgan, nafas harakati bir daqiqasida 28-30 ta. O'pkada turli kalibrdagi nam va shovkinli kuruk xirillashlar eshitilmokda. Yurak tonlari bo'g'iq. Puls bir daqiqada 96 ta, AKB 100/60 mm s.u. Tili nam, oq qarash bilan qoplangan. Qorin homila xisobiga kattalashgan, paypaslanganida yumshoq, jigari o'ng qobirg'a yoyida. Taloq paypaslanmayapti. Ichi kelishi va siydik ravon. Korin aylanasi kindik soxasi bo'yicha 88 sm, bachadon tubi qovdan 38 sm yuqorida, paypaslanganida bachadon vaqti-vaqti bilan taranglashgan, tug'ruq faoliyati jadallashgan. Homila to'g'ri

chiziqli joylashgan, boshi kichik chanoqda kirishda, yurak urishi bir daqiqada 132 ta, ritmik, yurak tovushlari bo'g'iq, kindik ostida aniqlanmoka. Chanoq o'lchamlari 25, 28, 32, 21 sm. Qin orqali tekshiruv. Tashqi jinsiy a'zolar va qin o'zgarishsiz. Bachadon bo'yni kattalashgan, kanali ikki panjali ochiq. Homila qopkog'i butun, taranglashgan.

11-masala bo'yicha savollar:

1. Tashxisni qo'ying va shakllantiring. 2. Ushbu kasallik ona va bola uchun nima bilan xavfli? 3. Akusher-ginekolog va terapevt taktikasi?

Masala № 11 javobi

Tashxisi: Asosiy: Bronxial astma infeksiyon-allergik shakli, o'rtacha og'irlikda kechishi. Homiladorlik III, tug'ish 1, 35 hafta. A.A.A. (I va II-homilasi abort bo'lgan). Asorati: O'pka emfizemasi, pnevmoskleroz. O'NE II darajasi. Homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi. 2. Bronxial astma bilan kasallanib yurgan ayollarda xomiladorlik 70% holatlarda kasallikni avj olishi, tez-tez xuruj bo'lib turishi bilan kechadi. Bu esa onada o'pka-nafas yetishmovchiligini kuchaytiradi. Bronxial astmasi bo'lgan homiladorlarda ertangi va kechki toksikozlar ko'p rivojlanadi, muddatidan avval tug'ishlar, kichik vaznli bola tug'ilishlari kuzatiladi. Kasallik homilaning antenatal va neonatal o'limiga sabab bo'ladi. 5% bolalarda bronxial astma 1 yoshgacha bo'lgan muddatda rivojlanadi. 50% bolalarda esa umrining keyingi yillarida paydo bo'ladi. Agar bolaning otasida ham bronxial astma bo'lsa bu son 72% ga etadi. 3. Davolash usullari: 1. Tartib. 2. Parxez 3. Bronholitiklar. 4. Oksigenoterapiya. 5. Desensibilizatsiya vositalari. 6. Glyukokortikosteroidlar. 7. Yurak-qon-tomir tizimi faoliyatini yaxshilovchi vositalar. 8. Sodali eritmalar. 9. Antibiotiklar, zaruriyatga qarab qo'llaniladi. 10. Sedativ vositalar.

Masala № 12. Bemor Nizomova K. 28 esh. 19.05.2005 yilda viloyat tug'ruq uyiga institut klinikasi EGP bo'limidan o'tkazilgan. Shikoyatlari: ko'p yo'talib balg'am tupirishga, chuqur nafas olganda

yoʻtalni kuchayishiga, kuraklar orasidagi sanchuvchi ogʻrikka, koʻl va oyoqlarni tolib ogʻrishiga, harakat qilganda xansirashga beli tolib ogʻrishiga, jinsiy yoʻllardan qon aralash shilimshiq kelayotganligiga. Anamnez. Irsiy kasalligi yoʻq. Yoshligida qizamiq, epidemik parotit boʻlgan. Xayz kurishi 14 yoshdan, 4-5 kun, har 28 kunda, muntazam. Jinsiy xayoti 18 yoshdan. Birinchi turmushi. 6 marta homilador boʻlgan. 4-5 homilasini sunʻiy abort qildirgan. Oxirgi xayz koʻrishi 24.12.2004 yil. Bemor 2003 yili kech kuzda qattiq shamollab, tana harorati koʻtarilib, yoʻtalib, balgʻam tupirib 1 oy mobaynida institut klinikasi pulmonologiya boʻlimida davolangan. 2004 yili kuz oylarida kasalligi qoʻzib yana oʻsha boʻlimda davolangan. Ushbu homiladorlikni kechishi. Homiladorlikni birinchi uch oyligida engil erta toksikoz belgilari boʻlgan, vaqti-vaqti koʻngil aynib qusmoqchi boʻlgan, lekin bu holat uzoq davom etmagan. May oyi boshlarida yana shamollab, koʻp yoʻtalib, kuraklar orasida sanchiq turib, tana harorati koʻtarilib institut klinikasining EGP boʻlimga yotkizilgan. Bu joyda bemor penitsillin, dimedrol, vitaminlar, kalsiy glyukonat, bromgeksin, sulfokamfokain olgan. 18.05.2005 yili belida ogʻrik turib 19.05.2005 yili jinsiy yoʻllaridan qon aralash shilimshiq kelib, tugʻruq uyi kompleksiga oʻtkazilgan. Umumiy va akusherlik tekshiruv. Umumiy holati oʻrta ogʻirlikda. Xushida. Harakati aktiv. Tana tuzilishi toʻgʻri, boʻyi 158 sm, vazni-54 kg. Teri va shilliq qavatlari oqamtir-pushti. Nafas olish burun orqali, ravon, daqiqada 26 ta. Oʻpkada tovush tebranishi aniqlanganda oʻng tomonni pastki boʻlaklarida susaygan. Perkussiyada bu joyda perkutor tovush toʻmtoqlashgan. Auskultatsiyada oʻng kurak oraligida va kurak ostida plevra ishqalanishi tovushi eshitilmokda. Biroz krepatatsiya ham mavjud. Yurakni nisbiy toʻmtoqlik chegaralari oʻzgarishsiz. Yurak tonlari biroz boʻgʻik, oʻpka arteriyasi ustida P-ton aksenti eshitilmokda. Puls bir daqiqada 92 ta, AKB 110/70 mm sim ust. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. Qorin homila xisobiga kattalashgan, paypaslanganida biroz taranglashgan, kindik osti va chov soxalarida ogʻriqli. Jigar va taloq paypaslanmayapti. Ichi kelishi va siydik ravon.

Qin orqali tekshiruv. Tashqi jinsiy a'zolar va qin o'zgarishsiz. Qin ichidan qon aralash shilimshiq ajralmokda. Aqo'sherlik ko'zgusida ko'rilganda bachadon bo'yni kattalashgan, bo'yin kanalidan qonli ajralma chiqmokda.

12-masala bo'yicha savollar:

1. Tashxisni qo'ying va shakllantiring. 2. Ushbu kasallik ona va bola uchun nima bilan xavfli? 3. Akusher-ginekolog va terapevt taktikasi?

Masala № 12 javobi.

1. Tashxisi: Asosiy: Srunkali o'ng tomonlama pastki bo'lak karnifitsirlangan pnevmoniyasi, qo'zish davri. Homiladorlik VI, tug'ish 4, 20 hafta. A.A.A. (IV va V- homilasi sun'iy abort). Asorati: O'ng o'pka pastki bo'lak pnevmosklerozi. O'NE 1-bosqichi. Homila tushish xavfi.

2. Homiladorlikda pnevmoniya qo'zishi bilan onada o'pka-nafas yetishmovchiligini kuchayishi mumkin, homila o'sishi pasayadi, gipoksiya va gipotrofiya alomatlari kuzatiladi.

3. Davolash usullari: terapevt ushbu holatda intensiv davolash choralarini ko'rishi darkor. Oksigenoterapiya, bronxolitiklar, balg'am ko'chiruvchi vositalar, sulfanilamidlar, antibiotiklar. Akusher-ginekolog homila tushish xavfini bilgan holda zudlik bilan akusherlik yordamini tashkil qilib bola tushishidan keyingi asoratlarni oldini olishi zarur.

4.4.NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI TASHXISINI TA'RIFLASH NAMUNALARI

1.Bemor: Nizomova N. 22 yosh. Tashxis: Gipertermik sindrom. Kuchli traxeit.

2.Bemor: Kamilov Ya. 19 yosh. Tashxis: Gipertermik sindrom. Kuchli traxebronxit.

3.Bemor: Gulmirzaeva G. 33 yosh. Tashxis: Asosiy: Kuchli bronxiolit. Asorati: O'pka obstruktiv emfizemasi, Kuchli o'pkayurak, yurakni o'ng qorincha yetishmovchiligi.

4.Bemor: Eshmatov V. 68 yosh. Tashxis: Asosiy: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Kuchli obstruktiv bronxit, bakterial, yiringli, og'ir kechishi.

5. Bemor: Goziev P. 28 yosh. Tashxis: Asosiy: Kuchli o'pka-yurak yetishmovchiligi. O'pka shishi. Kuchli obstruktiv bronxit, bronxiolit virusli, og'ir kechishi. Hamrox: Surunkali pielonefrit, latent kechishi.

6. Bemor: Dadamirzaev J. 56 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali o'pka-yurak, II bosqich. Surunkali yiringli obstruktiv bronxit qo'zishi, og'ir kechishi. O'pka emfizemasi. Pnevmoskleroz. Hamrox: Surunkali kalkulez holetsistit, biliar traktini gipomotor diskinerziyasi.

7. Bemor Abduraimova R. 34 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali nafas yetishmovchiligi II daraja. Surunkali yiringli obstruktiv bronxit qo'zg'alish davri, og'ir kechishi. O'pka emfizemasi. Nafas yetishmovchiligi II daraja. Hamrox: Surunkali o'ng tomonlama salpingoofarit.

8. Bemor Pardaev M. 27 yosh. Tashxis: Asosiy: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Surunkali yiringli obstruktiv bronxit qo'zish davri. O'pka emfizemasi pnevmoskleroz.

9. Bemor Latipov D. 32 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali obstruktiv bronxit qo'zishi. Asorati: Ikkilamchi diffuz emfizema. Surunkali nafas yetishmovchiligi II-III darajasi. O'pka gipertenziyasi, stabil shakli.

10. Bemor Najibo'llaev I. 30 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali astmoid bronxit qo'zishi davri. O'pka emfizemasi, pnevmoskleroz. Vazomotor allergik rinit. Nafas yetishmovchiligi II daraja

11. Bemor Nafisova K. 28 yosh. Tashxis: Asosiy: Krupoz pnevmoniya, o'ng tomonlama, total, og'ir kechuvchi. Kuchli o'pka-yurak yetishmovchiligi.

12. Bemor Kaxxorov B. 30 yosh. Tashxis: Asosiy: O'choqli tutash pnevmoniya, chap o'pkaning pastki bo'lagida surunkali, og'ir kechuvchi. Asorati: Abscesslanish.

13. Bemor Ermatova N. 28 yosh. Tashxis: Asosiy: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Krupoz pnevmoniya, chap o'pkaning pastki bo'lagida, jigarlanish bosqichi, o'rtacha og'irlikda kechishi.

14. Bemor Hamidova R. 38 yoshda. Tashxis: Asosiy: O'choqli ildiz oldi (markaziy) pnevmoniya surunkali, o'rtacha og'irlikda kechishi.

Asorati: Abscesslanish. Nafas yetishmovchiligi II daraja.

15. Bemor Darvishev B. 28 yosh. Tashxis: Asosiy: O'ng o'pka pastki bo'lagi, krupoz zotiljam (6-10 segmentlar), pnevmokokk etiologiyali, og'ir kechishi. Nafas yetishmovchiligi II daraja. Pnevmoniyadan so'nggi ekssudativ plevrit

15. Bemor Dustmatov A. 30 yosh. Tashxis: Asosiy: Chap o'pka yuqori bo'lagi ikqilamchi o'choqli bronxopnevmoniyasi, cho'ziluvchan kechishi. Surunkali obstruktiv bronxit qo'zg'alish davrida, o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz. Surunkali nafas yetishmovchiligi II daraja

16. Bemor Nozimova P. 37 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali interstitsial pnevmoniya, o'ng o'pkaning pastki bo'lagida, qo'zish davri. Asorati: Nafas yetishmovchiligi I daraja.

17. Bemor Shermatova N. 27 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkadan qon ketishi. Kuchli postgemorragik anemiya. II darajasi. Surunkali pnevmoniya bronxoektazlar bilan, o'ng o'pkaning pastki bo'lakchalarida (7, 8, 9, 10 segmentlarida), qo'zish davri.

18. Bemor Oripova N. 24 yosh. Tashxis: Asosiy: Astmatik status. Nafas yetishmovchiligi III darajasi. Yurak o'ng qorinchasini Kuchli yetishmovchiligi. Bronxial astma, infeksiyon-allergik shakli, astmatik statuslar bilan og'ir kechishi.

19. Bemor Yusupova N. 28 yosh. Tashxis: Asosiy: Bronxial astma xuruji. Bronxial astma, atopik shakli (chang va ovqat allergiyasi), o'rtacha og'irlikda kechishi, qo'zish davri. Qaytalanuvchi eshak emi (krapivnitsa).

20. Bemor Kamoliddinova M. 44 yosh. Tashxis: Asosiy: Astmatik status II bosqichi. Nafas yetishmovchiligi II daraja. Bronxial astma endogen, og'ir persistirlangan shakli, infeksiyaga bog'liq va gormonga karam turi, qo'zishi. Surunkali yiringli obstruktiv bronxit qo'zishi. O'pka emfizemasi.

21. Bemor Ikramov V. 32 yosh. Tashxis: Asosiy: Bronxial astma xuruji. Nafas yetishmovchiligi II daraja. Bronxial astma, endogen shakli, disadrenergik turi, o'rtacha og'irlikda persistirlangan

kechishi. Neyrodermit. Ptilializm. Hamrox: Surunkali gepatit V, engil kechishi.

22. Bemor Sagdullaev B. 38 yosh. Tashxis: Asosiy: Chap tomonlama kuchli ildiz oldi pnevmoniyasi, virusli, og'ir kechishi. Kuchli nafas yetishmovchiligi II daraja. Hamrox: Kandli diabet I tip, o'rta og'irlikda kechishi.

23. Bemor Tursunov R. 33 yosh. Tashxis: Asosiy: O'ng tomonlama pastki bo'lak krupoz pnevmoniyasi, og'ir kechishi. O'ng tomonlama pnevmokokk etiologiyali, seroz fibrinozli plevrit, kuchli kechishi. Nafas yetishmovchiligi II daraja.

24. Bemor Najmiddinov P. 46 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkadan qon ketish. Postgemorragik kamqonlik o'rtacha daraja. O'ng o'pka o'rta bo'lak pnevmoniyadan so'nggi abssessi, o'rtacha og'irlikda kechishi.

25. Bemor Zaynobiddinov N. 39 yosh. Tashxis: Asosiy: Chap tomonlama eksudativ plevrit. Surunkali o'choqli pnevmoniya, chap o'pkaning yuqori bo'lagida qo'zishi. Nafas yetishmovchiligi II darajasi.

26. Bemor Ziyodinov N 29 yosh. Tashxis: Asosiy: O'ng o'pka pastki bo'lak Kuchli stafilokkokli abssessi, og'ir kechishi. Plevra empiemasi. Nafas yetishmovchiligi II-III darajasi

27. Bemor Nosirov M. 58 yosh. Tashxis: Asosiy: O'ng tomonlama gemorragik plevrit, nim Kuchli kechishi. Plevra mezoteliomasi. Nafas yetishmovchiligi II darajasi.

28. Bemor Latipov E. 32 yosh. Tashxis: Asosiy: Ikki tomonlama xillez plevrit. Gematogen dissimirlangan o'pka tuberkulezi. Nafas yetishmovchiligi II darajasi. Hamrox: Surunkali alkogolizm

29. Bemor Soliev Ch. 58 yosh. Tashxis: Asosiy: Kuchli nafas yetishmovchiligi II darajasi. O'ng tomonlama spontan pnevmotoraks. O'ng o'pka bo'lak raki.

30. Bemor Abduraximov U. 33 yosh. Tashxis: Asosiy: O'ng tomonlama yopik pnevmotoraks. Ko'krak qafasi jaroxati, o'ng tomonlama VII-VIII qobirg'alar sinishi. Kuchli nafas yetishmovchiligi II darajasi.

31. Bemor Doniyorov L. 48 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkadan qon ketishi, o'rtacha daraja. Postgemorragik anemiya II daraja. Bronxoektatik kasalligi, chap o'pka pastki bo'lagidagi (8-9 segmentlardagi) ifodalangan shakli, qo'zishi.

32. Bemor Najimov S. 38 yosh. Tashxis: Asosiy: Bronxoektatik kasalligi, ikkala o'pka pastki bo'lagidagi kopsimon bronxoektazlar qo'zish davri. Bo'yрак amiloidozi. Asorati: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Surunkali bo'yрак yetishmovchiligi II bosqich. Ikqilamchi kamqonlik II daraja.

33. Bemor Popova G. 68 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pka arteriyasi tromboemboliyasi. Qon tuflash. Hamrox: Chap oyoq chuqur venalari tromboflebiti. Kuchli nafas yetishmovchiligi III daraja.

34. Bemor N. 19 yosh. Tashxis: Asosiy: Kuchli traxeobronxit. Xomilorlik I, 16 hafta. Asorati: Homilani infeksiyon toksik zararlanishi.

35. Bemor N. 28 yosh. Tashxis: Asosiy: Kuchli bronxit. Homiladorlik IV, 20 hafta. Asorati: Gestoz. Homiladorlar kusishi.

36. Bemor N 28 yosh. Tashxis: Asosiy: Kuchli bronxiolit. Homiladorlik V, 22 hafta. Asorati: O'pka obstruktiv emfizemasi, Kuchli o'pka-yurak, yurakni Kuchli o'ng qorincha yetishmovchiligi. Gestoz. Nefropatiya II darajasi. Fetoplatsetar yetishmovchiligi, homila gipoksiyasi.

37. Bemor N. 26 yosh. Tashxis: Asosiy. Surunkali obstruktiv bronxit qo'zishi. Homiladorlik II, 32 hafta. Asorati: O'pka emfizemasi, surunkali nafas yetishmovchiligi II daraja. Fetoplatsetar yetishmovchiligi, homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi.

38. Bemor N 32 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali yiringli bronxit qo'zishi. Homiladorlik III 8 hafta. Asorati: Tarqoq bronxoektazlar, diffuz pnevmoskleroz, Surunkali nafas yetishmovchiligi III darajasi. Surunkali o'pka-yurak II bosqichi. Homila tushish xavfi.

39. Bemor N. 30 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali astmoid bronxit qo'zishi. Vazomotor allergik rinit. Homiladorlik I, 12 hafta (katta yoshdagi birinchi homiladorlik) Asorati: O'pka emfizemasi, pnevmoskleroz. Nafas yetishmovchiligi I darajasi. Gestoz. Homiladorlar qusishi va dermatozisi.

40. Bemor N 21 yosh. Tashxis: Asosiy: Krupoz pnevmoniya, o'ng tomonlama, total og'ir kechuvchi. Homiladorlik I, 8 hafta. Asorati: Kuchli nafas yetishmovchiligi. Kuchli o'pka-yurak yetishmovchiligi. Infeksion-toksik gepatit. Homilani infeksion-toksik zararlanishi. Homila tushish xavfi.

41. Bemor. N 30 yosh. Tashxis: Asosiy: O'choqli tutash pnevmoniya, chap o'pkaning pastki bo'lagida, surunkali, og'ir kechuvchi. Homiladorlik III 24 hafta. Asorati: Abssess. Homilani infeksion-toksik zararlanishi. Homila gipoksiyasi.

42. Bemor N.28 yosh. Tashxis: Asosiy: Krupoz pnevmoniya, chap o'pkaning pastki bo'lagida, jigarlanish bosqichi, o'rtacha og'irlikda kechishi. Homiladorlik I, 38 hafta. Asorati: Nafas yetishmovchiligi II darajasi. Gestoz. Nefropatiya II daraja. Homilani infeksion-toksik zararlanishi. Homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi.

43. Bemor. N 38 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali interstitsial pnevmoniya, o'ng o'pka pastki bo'lagida, qo'zishi. Homiladorlik III, 36 hafta. Asorati: Nafas yetishmovchiligi I. Homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi.

44. Bemor. N 25 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali pnevmoniya bronxoektazlar bilan, o'ng o'pkaning pastki bo'lagida (7, 8, 9 segmentlari), qo'zish davri. Homiladorlik III, 16 hafta. Asorati: O'pkadan qon ketish. Kuchli postgemorragik anemiya og'ir daraja. Homila o'limi.

45. Bemor N. 25 yosh. Tashxis: Asosiy: Bronxial astma, infeksion – allergik shakli, engil kechuvchi. Homiladorlik V, 24 haftalik. Akusherlik anamnezi asoratlangan (III, IV homilasi abort qilingan). Asorati: Gestoz. Homiladorlik dermatози. Homila gipoksiyasi.

46. Bemor N 25 yosh. Tashxis: Asosiy: Bronxial astma, infeksion-allergik shakli. Homiladorlik IV darajasi, 10 haftalik. Akusherlik anamnezi asoratlangan (III homilasi tushib ketgan). Asorati: Nafas yetishmovchiligi III darajasi. Yurakni o'ng qorincha Kuchli yetishmovchiligi. Homila tushish xavfi.

47. Bemor N 19 yosh. Tashxis: Asosiy: Surunkali o'choqli pnevmoniya, chap o'pkaning yuqori bo'lagida, qo'zish davri. Homi-

ladorlik I, 29 xaftalik. Asorati: Chap tomonlama eksudativ plevrit. Nafas yetishmovchiligi II darajasi. Gestoz, nefropatiyani II darajasi, homila atrofidagi suyuqlikni okib ketishi, homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi.

4.5.NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI DAVOLASH TARZLARIDAN NAMUNALAR.

1.Bemor Zokirjonov S. 47 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkani surunkali obstruktiv kasalligi. Surunkali obstruktiv bronxit, bronxospastik sindromi bilan, dizholinergik varianti qo'zish davri. Asorati: Ikqilamchi bronxoektazlar. Pnevmoskleroz Ventilyatsion nafas yetishmovchiligi. II daraja. O'pka-yurak yetishmovchiligi II daraja. Tavsiyalar: 1.Atropin 0,1% ertalab 8 tomchi, tushda 10 tomchi, kechkurun 15 tomchi ovqatdan avval. 2.Atrovent – ingalyatsion aerozol 2 dozadan 3-4 mahal. 3.Norvask 0,005 1 tabl. 1 mahal. 4.Brogeksin 0,008 1 tabl 3 mahal.

2.Bemor H. 62 yosh. Tashxis: Asosiy: o'pkani surunkali obstruktiv kasalligi: Surunkali obstruktiv bronxit, bronxoobturatsion sindromi bilan. Asorati: Kuchli nafas yetishmovchiligi II-III daraja. Hamrox: Ichak gelmintozi, migratsiya fazasi, bronx-o'pka yo'llarini invaziyasi. Simptomatik gipoksik arterial gipertenziya. Tavsiyalar: 1.Dibazol 1%-2,0 3 mahal m\o 2.Buskopan 10 m\o 2 mahal. 3.Lipoevaya kislota 0,5 % - 2,0 m\o 4.Norvask 0,005 1 tabl 1 mahal. 5.Metronidazol 0,25 1 tabl. 3 mahal ovqatdan so'ng. 6.Metrogil 100,0 vena ichiga tomchilab № 7. 7.Levamizol 0,15 1 tabl. 3 kunda bir marta kechkurun №3. 8.Tomid 0,01 1 tabl. 3 mahal ovqatdan avval.

3.Bemor T. 62 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkani surunkali obstruktiv kasalligi: Surunkali obstruktiv bronxit, semizlik III daraja. Pikkivik sindromi. Asorati: Nafas yetishmovchiligi II-III daraja. O'pka yurak yetishmovchiligi II daraja. Simptomatik gipoksik arterial gipertenziya. Tavsiyalar: 1.Geparin 5000 ED 3 mahal m\o 7 kun. 2.Immunomodulin 1,0 №10. 3.Lipoevaya kislota 0,5%-2,0 m\o № 10 so'ng 1 tabl 3 mahal. 4.Norvask 0,0005 1 tabl 1 mahal.

5. Veroshpiron 0,025 2 tabl. ertalab. 2 tabl tushda 10 kun, so'ng 2 tabl ertalab 20 kun. 6. Gipotiazid 50 mg. Ertalab xaftasiga 2 marta. 7. Tomid 0,01 1 tabl. 3 mahal ovqatdan avval.

4. Bemor D. 60 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi, bronxospastik sindromi bilan (dizadrenergik). Qo'zish davri.

Asorati: O'pka emfizemasi. Pnevmoskleroz, nafas yetishmovchiligi II daraja. Surunkali o'pka-yurak dekompensatsiya bosqichi. II daraja Simptomatik gipoksik arterial gipertenziya. Tavsiyalar: 1. Gentamitsin 0,08 m\o 2 mahal. 2. Geparin 5000 ED 3 mahal m\o 7 kun. 3. Immunomodulin 1,0 №10 4. Eufillin 0,15 1 tabl. 3 mahal. 5. Norvask 0,005 1 tabl 1 mahal 6. Ditek – ingalyatsion aerosol 2 dozadan 3-4 mahal. Ditek yordam bermagan takdirda Ingakort-ingalyatsion kortikosteroidga o'tiladi. 7. Veroshpiron 0,025 2 tabl. Ertalab. 8. Geparin 5000 TB 3 mahal 5 kun, 5000 TB 2 mahal 5 kun. 9. Bromgeksin 0,008 1 tabl 3 mahal.

5. Bemor Topdieva X. 27 yosh. Tashxis: Asosiy: o'pkani obstruktiv kasalligi. Bronxial astma persistirlangan kechishi III pog'ona, dizovarial varianti. Asorati: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi I daraja. Hamrox: O'ng tomonlama adneksit. O'ng tomonlama kolit. Tavsiyalar: 1. Progesteron 1%-1,0 m\o 1 mahal 10 kun, so'ng Pregnin 0,005 1 tabl til ostiga 3 mahal 1 oy. 2. Metronidazol 0,25 1 tabl 3 mahal ovqatdan so'ng. 3. Ditek 2 dozadan 3 mahal ingalyatsiya. yoki Atrovent ingalyatsiya 4. Levamizol 0,15 1 tabl 3 kunda 1 marta kechkurun №3 5. Tedin 0,06 1 tabl kechkurun ovqatdan keyin.

6. Bemor Topdieva X. 27 yosh. Tashxis: Asosiy o'pkani Surunkali obstruktiv kasalligi: Bronxial astma persistirlangan kechishi III pog'ona, infeksiyon-allergik shakli. Asorati: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Simptomatik gipoksik arterial gipertoniya (180\100) mm.sim.ust. Hamrox: O'ng tomonlama kolit. O'ng tomonlama adneksit. Tavsiyalar: 1. Ditek-ingalyatsion aerosol, 2 dozadan 3-4 mahal. 2. Metronidazol 0,25 1 tabl. 3 mahal ovqatdan so'ng. 3. Levamizol 0,15 1 tabl 3 kunda 1 marta kechkurun №3. 4. Tedin

0,06 1 tabl kechurun. 5.Immunomodulin 1,0 №10. 6.Norvask 0,005 1 tabl 1 mahal. 7.Veroshpiron 0,025 2 tabl ertalab.

7.Bemor Boymatova Zuxra 32 yosh. Tashxis: Asosiy: o'pkani surunkali obstruktiv kasalligi: Bronxial astma persistirlangan kechishi III-IV pog'ona infeksiyon-allergik shakli. Asorati: Nafas yetishmovchiligi II daraja. Surunkali o'pka-yurak, dekompen-satsiya bosqichi II daraja. Hamrox: Surunkali ileotiflit qo'zishi, glist etiologiyali, migratsiya fazasi, astma xurujlari bilan. Malab-sorbsiya sindromi. O'ng tomonlama adneksit, dismenoree (oligo-algomenoreya), dizovarial sindrom. Tavsiyalar: 1.Buskopan 1,0 m\o №10. 2.Metronidazol 0,25 1 tabl 3 mahal ovqatdan so'ng. 3.Metrogil 100,0 vena ichiga tomchilab №7. 4.Levamizol 0,15 1 tabl 3 kunda 1 marta kechurun №3. 5.Progesteron 1%-1,0 m\o 1 mahal 10 kun, so'ng Pregnin 0,005 1 tabl til ostiga 3 mahal 1 oy. 6.Immunomodulin 1,0 №10

8.Bemor Sotvoldieva Farida 40 yosh. Tashxis: Asosiy: O'pkani Surunkali obstruktiv kasalligi: Bronxial astma intermitterlangan kechishi I pog'ona infeksiyon-allergik va dizholinergik variantlari. Asorati: Surunkali allergoz. Allergik kichishish. Bo'yрак usti bezini surunkali yetishmovchiligi, engil shakli. Limfadenopatiya (bo'yin, peribronxial va ileotsekal zona limfa tugunchalari). Hamrox: Surunkali rinosinusit. Surunkali ileotiflit qo'zishi. Tavsiyalar: 1.Atropin 0,1%-7,0 t\o, 7 kun, so'ng Atrovent ingalyatsiyada. 2.Metronidazol 0,25 1 tabletkadan 3 mahal ovqatdan so'ng. 3.Levamizol 0,15 1 tabl 3 kunda 1 marta kechurun. № 3. 4.Kobavit 0,01 1 tabl 2 mahal. 5.Immunomodulin 0,01%-1,0 m\o sxema bilan. 6.Metrogil 100,0 vena ichiga tomchilab №7. 7.Buskopan 0,01 1 tabletkadan 3 mahal ovqatdan avval.

9.Bemor: Matmusaev M. 70 yosh. Tashxis: Asosiy: O'ng tomon-lama o'rta bo'lak krupoz pnevmoniyasi. Surunkali obstruktiv bronxit qo'zishi. Asorati: O'pka emfizemasi. Pnevmoskleroz, restriktiv nafas yetishmovchiligi II-III daraja. Surunkali o'pka-yurak dekompensatsiya bosqichi. Yurakni o'ng qorincha tipidagi yetishmovchiligi II daraja. Dimlanish gepatiti. Simptomatik

gipoksik arterial gipertenziya. Aritmiya ekstrasistoliya. Tavsiyalar: 1. Gentamitsin 0,08 m\o 2 mahal. 2. Geparin 5000 ED 3 mahal m\o 7 kun. 3. Immunomodulin 1,0 №10. 4. Sulfokamfokain 10% - 2,0 t\o 2 mahal. 5. Norvask 0,005 1 tabl 1 mahal. 6. Veroshpiron 0,025 2 tabl ertalab 7. Bromgeksin 0,008 1 tabl 3 mahal. 8. Lipoevaya kislota 0,5%-20 m\o №10

10. Bemor Bokieva N.63 yosh. Tashxis: Asosiy: Chap o'pka arteriyasi yirik shoxchasi tromboemboliyasi. Asorati: Kuchli nafas yetishmovchiligi III daraja. Kuchli o'pka-yurak. Qon tuflash. Hamrox: Chap oyoq chuqur venalari trombozi. Chap oyoq teri osti venalarini varikoz kengayishi. Surunkali holetsistit. Semizlik II daraja. Tavsiyalar: 1. Promedol 2%-1,0 v\v yoki Talamonal v\v. 2. Streptokinaza 250000 ED v\v tomchilab. 3. Geparin 10000 ED v\v, so'ng 5000 ED har 6 soatda 7 kun. 4. Fenilin (yoki Varfarin) geparin boshlagach, 5 kundan so'ng boshlanib ichiladi. PTI nazoratida. 5. Ampitsillin 0,5 m\o 4 mahal. 6. Sulfokamfokain 10%-2,0 yoki kamfora 10%-2,0 t\o 2 mahal. 7. Trental 3,0 yoki kurantil 4,0 vena ichiga tomchilab. 8. Oksigenoterapiya

4.6. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI BO'YICHA QO'LLANILADIGAN, XOMILADORLIK VA LAKTATSIYA DAVRIDA MUTANOSIB BO'LGAN DORI PREPARATLARI RO'YXATI.

Bronxodilyatatorlar: 1. Geksaprenalin (Ipradol) 2. Oksiprenalin (Astpomen) 3. Terbutalin (Ayronil) 4. Fenoterol (Berotek, Berodula)

Mukolitik va balg'am ko'chiruvchi vositalari: 5. Ambroksol (Lazolvan) 6. Ekstrakt timyana (Bronxikum, Tussamag)

Yo'talga qarshi vositalar: 7. Glautsin (Glauvent, Bronholitin) 8. Guafenizin (Geksapnevmin, Stoupsin, Trisolvin) 9. Okseladin (Pakseladin, Tusupreks) 10. Prenoksidiazin (Libeksin)

Allergiyaga qarshi vositalar: 11. Loratadin (Klaritin, Klarotadin)

Yallig'lanishga qarshi vositalar (semiz hujayralar membranasini stabilizatorlari): 12. Kromolin natriy (Intal, Kromolin, Lomuzol, Nalkrom)

Antibiotiklar

Beta-laktamlar. Penitsillinlar: 13. Ampitsillin (Ampitsillin, Ampitsid, Pentreksil, Rossillin, Ampioks) 14. Ampitsillin\sulbaktam (Sulatsillin, Unazin) 15. Benzilpenitsillin (benzilpenitsillin, penitsillin G) 16. Benzilpenitsillin benzatin (Retarpin, Ekstensillin) 17. Karbenitsillin (Karbenitsillin) 18. Kloksatsillin (Kloksatsillin) 19. Oksatsillin (Oksatsillin) 20. Piperatsillin (Isipen, Pipersillin)

Beta-laktamlar. Sefalosporinlarni 1-avlodi: 21. Sefadroqsil (Biodroqsil, Duratsef) 22. Sefazolin (Kefzol, Netsef, Totatsef, Sefamizin, Sefazolin) 23. Sefaleksin (Sefaklen, Sefaleksin) 24. Sefapirin (Sefatreksil)

Beta-laktamlar. Sefalosporinlarni 2-avlodi: 25. Sefaklor (Versef, Seklor) 26. Sefamandol (Mandol, Sefamabol) 27. Sefuroksim (Aksetin, Zinatsef, Zinnat)

Beta-laktamlar. Sefalosporinlarni 3-avlodi: 28. Sefiksim (Supraks) 29. Sefaperazon (Medotsef, Sefobid, Sulperon)

30. Sefotaksim (Intrataksim, Klaforan, Sefotaksim, Sefabol)

31. Seftazidim (Vitsef, Tizim, Fortum) 32. Seftibuten (Sedeks)

33. Seftrikson (Lendatsin, Rotsefin, Tarsef, Seftriabol)

Beta-laktamlar. Sefalosporinlarni 4-avlodi: 34. Sefepim (Maksipim)

Beta-laktamlar. Karbapenemlar: 35. Imipenem\silastatin (Tienam).

Nitrofuranlar: 36. Nitrofural (Furatsillin). 37. Nitrofurantoin (Furadonin). 38. Nifuratel (Makmiror) 39. Furazidin (Furagin) 40. Furazolidon (Furazolidon)

Silga qarshi vositalar: 41. Isoniazid (Isoniazid) 42. Metazid (Metazid) 43. Pirazinamid (Pirazinamid, P.T.B., Pizina, Tizamid) 44. Protionamid (Pronitsid, Protianamid) 45. Opiniiazid (Salyuzid) 46. Ftivazid (Ftivazid)

Protozoyga qarshi vositalar: 47. Tenonitrazol (Atrikan 250)

Zamburug'ga qarshi vositalar: 48. Amfoteritsin V (Fo'ngizon) 49. Natamitsin (Pimafutsin) 50. Naftixin (Ekzoderil) 51. Nistatin (Nistatin)

Vitaminlar

Suvda eruvchi vitaminlar: 52. Askorbin kislota (Vitamin S, Upsi S) 53. Kokarbaksilaza (Kokarbaksilaza) 54. Nikotin kislota (Endur-Atsin, Nikotinamid) 55. Piridoksin (Vitamin V6, Piridoksin gidroxlorid, Magne V6) 56. Riboflabin (Vitamin V2) 57. Tiamin (Vitamin V1) 58. Folat kislota (Vitamin Vs) 59. Sianobakalamin (Vitamin V12, Neyrobene)

Yog'da eruvchi vitaminlar: 60. Vitamin A (Retinol atsetat). 61. Vitamin D (Alfa D3-teva, Vigantol) 62. Vitamin D+kalsiya karbonat (Kalsiy D3-nikomed). 63. Menadion (Vikasol). 64. Tokoferol (Alfa-tokoferol, Biovital vitamin E, Vitamin E)

Polivitaminli komplekslar: 65. Materna, 66. Vitrum Pregna Forte

Minerallar: 67. Temir sulfat (Aktiferrin, Gemofer prolongatum, tardiferon, Ferro-gradumet)

XULOSA

Nafas tizimi a'zolari kasalliklari ayniqsa yoshlar, qariyalar va xomiladorlarda nisbatan keng tarqalganligi, ularda bu kasalliklarning tashxisi va davolashda o'ziga xos xususiyatlari borligini xisobga olib, mualliflar mavzuning dolzarbligi va o'quv qo'llanma yaratish zarurligini to'liq asoslab berishgan. 1-bobda pulmonologiya fani va amaliyotining dolzarb masalalari, kasallik va sindromlarni o'smirlar, qariyalar va xomiladorlarda kechishi xususiyatlari, tashxisi va davolash uchun maxsus tavsiyalar keltirilgan. 2-bobda nafas tizimi a'zolarini jigarni Surunkali diffuz va oshqozon osti bezi kasalliklarida, surunkali alkogolizm, kashandalarda, shikastlanganlarda, ya'ni ikkilamchi zararlanishlarini o'ziga xos tashxisi va davolash yo'sinlari yoritilgan. 3-bobda Pulmonologik kasalliklarni shoshilinch xolatlarini tashxisi, tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari batafsil yoritilgan. Amaliy ko'nikmalar qismida test savollari va javoblari, vaziyat masalalari javoblari bilan berilgan. Tashxislarni shakllantirish va davolash tarzlaridan namunalar keltirilib, ularni o'zlashtirish, nazariy bilimlarni va amaliy ko'nikmalarni yanada takomillashtirishga imkoniyat yaratadi. Xomiladorlik va laktatsiya davrida, nafas tizimi a'zolari kasalliklarida qo'llaniladigan dori vositalari ro'yxatini keltirilishi ularda dori terapiyasini to'g'ri o'tkazishga erishiladi. O'quv qo'llanma tasviriy materiallarga boy bo'lib, mavzularni tez, chuqur va atroflicha o'zlashtirishga yordam beradi. Adabiyotlar pulmonologiyaning dolzarb masalalariga bag'ishlangan, so'nggi yillarda chop etilgan.

O'quv qo'llanma, o'zini shakli, mohiyati va dizayni bo'yicha o'quv adabiyotlari yaratish, yangi texnologiyalar talablariga to'liq javob beradi.

ADABIYOT

1. Аляви А.А. Краткое руководство по лечению и профилактике бронхиальной астмы. – Ташкент. – 2008. – 43 с.
2. Егоров И.В. Клиническая анатомия человека. – Ростов на дону, - 1997, - 544с.
3. Jumaboev T.Z., Xujamberdiev M.A. – Shoshilinch pulmonologiya. – Andijon, - 2005, - 95 bet.
4. Jumaboev T.Z., Xujamberdiev M.A. – Homiladorlikda dori terapiyasi.- Andijon, -2006, 84 bet.
5. Gadaev A.G, Karimov M.Sh., Axmedov X.S. // Ichki kasalliklar propedevtikasi. – Toshkent, 2013.
6. Gadaev A. “Ichki kasalliklar” – Toshkent 2014. 909 bet
7. Karimov Sh.I., Gadaev A.K.- Ekstragenital kasalliklar va homiladorlik.- Tashkent, - 1998, - 334 bet.
8. Кокосова А.Р. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких СПб.: «Лань», 2002 г. -288 с.
9. Карпов О.Н., Зайцев А.А. Риск применения лекарственных препаратов при беременности и лактации.- М.СП.,- 2003 -352 С.
10. Коломоец Н. Антонов Ю. Респираторный дистресс-синдром взрослых.// Врач - №4, -2001, с.33-34.
11. Лешенко И. Интенсивная терапия при хронической обструктивной болезни легких// Врач, -2004,- №5, С. 39-41
12. Михайлов В.Г. Ҳарбий дала терапиясидан қўлланма. – Ташкент. – 1994. – 71 с.
13. Моисеев В. Хроническое легочное сердце.// Врач – 2001, - №11, с.20-22.
14. Назыров Ф.Г., Денисова И.Н., Улумбекова Э.Г. Справочник-путеводитель врача. 2000 болезней от А до Я – М:ГЭОТАР МЕДИЦИНА. -2000. -1344 С.
15. Новиков Ю.К. Современные подходы к лечению пневмонии. //Русский Медицинский Журнал//. 2007. С. 1-7.

16. Овчаренко С. Хронические обструктивные болезни: современный взгляд на проблему// Врач- 2001,-№3, -С. 3-6.
17. Распопина Н., Черейская Н., Шугинин Н. Пневмония и беременность.// Врач - 2003, - №3, с.25-26.
18. Sobirov J.M., Otaxonov Sh.E., Gazizov A.Z., Parpiev A.G.Shoshilinch holatlar. Ukuv darslik. - Toshkent, -2006, -262 bet
19. Sobirov Sh.I., Вахромов S.M., Ubaydullaev A.M. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari va kamqonlik. – Tashkent, - 2007, -104 bet.
20. Трофимов В.И. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы.-М,-2005,-52 С
21. Ubaydullaev A.M. Nafas organlari kasalliklari. Toshkent., 2004 y. 382 s.
22. Ubaydullaev A.M. O'pkaning Surunkali obstruktiv kasalliklari. //O'zbekiston tibbiyot jurnali -2005, -№5, -2-5 bet.
23. Ubaydullaev A.I.O'pka yurak yetishmovchiligi.//O'zbekiston tibbiyoti jurnali – 2005, - №6, 2-6 bet.
24. Фосенко О. Лечение тяжелой внебольничной пневмонии.// Врач -2004, -№4, - с.44-46
25. Хужамбердиев М.А., Jumaboev T.Z. Nafas organlari kasalliklari va homiladorlik. – Andijon, - 2006, -130bet.
26. Чучалин А.Г. Хронический обструктивная болезнь легких. Практический руководства для врачей, - Москва. – 2004, - 61 С.
27. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. – Москва, - 2007.
28. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных Издание третье. – М., «Триада», -2005,-666 С.
29. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней – СПб «Элби-СПб» -2009, – 734 бет.
30. Яковлев В.Б. Яковлева М.В. Тромбоэмболия легочной артерии.// Кардиология - №1, - 2000, с.75-82.

MUNDARIJA

<i>Qisqartmalar</i>	4
<i>Mavzuning dolzarbligi</i>	5
I BOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI	
KASALLIKLARI	8
1.1. Pulmonologiyani dolzarb masalalari.....	8
1.2. Nafas olish tizimi a'zolarini anatomiya va fiziologiyasi...9	
1.3. Nafas olish tizimi a'zolari o'tkir virusli respirator kasalliklari.....	16
1.4. O'tkir bronxit.....	24
1.5. O'pkani surunkali obstruktiv kasalliklari.....	28
1.5.1. Surunkali bronxit.....	34
1.5.2. O'pka emfizemasi.....	38
1.5.3. Bronxial astma.....	39
1.6. Pnevmoniyalar.....	48
1.7. O'pka absessi va gangrenasi.....	57
1.8. Pnevmoniozlar.....	61
1.9. Plevritlar.....	68
1.10. Nafas olish tizimi a'zolarini kam uchraydigan sindrom va kasalliklari.....	74
II BOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINING	
IKKILAMCHI REAKTIV KASALLIKLARI	79
2.1. Nafas olish tizimi a'zolarini jigarni surunkali diffuz kasalliklarida shikastlanishi.....	79
2.2. Nafas olish tizimi a'zolarini oshqozon osti bezi kasalliklarida zararlanishi.....	84
2.3. Nafas olish tizimi a'zolarini surunkali alkogolizm va kashandalikka chalingan patsientlarda shikastlanishi.....	85
2.4. Nafas olish tizimi a'zolarini orttirilgan immun tanqisligi sindromi virusi mavjud bemorlarda shikastlanishi.....	89
2.5. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini shikastlanganlarda kechishi xususiyatlari.....	91

III BOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARINING

ShOSHILINCH HOLATLARI.....	95
3.1. Laringospazm.....	96
3.2. O'tkir laringotraxeit.....	97
3.3. Astmatik status.....	98
3.4. Bronxoobturatsion sindrom.....	101
3.5. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi.....	102
3.6. O'tkir nafas yetishmovchiligi.....	107
3.7. O'pka yurak yetishmovchiligi.....	111
3.8. O'pkadan qon ketishi.....	122
3.9. Aspiratsion sindrom.....	123
3.10. O'pkaning kardiogen shishishi va yurak astmasi.....	126
3.11. O'pkaning nokardiogen shishishi.....	128
3.12. Katta yoshlilarda respirator disstres sindromi.....	130
3.13. Pnevmotoraks.....	132
3.14. Ko'krak kafasining ochiq shikastlanishi.....	136
3.15. Is gazidan zaharlanish.....	138
3.16. Strangulyatsion asfiksiya.....	139
3.17. Cho'kish.....	141

IV BOB. NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI

KASALLIKLARI BO'YICHA NAZARIY BILIMLAR

VA AMALIY KO'NIKMALARNI

MUSTAXKAMLASH USULLARI.....	145
4.1. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari bo'yicha amaliy ko'nikmalar ro'yxati.....	145
4.2. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari bo'yicha nazorat test savollari va javoblari.....	149
4.3. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari bo'yicha kasalliklar vaziyat masalalari va javoblari.....	171
4.4. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari diagnostika ta'riflash namunalari.....	190
4.5. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarini davolash sxemalaridan namunalari.....	196

4.6. Nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarida qo'llaniladigan.

homiladorlik va laktatsiya davrida mutanosib

bo'lgan dori preparatlari r'yxati.....199

Xulosa.....202

Adabiyot.....203

X.T. Jumabaev, G.U. Nazarova, T.Z. Djumaboev,
M.B. Boyqo'zieva, D.M. Qalandarov

**«NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI
KASALLIKLARINI O'SMIRLAR, QARIYALAR VA
HOMILADORLARDA KEChISHI»**

«Tafakkur Bo'stoni»
Toshkent – 2015

Muharrir	<i>Z.T. Taxirov</i>
Musahhih	<i>A. Xo'jabekov</i>
Sahifalovchi	<i>U. Vaxidov</i>
Dizayner	<i>D. O'rinova</i>

Litsenziya AI № 190, 10.05.2011y

Bosishga 2015 yil 5 oktabrda ruxsat etildi. Bichimi 60x84^{1/16}. Ofset qog'ozi.
Times New Roman garniturasida. Shartli bosma tabog'i. 13,0. Nashr tabog'i 13,4.
Shartnoma № 31/21. Adadi 500 nusxa. Buyurtma № 35/21.

«Tafakkur Bo'stoni» nashriyoti. Toshkent sh., Yunusobod, 9-mavze, 13-uy
Telefon: (+99893) 589-05-78. E-mail: tafakkur0880@mail.ru

«Tafakkur Bo'stoni» nashriyoti bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent sh., Chilonzor ko'chasi, 1 uy.



ILLAHİ KİTAP BİLİMİ
MƏSULUĞU

978-9943-993-12-9



9 789943 993129