

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**Axmedova Gulchehra Abdullayevna,
Yarmuxammedova Saodat Xabibovna,
Djumaniyazova Zulxumor Farxadovna**



Ichki kasalliklar

*O‘quv qo‘llanma
davolash fakulteti talabalari uchun – 60910200*

SAMARQAND 2026

UDK: 614.253.5:616-083(075.8)

BBK: 54.1ya73

A 90

Axmedova Gulchehra Abdullayevna, Yarmuxammedova Saodat Xabibovna, Djumaniyazova Zulxumor Farxadovna, Ichki kasalliklar, O'quv qo'llanma, Samarqand, Artex Nashr nashryoti 290 bet

Tuzuvchilar:

Axmedova Gulchehra Abdullayevna - Samarqand davlat tibbiyot universiteti Dotsent N.A.Abdullayev nomidagi 1-son ichki kasalliklar kafedrasida dotsent, PhD.

Yarmuxammedova Saodat Xabibovna – Samarqand davlat tibbiyot universiteti ichki kasalliklar propedivtikasi kafedrasida dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent.

Djumaniyazova Zulxumor Farxadovna - Urganch davlat tibbiyot instituti ichki kasalliklar va dermatologiya kafedrasida tibbiyot fanlari doktori, dotsent.

Taqrizchilar:

Xoljigitova M.B.–SamDTU 4-son ichki kasalliklar kafedrasida dotsent, DSc.

Maxmudova Muxabbat Madirimovna – Urganch davlat tibbiyot instituti ichki kasalliklar va dermatologiya kafedrasida dotsent, DSc.

ISBN: 978-9910-5369-0-8



Annotatsiya. Mazkur o'quv qo'llanma ichki kasalliklar fanining muhim yo'nalishlari pulmonologiya va gastroenterologiya bo'limlariga bag'ishlangan. Qo'llanmada nafas olish tizimi hamda ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining epidemiologiyasi, etiologiyasi, patogenez, klinik belgilari, zamonaviy diagnostika usullari, differensial diagnostikasi, davolash tamoyillari va profilaktikasi keng yoritilgan. Pulmonologiya qismida bronx-o'pka tizimi kasalliklari, jumladan o'tkir va surunkali bronxitlar, pnevmoniyalar, bronxial astma, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi, plevritlar va boshqa patologiyalar tahlil qilingan. Gastroenterologiya bo'limida qizilo'ngach, oshqozon, ichak, jigar, o't yo'llari va me'da osti bezi kasalliklari, ularning klinik kechishi va kompleks davolash yondashuvlari bayon etilgan. O'quv qo'llanma oliy tibbiyot ta'lim muassasalari talabalari, magistrlar, klinik ordinatorlar va amaliyotchi shifokorlar uchun mo'ljallangan.

Аннотация. Данный учебник посвящен важным областям внутренней медицины, таким как пульмонология и гастроэнтерология. Учебник охватывает эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинические признаки, современные методы диагностики, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактику заболеваний дыхательной и пищеварительной систем. В разделе пульмонологии анализируются заболевания бронхолегочной системы, включая острый и хронический бронхит, пневмонию, бронхиальную астму, хроническую обструктивную болезнь легких, плеврит и другие патологии. В разделе гастроэнтерологии описываются заболевания пищевода, желудка, кишечника, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, их клиническое течение и комплексные подходы к лечению. Учебник предназначен для студентов высших медицинских учебных заведений, магистров, ординаторов и практикующих врачей.

Abstract. This textbook is devoted to the important areas of internal medicine, such as pulmonology and gastroenterology. The textbook covers the epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical signs, modern diagnostic methods, differential diagnosis, treatment principles and prevention of diseases of the respiratory system and the digestive system. The pulmonology section analyzes diseases of the bronchopulmonary system, including acute and chronic bronchitis, pneumonia, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, pleurisy, and other pathologies. The gastroenterology section describes diseases of the esophagus, stomach, intestines, liver, biliary tract, and pancreas, their clinical course, and comprehensive treatment approaches. The textbook is intended for students of higher medical education institutions, masters, clinical residents, and practicing physicians.

KIRISH

Ichki kasalliklar fani tibbiyot ta'limining asosiy va yetakchi klinik fanlaridan biri bo'lib, u ichki a'zolar kasalliklarining kelib chiqish sabablari (etiologiyasi), rivojlanish mexanizmlari (patogenezi), klinik belgilari, zamonaviy diagnostika usullari, differensial tashxis, davolash va profilaktika tamoyillarini chuqur o'rganishga qaratilgan.

Ichki kasalliklarni o'rganish shifokorni tayyorlashning eng muhim bosqichlaridan biridir. Ichki a'zolar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi va davolash haqidagi zamonaviy ma'lumotlar talabning bemor yonida ishlashi bilan birgalikda klinik fikrlashni shakllantirib boradi. Bu kelajakdagi faoliyatning asosi bo'lib, uning asosiy qismi bemorni o'rganish bo'lib qolmoqda, buni o'tmishdagi buyuk klinik mutaxassislar alohida ta'kidlab o'tishgan. Zamonaviy klinik mutaxassis ilmiy fikrlash usulini egallashi, olingan natijalarni to'g'ri talqin qilishni o'rganishi, ularning ishonchliligi va isbotlanganligini baholay olishi lozim.

Ichki kasalliklar kursining bo'limlari ko'plab asosiy fanlar - umumiy patologiya, mikrobiologiya, biokimyo, farmakologiya bilan uzviy bog'liq. Bu fanlarni puxta o'zlashtirish klinik tafakkurni jadal rivojlantirish uchun muhim ahamiyatga ega. XXI asrning shak-shubhasiz ilmiy yutuqlari, ayniqsa inson genomining ochilishi va molekulyar biologiyadagi muvaffaqiyatlar diagnostika, davolash va prognozlashning aniq klinik muammolarini hal etishda taraqqiyot uchun mustahkam poydevor bo'ldi. So'nggi o'n yil ichida tibbiyot fani sezilarli darajada rivojlandi: eng so'nggi bilimlarni olish va ma'lumot almashish bilan bir qatorda, ularni samarali tizimlashtirish imkonini beruvchi yangi axborot texnologiyalari joriy etila boshlandi.

Mazkur fan 3–6-kurs talabalari uchun bosqichma-bosqich o'qitilib, talabalarda klinik tafakkurni shakllantirish, bemor bilan ishlash madaniyatini rivojlantirish, tashxis qo'yish va davolash rejasini tuzish ko'nikmalarini hosil qilishni maqsad qiladi. Fan doirasida nafas olish a'zolari va ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari keng qamrovda o'rganiladi.

Ichki kasalliklar fanida zamonaviy laborator-instrumental tekshiruv usullari (EKG, EHO-KG, rentgen, UTT, KT, MRT, biokimyoviy va immunologik tahlillar) natijalarini baholash, dalillarga asoslangan tibbiyot (evidence-based medicine) tamoyillariga muvofiq davolash usullarini qo'llashga alohida e'tibor qaratiladi. Shuningdek, fan davomida shoshilinch holatlar (o'tkir nafas yetishmovchiligi, oshqozaon va 12 barmoq ichak yara kasalligidan qon ketishi, qizilo'ngacha varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi va boshqalar)ni aniqlash va dastlabki yordam ko'rsatish masalalari ham yoritiladi.

Fan mazmuni talabalarning nazariy bilimlarini amaliy mashg'ulotlar bilan uyg'unlashtirishga qaratilgan bo'lib, klinik bazalarda bemorlarni kuzatish, anamnez yig'ish, obyektiv ko'rik o'tkazish, tibbiy hujjatlarni yuritish va klinik holatlarni tahlil qilish orqali mustahkamlanadi.

Ichki kasalliklar fanini o'zlashtirish natijasida talabalarda terapevtik yo'nalishdagi kasalliklar bo'yicha mustaqil klinik qaror qabul qilish, kasalliklarni

erta aniqlash, asoratlarning oldini olish hamda bemorning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan kompleks yondashuvni shakllantirishga xizmat qiladi.

Hozirgi kunda ichki kasalliklar bo'yicha milliy tibbiyot ta'limi adabiyotining klassik an'analariga amal qiladigan ko'plab sifatli mahalliy darsliklar mavjud. Biroq, tibbiy bilimlarning tez sur'atda to'ldirilishi va dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga rioya qilish zaruriyati yangi avlod darsliklarini yaratishni taqozo etmoqda. Bu darsliklar ma'lumotlarning tizimliliigi, ixchamligi va ishonchligi, shuningdek, ko'p sonli illyustratsiyalar, testlar va ma'lumotnomalar bilan ajralib turishi lozim. "Ichki kasalliklar" fanining darsligi 16 bobdan iborat bo'lib, unda ichki kasalliklarning asosan pulmonologiya va gastroenterologiya yo'nalishlaridagi tizim a'zolarining asosiy masalalari yoritilgan. Darslikda ichki a'zolar kasalliklari kitobning har bir qismida an'anaviy tarzda quyidagicha taqdim etilgan: kasallikning nozologik shaklini aniqlash; tarqalishi; etiologiyasi; patogenezi va patomorfologiyasi; tasnifi; klinik ko'rinishi; tashxis va qiyosiy tashxis; davolash; profilaktikasi va dispanser kuzatuvi.

Qo'lyozma uslubiy jihatdan puxta ishlab chiqilgan bo'lib, ushbu fanni o'qitish talablariga to'liq javob beradi va talabalarning mustaqil ishlarida samarali foydalanish uchun yaroqlidir. O'quv kitobining tuzilishi oliy o'quv yurtlari uchun darslik va o'quv qo'llanmalariga qo'yiladigan talablarga mos keladi. Darslik barcha zamonaviy talablarga javob beradi hamda ichki kasalliklar bo'yicha oliy kasbiy ta'limning Davlat ta'lim standartlariga to'liq muvofiqdir. Kitob fanning ko'plab muhim jihatlarini qayta ko'rib chiqishga imkon yaratadi, uni chuqurroq o'rganishga undaydi va shubhasiz, ham boshlovchi, ham tajribali shifokorlarga katta foyda keltiradi.

"Ichki kasalliklar" darsligi ichki a'zolar kasalliklarini o'rganish uchun dasturiy materialni o'z ichiga oladi, shuningdek, asosiy instrumental tekshiruv usullarini o'tkazish va talqin qilishning zamonaviy uslublari haqidagi ma'lumotlarni ham qamrab oladi. Kitob bayon etilgan materialni yaxshiroq o'zlashtirishga yordam beradigan ko'plab tasvirlar, shuningdek, o'z-o'zini nazorat qilish uchun test topshiriqlari, savollar ro'yxat va turli klinik jihatdan vaziyatli masalalar bilan ta'minlangan. Nashr 60910200-shifr bilan belgilangan davolash fakulteti talabalari uchun mo'ljallangan.

QISQARTMALAR RO'YXATI

ARDS	O'tkir respirator distress sindromi, o'pkaning og'ir yetishmovchiligi
COPD	Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi
BA	Bronxial astma
CAP	Jamoadada orttirilgan pnevmoniya
HAP	Shifoxonada orttirilgan pnevmoniya
VAP	Sun'iy nafas oldirish bilan bog'liq pnevmoniya
URTI	Yuqori nafas yo'llari infeksiyasi
LRTI	Quyi nafas yo'llari infeksiyasi
ALI	O'pkaning o'tkir shikastlanishi
PE	O'pka arteriyasi tromboemboliyasi
ILD	Interstitsial o'pka kasalliklari
FEV1	Bir soniyada majburiy nafas chiqarish hajmi
FVC	Majburiy haydalgan hayotiy sig'im
PEF	Eng yuqori nafas chiqarish tezligi
DLCO	O'pkada gaz almashinuvi ko'rsatkichi
SpO2	Qonning kislorod bilan to'yinish darajasi
PaO2	Arterial kislorod bosimi
PaCO2	Arterial karbonat angidrid bosimi
NIV	Invaziv bo'lmagan ventilyatsiya
IMV	Invaziv mexanik ventilyatsiya
CPAP	Doimiy musbat bosimli nafas oldirish
BiPAP	Ikki bosqichli musbat bosimli ventilyatsiya
BAL	Bronxial alveolyar lavaj
PFT	O'pka funksional testlari
RR	Nafas olish tezligi
GIT	Gastrointestinal trakt
GERD	Gastroezofageal reflyuks kasalligi
EE	Eroziv ezofagit
PUD	Peptik yara kasalligi
GU	Oshqozon yarasi
DU	O'n ikki barmoqli ichak yarasi
H. pylori	Helicobacter pylori infeksiyasi

UGIB	Yuqori oshqozon-ichak qon ketishi
UC	Yarali kolit
LC	Jigar sirrozi
PBC	Birlamchi biliar xolangit
PSC	Birlamchi sklerozlovchi xolangit
AIH	Autoimmun gepatit
HBV	B gepatit virusi
HCV	C gepatit virusi
HEV	E gepatit virusi
AC	O'tkir xoletsistit
CC	Surunkali xoletsistit
AP	O'tkir pankreatit
CP	Surunkali pankreatit
CBD	Umumiy o't yo'li
ERCP	Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya
MRCP	Magnit-rezonans xolangiopankreatografiya
EGD	Ezofagogastroduodenoskopiya
CS	Kolonoskopiya
ALT	Alanin aminotransferaza
AST	Aspartat aminotransferaza
ALP	Ishqoriy fosfataza
GGT	Gamma-glutamilttransferaza
TBIL	Umumiy bilirubin
DBIL	To'g'ridan-to'g'ri bilirubin
HE	Jigar ensefalopatiyasi
PH	Portal gipertenziya
GV	Qizilo'ngach varikoz tomirlari
EPI	Ekzokrin pankreatik yetishmovchilik
SIBO	Ingichka ichakda bakterial ko'payish sindromi

I-BOB. ICHKI KASALLIKLAR FANIGA KIRISH

Ichki tibbiyot - katta yoshli bemorlarni davolashga qaratilgan tibbiyot sohasi bo'lib, ichki kasalliklar shifokorlari sog'lom holatdan murakkab kasalliklarga barcha holatlarda katta yoshli insonlarni tashxislash, davolash va ularga g'amxo'rlik qilish uchun ilmiy bilimlar va klinik tajribani qo'llaydigan mutaxassislardir.

Ushbu ta'rif sodda ko'rinsa-da, u ichki tibbiyotning tibbiy fan sifatidagi keng qamrovli va boy mohiyatini yoki uning sog'liqni saqlash tizimimizdagi ahamiyatini to'liq aks ettirmaydi.

Ichki tibbiyot dunyodagi eng yirik tibbiy mutaxassislik hisoblanadi: Amerika Qo'shma Shtatlarida 200 000 ga yaqin ichki kasalliklar shifokori faoliyat yuritadi. Klinik amaliyotda ichki kasalliklar shifokorlari juda keng ko'lamli vazifalarni bajaradilar va turli sharoitlarda ishlaydilar:

- Ichki kasalliklar shifokorlari bemorlarni kompleks davolash bo'yicha tayyorgarlikdan o'tgan bo'lib, birlamchi tibbiy yordam ko'rsatuvchi, shifoxonada ishlovchi yoki har ikkala vazifani bajaruvchi umumiy amaliyot shifokori sifatida faoliyat yuritishlari mumkin.

- Shuningdek, ichki kasalliklar shifokorlari o'z amaliyotlarini ichki tibbiyotning tan olingan tor ixtisoslashgan sohalaridan biriga yo'naltirish uchun qo'shimcha ta'lim olishlari mumkin.

- Ichki tibbiyot ham tadqiqotlarga katta e'tibor qaratadi. Ichki kasalliklar shifokorlari fundamental fan sohasidagi kashfiyotlarda qatnashishi mumkin, biroq ular fundamental ilmiy bilimlarni klinik amaliyotda qo'llashda ham muhim o'rin tutadi. Mutaxassislik bo'yicha Milliy sog'liqni saqlash institutlari (MSSI) orqali klinik tadqiqotlar uchun ajratiladigan barcha mablag'larning uchdan ikki qismigacha ichki kasalliklar shifokorlariga beriladi va tibbiyot fakultetlari mamlakatimiz akademik tibbiyot markazlaridagi tadqiqotlarda hal qiluvchi rol o'ynaydi.

- Tibbiy ta'lim ham ichki kasalliklar shifokorlari olib boradigan muhim faoliyatdir, chunki ichki tibbiyotning mohiyati va uning keng qamrovli klinik hamda ilmiy faoliyati ichki kasalliklar shifokorlariga tibbiyot talabalari, rezidentlar va ilmiy xodimlarni o'qitish imkonini beradi.

Faoliyat turlari va vazifalarning keng xilma-xilligiga qaramay, ushbu mutaxassislikni ichki tibbiyot amaliyotining poydevorini tashkil etuvchi asosiy tamoyillarning umumiy to'plami birlashtiradi. Bularning misoli sifatida fanning asoschisi ser Uilyam Oslerni keltirish mumkin:

- Ichki tibbiyot tibbiy amaliyotning asosini tashkil etuvchi fanni chuqur tushunishni va bemorlarni o'rganish, kuzatish hamda davolash tajribasi orqali olingan kasalliklar haqidagi keng qamrovli bilimlar zaxirasini rivojlantirish zarurligini ta'kidlaydi. Bu esa fan va kasalliklarning murakkab o'zaro aloqadorligini o'zlashtirishga olib keladi.

- Ichki tibbiyot shifokorlari kasalliklarni davolash ilmiy tamoyillarga va nimaning samarali ekanligini hamda nimaning samarasiz ekanligini chuqur tushunishimizga asoslanishi kerakligini ta'kidlaydilar.

- Ichki kasalliklar shifokorlari kasalliklarni tushunish va davolash bo'yicha o'z ko'nikmalarini uzluksiz rivojlantirish va takomillashtirishni, shuningdek, iloji boricha sog'liq va kasalliklar haqidagi umumiy bilimlarimizga yangi ma'lumotlarni qo'shishni qadrlaydi.

- Ichki kasalliklar shifokorlari shifokorlar bemorlarimiz hayotida va jamiyatda o'ziga xos ahamiyatga ega ekanligini tushunadilar. Ular tibbiyotning ilmiy jihatlarini tushunish bilan kasalliklarning inson va jamiyatga ta'sirini muvozanatlashtirgan holda bemorlarimizga ilmiy asoslangan, mehribon va yuqori samarali yordam ko'rsatish uchun barcha kuch-g'ayratlarini safarbar qilishlari shart.

Shunday qilib, ichki tibbiyotni muayyan bemor guruhi, amaliyot sharoitlari yoki olib borilayotgan ilmiy faoliyat bilan emas, balki tibbiyotga o'ziga xos yondashuvi va uning "ilmiy usuli" orqali ta'riflash maqsadga muvofiqdir.

"Ichki tibbiyot" atamasi ingliz tilida XIX asrda qo'llanilgan nemis atamasi "*Innere Medizin*"ning etimologiyasiga ega. Dastlab ichki tibbiyot asosiy "ichki" yoki patologik sabablarni tibbiy testlar va bemorning to'shagida o'tkaziladigan klinik tekshiruvlar yordamida aniqlashga qaratilgan edi. Bu yondashuv 17-asr ingliz shifokori Tomas Sidenxem kabi oldingi avlod shifokorlarining usullaridan farq qilardi. Sidenxem ingliz tibbiyotining otasi yoki "ingliz Gippokrati" nomi bilan tanilgan edi. U nozologiya (kasalliklarni o'rganish) sohasini klinik yondashuv orqali rivojlantirdi. Bu yondashuv bemorning to'shagida kasalliklarning tabiiy kechishini sinchkovlik bilan kuzatish va ularni davolashni o'z ichiga olardi. Sidenxem jasadlarni yorib ko'rish va tananing ichki faoliyatini batafsil o'rganishdan ko'ra, ichki mexanizmlar va alomatlarining sabablarini tushunishga ko'proq e'tibor qaratdi.

17-asrda anatomik patologiya va laboratoriya tadqiqotlariga e'tibor kuchaydi. Anatomik patologiyaning asoschisi sifatida 18-asr italyan anatomi Giovanni Battista Morgani tan olinadi. Laboratoriya tadqiqotlari 19-asrda nemis shifokori va bakteriologi Robert Kox kabi olimlarning hissasi tufayli tobora muhim ahamiyat kasb etdi. Shu davrda ichki tibbiyot klinik yondashuvni tadqiqotlar bilan uyg'unlashtiradigan sohaga aylandi. 20-asr boshlarida ko'plab amerikalik shifokorlar Germaniyada tibbiyot o'rganib, bu sohani AQShga olib kelishdi va mavjud nemischa atamaga taqlid qilib, uni "ichki tibbiyot" deb atashni boshladilar.

Ichki kasalliklar tibbiyoti Qadimgi Hindiston va Qadimgi Xitoyda tarixiy ildizlarga ega. Ichki tibbiyot haqidagi eng qadimgi matnlarni Charaka tomonidan yozilgan Ayurveda to'plamlaridan topish mumkin.

1.1. Ichki kasalliklar mutaxassislarning vazifasi

Ichki kasalliklar mutaxassislari, shuningdek, Hamdo'stlik mamlakatlarida umumiy ichki tibbiyot mutaxassislari yoki umumiy amaliyot shifokorlari deb ham ataladigan, murakkab yoki ko'p tizimli kasalliklarni boshqarishga o'qitilgan mutaxassis shifokorlardir. Ular ko'pincha bir mutaxassislik doirasiga sig'maydigan, masalan, nafas qisilishi, charchoq, vazn yo'qotish, ko'krak qafasidagi og'riq, ong chalkashligi yoki holat o'zgarishi kabi noaniq belgilarni hal qilish uchun taklif qilinadi. Ular bir bemorda bir vaqtning o'zida bir nechta a'zolar tizimini

zararlaydigan jiddiy o'tkir kasalliklarni, shuningdek, bir bemorda bir nechta surunkali kasalliklarni davolashi mumkin.

Ko'pchilik ichki kasalliklar shifokorlari ma'lum bir a'zolar tizimiga ixtisoslashishni afzal ko'rsalar-da, umumiy ichki tibbiyot mutaxassisleri bitta a'zo bo'yicha mutaxassislardan kam tajribaga ega bo'lishi shart emas. Aksincha, ular bir vaqtning o'zida bir nechta muammolari yoki murakkab qo'shimcha kasalliklari bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatishga maxsus tayyorlangan.

Bir a'zoga cheklanmagan kasalliklarni davolashni tushuntirish murakkabligi tufayli ichki tibbiyotning ahamiyati va "ichki kasalliklar" fanining vazifasi haqida ba'zi tushunmovchiliklar yuzaga keldi. Terapevtlar birlamchi tibbiy-sanitariya yordami shifokorlari vazifasini bajarishi mumkin bo'lsa-da, ular "oilaviy shifokorlar" yoki "umumiy amaliyot shifokorlari" bilan bir xil emas. Terapevtlarni tayyorlash faqat katta yoshli odamlarga qaratilgan bo'lib, odatda jarrohlik, akusherlik yoki pediatriyani o'z ichiga olmaydi. Amerika shifokorlar kollejining ma'lumotlariga ko'ra, terapevtlar "katta yoshli odamlarda kasalliklarning oldini olish, aniqlash va davolashga ixtisoslashgan shifokorlar" deb ta'riflanadi. Ichki kasalliklar shifokorlari va oilaviy shifokorlar xizmat ko'rsatadigan bemorlar guruhida ba'zi o'xshashliklar bo'lishi mumkin, ammo terapevtlar asosan tashxis qo'yishga e'tibor qaratgan holda katta yoshlilar parvarishiga e'tibor beradilar. Oilaviy tibbiyot esa butun oilani parvarish qilishning yaxlit yondashuvini qamrab oladi. Terapevtlar, shuningdek, ushbu sohadagi turli tor mutaxassisliklar bo'yicha chuqur tayyorgarlikdan o'tadilar va ham statsionar, ham ambulatoriya sharoitlarida ishlash tajribasiga ega bo'ladilar. Boshqa tomondan, oilaviy tibbiyot shifokorlari keng ko'lamli kasalliklarni qamrab oladigan ta'lim oladilar va odatda kasalxonada kamroq vaqt o'tkazib, asosan ambulatoriya sharoitlarida o'qitiladilar. Ichki tibbiyotning tarixiy ildizlari 1800-yillarda tibbiy amaliyotga ilmiy tamoyillarning joriy etilishiga borib taqaladi, oilaviy tibbiyot esa 1960-yillarda birlamchi tibbiy-sanitariya yordami harakatining bir qismi sifatida vujudga kelgan.

Tibbiyot asosan tashxis qo'yish va dori-darmonlar bilan davolash san'atiga e'tibor qaratadi. Diagnostika jarayoni ma'lumotlarni to'plash, bir yoki bir nechta tashxis farazlarini ishlab chiqish va bemor uchun eng maqbul yo'nalishni aniqlash maqsadida kasalliklarning o'zgaruvchan xususiyatlariga asoslanib, bu mumkin bo'lgan tashxislarni yaxlit sinovdan o'tkazishni o'z ichiga oladi.

Ma'lumotlarni yig'ish

Ma'lumotlar bevosita bemordan kasallik tarixini so'rash va jismoniy ko'rikdan o'tkazish paytida olinishi mumkin. Oldingi tibbiy yozuvlar, jumladan laboratoriya tekshiruvlari natijalari, tasviriy tekshiruvlar va boshqa shifokorlarning klinik qaydlari ham muhim ma'lumot manbai hisoblanadi. Biroq, aniq tashxis qo'yish uchun bemor bilan suhbatlashish va ayni paytda u nimani his qilayotganini aniqlash maqsadida uni ko'zdan kechirish juda muhimdir.

1.2. Kasallik tarixi va jismoniy ko'rik tashxis qo'yish jarayonining muhim qismidir.

Terapevtlar ko'pincha ichki a'zolardagi kasalliklarni aniqlashda sperometriya, pikflometriya, EKG, ExoKG, ultratovush, MRT, MSKT va boshqa tekshiruvlari kabi tashxis testlarini o'tkazishlari va tahlil qilishlari mumkin.

Tor mutaxassisliklar bo'yicha ixtisoslashgan terapevtlar qo'shimcha tashxis vositalariga ega, ular quyida keltirilgan.

Kardiologiya: angioplastika, kardioversiya, yurak ablyatsiyasi, aorta ichi ballonli punksiya;

Reanimatsiya tibbiyoti: o'pkaning sun'iy nafas oldirish apparati;

Gastroenterologiya: endoskopiya;

Nefrologiya: dializ;

Pulmonologiya: bronxoskopiya va hokazo.

Boshqa tahlillar ham tayinlanadi, bemorlar qo'shimcha tekshiruvlar uchun mutaxassislarga yo'llanma oladi. Mutaxassislarga yo'naltirish jarayonining samaradorligi va natijadorligi yaxshilanishi mumkin bo'lgan sohalardan biridir.

Diagnostik farazlar shakllantirish

Diagnostik jarayonning keyingi bosqichi uchun qaysi ma'lumotlar eng muhim ekanligini aniqlash hayotiy ahamiyatga ega. Aynan shu bosqichda klinik xato yuz berishi mumkin, masalan, biror fikrga qotib qolish yoki shoshilinch xulosa chiqarish. Asosiy natijalar aniqlangach, ular ehtimoliy kasalliklar belgilari bilan taqqoslanadi. Ushbu belgilar odatda kasallik bilan bog'liq natijalarni o'z ichiga oladi va kasallikka chalingan odamda ma'lum bir alomat bo'lishi ehtimolini ko'rsatadi. Ehtimoliy tashxislar ro'yxati bemorning "qiyosiy tashxisi" deb ataladi va odatda eng ehtimollidan eng kam ehtimolligacha tartiblashtiriladi. Bunda, agar e'tibordan chetda qolsa, bemor uchun og'ir oqibatlarga olib keladigan holatlarga alohida e'tibor qaratiladi. Tashxislar ro'yxatini tuzish va baholashda epidemiologik va endemik holatlar ham hisobga olinadi.

Ro'yxat dinamik bo'lib, shifokor kasallik profiliga qarab holatni ko'proq ("istisno qilinayotgan") yoki kamroq ehtimollik ("istisno qilingan") darajasida baholaydigan qo'shimcha ma'lumotlarni olishi bilan o'zgarib boradi. Ro'yxat keyingi qadamda qanday ma'lumot olinishini, jumladan, qaysi diagnostika testi yoki tasvirlash usuliga buyurtma berishni aniqlash uchun qo'llaniladi. Testlarni tanlash, shuningdek, shifokorning ma'lum bir testning o'ziga xosligi va sezuvchanligini bilishiga asoslanadi.

Bu jarayonning muhim qismi bemorda kasallikning namoyon bo'lishining turli usullarini bilishdir. Bu bilimlar to'planadi va shifokorlar foydalanadigan kasallik profillari ma'lumotlar bazasiga qo'shish uchun uzatiladi. Bu, ayniqsa, kam uchraydigan kasalliklarda muhim ahamiyatga ega.

Muloqot

Muloqot tashxis qo'yish jarayonining hayotiy muhim qismidir. Terapevt tibbiy guruhning boshqa a'zolari, shu jumladan boshqa terapevtlar, rentgenologlar,

mutaxassislar va laborantlar bilan sinxron va asinxron muloqotdan foydalanadi. Jamoaviy ishni baholash vositalari mavjud bo‘lib, ko‘plab vaziyatlarda qo‘llaniladi.

Bemor bilan muloqot, shuningdek, butun tashxis qo‘yish jarayoni davomida xabardor rozilikni ta‘minlash va birgalikda qaror qabul qilish uchun ham muhimdir.

Davolash

Davolash usullari odatda birlamchi tashxisga asoslanib, farmakologik va nofarmakologik usullarni o‘z ichiga oladi. Qo‘shimcha davolash variantlari mutaxassis, jumladan fizioterapevt va rehabilitologga yo‘naltirishni o‘z ichiga oladi. Statsionar va ambulatoriya sharoitidagi davolash bo‘yicha tavsiyalar farqlanadi. Bemorlarni davolashda muvaffaqiyatli natijalarga erishish uchun uzluksiz parvarish va uzoq muddatli kuzatuv hal qiluvchi ahamiyatga ega.

O‘tkir holatlarni tashxislash va davolashdan tashqari, terapevt kasallik xavfini baholashi va profilaktik ko‘rik hamda muolajalarni tavsiya etishi mumkin. Terapevtida mavjud bo‘lgan ba‘zi vositalar orasida genetik baholash ham bor.

Terapevtlar, shuningdek, muntazam ravishda operatsiyadan oldingi tibbiy ko‘rikni o‘tkazadilar, bu jarayonga individual baholash va operatsiya xavfi haqida xabardor qilish kiradi.

Yangi avlod terapevtlarini tayyorlash kasbning muhim qismidir. Yuqorida ta‘kidlanganidek, diplomdan keyingi tibbiy ta‘lim odatda o‘quv shifoxonalari bilan bog‘liq bo‘lgan akkreditatsiyadan o‘tgan ta‘lim dasturlari doirasida litsenziyaga ega shifokorlar tomonidan beriladi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, o‘quv va o‘quv bo‘lmagan muassasalarda bemorlarni davolash natijalarida farq yo‘q. Tibbiy tadqiqotlar ko‘pchilik diplomdan keyingi ta‘lim dasturlarining muhim qismi hisoblanadi va ko‘plab litsenziyaga ega shifokorlar diplomdan keyingi ta‘limni tugatgandan so‘ng ham tadqiqot faoliyatini davom ettiradilar.

Axloq

Har qanday tibbiy kasbga huquqiy va axloqiy mulohazalar xos. Aniq qonunlar yurisdiksiyaga qarab farqlanadi va axloqiy mulohazalarga mos kelishi yoki kelmasligi mumkin. Shu bois, har qanday tibbiy kasb uchun mustahkam axloqiy asos muhim ahamiyat kasb etadi. G‘arb dunyosidagi tibbiy etika ko‘rsatmalari odatda to‘rtta tamoyilga asoslanadi: ezgulik, zarar yetkazmaslik, bemor huquqlarini hurmat qilish va adolat. Ushbu tamoyillar bemor va shifokor o‘rtasidagi munosabatlar hamda bemorning farovonligi va manfaatlarini o‘z manfaatlaridan ustun qo‘yish majburiyatiga asos bo‘ladi.

Bemor va shifokor munosabati

Munosabatlar shifokorning malakasi, bemorga hurmat va tegishli yo‘naltirishlar bo‘yicha majburiyatlari asosida quriladi. Bemorning talablari esa qaror qabul qilish va har qanday davolash rejasiga rozilik berish yoki uni bekor qilishni o‘z ichiga oladi. Yaxshi muloqot mustahkam munosabatlarning kalitidir, biroq u axloqiy mulohazalarni, jumladan elektron aloqa vositalaridan to‘g‘ri foydalanish va aniq hujjatlashtirish kabi jihatlarni talab etadi.

Davolash va teletibbiyot

Ba‘zi istisnolarni hisobga olmaganda, o‘zaro munosabatlarni to‘g‘ri yo‘lga qo‘ymasdan, masofadan turib ma‘lumot to‘plash asosida davolash, shu jumladan dori-darmonlar buyurish yaxshi amaliyot hisoblanmaydi. Ushbu istisnolarga

amaliyot doirasidagi o‘zaro qamrov va ba’zi shoshilinch yoki kechiktirib bo‘lmaydigan jamoat salomatligi muammolari kiradi.

Teletibbiyot etikasi masalalari, jumladan, uning tashxis qo‘yishga ta’siri, shifokor va bemor o‘rtasidagi munosabatlar hamda tibbiy yordamning uzluksizligi muammolari ko‘tarildi; biroq, to‘g‘ri qo‘llanilganda va aniq ko‘rsatmalar berilganda, xavflarni kamaytirib, foydasini oshirish mumkin.

II-BOB. NAFAS OLISH TIZIMINI TEKSHIRISH USULLARI

O'pka kasalliklari va o'pka funksiyasidagi buzilishlarini tashxislash uchun bemorning anamnezi va o'tkazilgan jismoniy tekshiruv ma'lumotlarini ko'krak qafasi rentgenogrammalari, shuningdek, o'pka funksiyasi va qon gazlari laboratoriya natijalari bilan birlashtirish talab etiladi. Bu usullar birgalikda qiyosiy tashxis qo'yish va aniqlash, shuningdek, davolashni rejalashtirish uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Tarix

O'pka ko'p va turli alomatlarni keltirib chiqarmaydi. O'pka kasalliklarining asosiy belgilari turli xil jarayonlarning yakuniy umumiy natijasi hisoblanadi. Biroq, alomatlar yig'indisi, ularning kechishi va nisbiy og'irligi shifokor uchun tashxis qo'yish imkoniyatlarini aniqlashning dastlabki asosi bo'lib qolmoqda.

Hansirash, nafas olishning qiyinlashganini his qilish, ehtimol, eng keng tarqalgan nafas olish tizimi shikoyati bo'lib, uni bir qarashda yurak kasalligi, asab-mushak zaifligi yoki oddiy semizlik tufayli yuzaga kelgan nafas qisilishidan ajratib bo'lmaydi. Hansirash hissi paydo bo'lishi uchun qancha kuch sarflash kerakligini aniqlash maqsadida, har doim nafas qisilishini miqdoriy baholash lozim.

Hushtak chiqarib nafas olish va astma nafas yo'llarida obstruktiv jarayon mavjudligini ko'rsatadi, biroq yurak yetishmovchiligida ham kuzatilishi mumkin. Hushtak chiqarib nafas olish nafas yo'llarining reaktivligi, torayishi, obstruksiyasi, siqilishi, o'smalar, yot jismlarning aspiratsiyasi, shuningdek, turli biokimyoviy va immunologik buzilishlar natijasida yuzaga kelishi mumkin. Hushtak chiqarib nafas olish shikoyatlarining o'zgarishi va uni keltirib chiqargan sabablar tarixi talqin qilish uchun muhim ma'lumotlarni taqdim etadi.

Yo'tal va balg'am ajralishi o'pkaning obstruktiv, yallig'lanish, yuqumli va o'sma jarayonlariga, shuningdek, yurak, quloq, burun va tomoq kasalliklariga xos. Yo'tal nafas yo'llarining normal himoya mexanizmi hisoblanadi, ammo kuchayganida yoki tez-tez takrorlanganida kasallikning ham sababi, ham ko'rsatkichi bo'lishi mumkin. Balg'am hosil bo'lishi nafas yo'llari yoki o'pka parenximasida yallig'lanish, yuqumli yoki o'sma kasalligi borligini ko'rsatadi. Balg'amning miqdori va xususiyati shifokorga ehtimoliy etiologiyalarni farqlashda foydali ma'lumotlar beradi.

Qon tuflash normal holat emas va jiddiy yoki hatto hayot uchun xavfli bo'lgan nafas olish tizimi kasalligi haqida ogohlantirish bo'lishi mumkin. Qon tuflashni qon aralash qusishdan va oddiy burundan qon ketishidan farqlash lozim. Uni to'g'ri baholash uchun esa 24 soat ichidagi hajmini miqdoriy jihatdan aniqlash zarur.

Tamaki iste'moli, ehtimol, Qo'shma Shtatlarda surunkali o'pka kasalliklarining eng keng tarqalgan sababi va bugungi kunda nafas yo'llari kasalliklarining oldini olish mumkin bo'lgan eng muhim omilidir. O'pka saratoni va emfizema kabi jiddiy o'pka kasalliklari xavfi bemor chekkan sigaretalar soniga to'g'ridan-to'g'ri bog'liq. Chekishni miqdoriy baholashda "quti-yil" ko'rsatkichidan foydalanish lozim: kunlik chekiladigan quti soni chekish davomiyligi yillariga ko'paytiriladi. Tamakidan tashqari boshqa moddalarni chekish ham kasallanishning potensial sababi bo'lishi mumkin. Shuningdek, marixuana, kokain va boshqa nafas

orqali qabul qilinadigan giyohvand moddalarni iste'mol qilish ehtimolini ham ko'rib chiqish zarur.

Atrof-muhitdagi zararli moddalarni nafas olish respirator kasalliklarning muhim sababidir. Konchilar ("qora o'pka"), karyer ishchilari (silikoz), izolyatsiya o'rnatuvchilar va kemaquruvchilar (asbestoz), shuningdek, paxta fabrikasi ishchilari (bissinoz) sezilarli xavf guruhlariga kiradi. Kasallik tarixini sinchkovlik bilan o'rganish har qanday klinik baholashning ajralmas qismi bo'lishi kerak, ayniqsa tushuntirib bo'lmaydigan nafas olish bilan bog'liq shikoyatlar mavjud bo'lsa. Atrof-muhit ta'siri doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo'lishi mumkin. Mutaxassis simptomlarning ma'lum bir ta'sir bilan bog'liqligini diqqat bilan aniqlashi lozim. Ayniqsa, kasallik sababi aniq bo'lmagan bemorlar uchun batafsil kasb-kor tarixi muhim ahamiyatga ega. Nafaqat ishning nomini, balki amalda bajarilayotgan vazifalarni ham o'rganish zarur.

Sil kasalligi hali ham keng tarqalgan sharoitda sil kasalligi tarixi, sil bilan aloqa va teri tuberkulin sinamalari natijalarini bilish hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Isitma yoki titroq kabi infeksiya alomatlarini mahsuldor yo'talni baholashda muhim dalil bo'lishi mumkin, vazn yoki ishtaha yo'qotishning mavjudligi yoki yo'qligi esa ma'lum bir shikoyatning jiddiyligi yoki obyektiv o'zgarishni tasdiqlashi mumkin. O'pka ko'pincha tizimli kasalliklarga duchor bo'lgani sababli, o'pka kasalliklari tarixini doimo butun bemorga ta'sir qiluvchi boshqa muammolar bilan bog'liq holda ko'rib chiqish lozim.

2.1. Fizik tekshiruv (jismoniy ko'rik)

Nafas olish tizimini jismoniy tekshirish uchun zarur bo'lgan yagona asbob stetoskopdir. Shifokor nafas mushaklari, nafas yo'llari va o'pka to'qimasi funksiyasini baholaydi, nafas qisishi yoki nafas olish ishining kuchayishi belgilarini qidiradi, nafas mushaklari funksiyasi va ulardan foydalanish xususiyatini o'rganadi, shuningdek, nafas yo'llari va o'pka to'qimasi holatini tekshiradi.

O'pkani jismoniy tekshirishda nafas olish va chiqarishning vaqt oralig'i, xuddi yurakni tekshirishda sistola va diastola hisobga olingani kabi e'tiborga olinadi. Nafas olganda nafas muskullari ishlaydi, havo nafas yo'llaridan o'tadi, o'pka kengayganda oxirgi gaz almashinuvi bo'limlari ochiladi. Nafas chiqarish paytida havo nafas yo'llari orqali tashqariga chiqadi, lekin bu jarayon odatda passiv bo'lib, sezilarli mushak faolligi kuzatilmaydi. Normal nafas siklining uchdan ikki qismi nafas olishga sarflanadi.

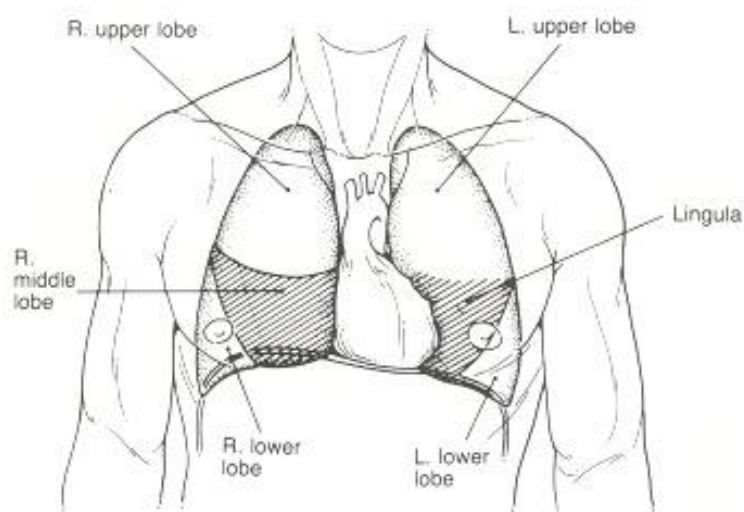
Normal respirator jismoniy tekshiruvning asosiy xususiyati simmetriyadan iborat. Bir tomonda uchraydigan narsa ikkinchi tomonda ham uchrashi lozim. Oldindan ko'rinadigan narsa orqadan ko'rilganda ham xuddi shunday ko'rinishi kerak. Tadqiqotchi turli sohalarda odatda kuzatiladigan simmetriyadan kichik chetlanishlarga sezgir bo'lishi, normal natijalarni me'yordan og'ishlardan farqlash uchun esa ma'lum tajribaga ega bo'lishi zarur. Tadqiqotchi nafas olishning kuchayishi yoki respirator distress belgilariga, shuningdek, ayrim patologik

holatlarning, ayniqsa konsolidatsiya, plevral suyuqlik va pnevmotoraksning mavjudligi yoki yo'qligiga e'tibor qaratishi lozim.

Nafas yo'llarini tekshirish odatda Osler bo'yicha ko'rikdan o'tkazish, paypaslab ko'rish, perkussiya va auskultatsiyaning klassik ketma-ketligiga muvofiq amalga oshiriladi. O'pkaning barcha bo'laklarini muntazam ravishda tekshirish kerak. Tadqiqotchi beshta bo'lakning har birining yuza proyeksiyalarini bilishi shart. Natijalarni chap tomon bilan o'ng tomonni, yuqori qism bilan pastki qismni hamda old tomon bilan orqa tomonni solishtirgan holda baholash lozim.

O'pka bo'laklari oldingi yuzasining proyeksiyasi. Ko'krak qafasi oldindan ko'zdan kechirilganda birinchi navbatda yuqori bo'laklarning oldingi segmentlari, o'ng o'rta bo'lak va tilcha aks etadi. Pastki bo'laklarning ko'krak qafasining oldingi qismiga minimal chiqib turishiga e'tibor qarating.

O'pka bo'laklarining orqa yuzasi proyeksiyasi. Ko'krak qafasining orqa qismi tekshirilganda yuqori bo'laklarning orqa segmentlari, shuningdek, pastki bo'laklarning yuqori segmentlari va orqa bazilyar segmentlari ko'rinadi.



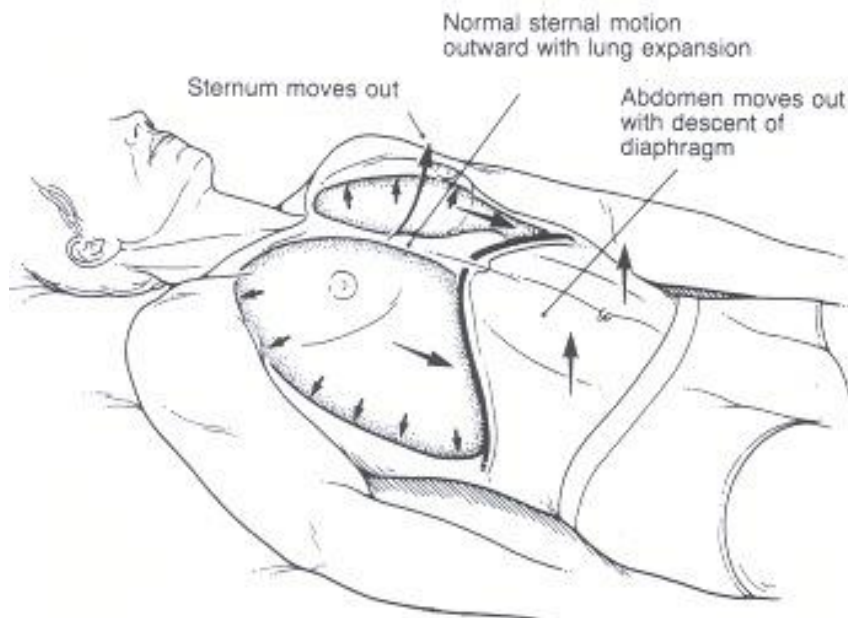
2.1-rasm. O'pka bo'laklarining old yuza proyeksiyasi

Ko'krak qafasi oldindan tekshirilganda dastlab yuqori bo'laklarning oldingi segmentlari, o'ng o'rta bo'lak va tilcha ko'rinadi. Pastki bo'laklarning ko'krak qafasining oldingi qismiga juda oz chiqishiga e'tibor qarating.

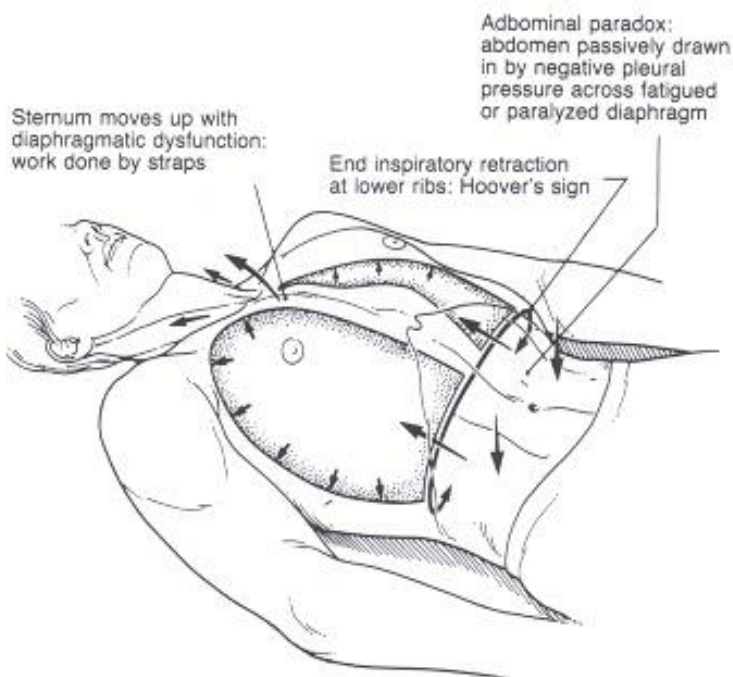
Tekshiruv sinchiklab ko'zdan kechirishdan boshlanadi. Bemor o'tirgan yoki chalqancha yotgan holatda, shifokor bemorga yuzlanib, uning nafas olish tezligini sanashdan boshlaydi, ko'krak qafasi va qorinning ko'tarilishi va tushishini kuzatadi. 15-30 soniya davomida kuzatish kifoya qiladi. Bemorning nafas olish ritmida qandaydir buzilishlar mavjudligiga e'tibor berish lozim. Nafas olish chuqurligini qayd etib, uni tadqiqotchining normal qiymatni idrok etishi bilan taqqoslash zarur. Nafas olish va chiqarish fazalariga sarflangan nisbiy vaqtni solishtirib ko'rish kerak. Nafas siklining uchdan ikki qismi odatda nafas olishga to'g'ri keladi.

So'ngra imtihon oluvchi nafas olish mushaklarining ishlash xususiyatlarini kuzatishi lozim. Odatda nafas olishdagi barcha ishni diafragma bajaradi va u pastga tushgani sayin qorin ko'krak devori bilan birga tashqariga chiqadi (2.2-rasm). Qorinning nafas olish paytida ichkariga harakatlanishi abdominal paradoks deb atalib, diafragma disfunktsiyasini ko'rsatadi (2.3-rasm). Ko'krak qafasining nafas

olish paytida ichkariga harakatlanishi o'pkaning cho'ziluvchanligi pasayganligidan darak beradi. Qo'l kaftlarini ko'krak va qoringa qo'yib, ko'z bilan ko'rilgan holatni tasdiqlash mumkin. Nafas chiqarish paytida qorin mushaklarining faol ishlashi aniq g'ayritabiiydir. Nafas olish paytida bo'yinning tasmaimon mushaklari, narvonsimon mushaklar va to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushaklar qisqarib, butun ko'krak qafasining yuqoriga ko'tarilishini kuzating. Yordamchi mushaklarning ishlatilishi nafas olishning inspirator ishi kuchayganligini bildiradi.



2.2-rasm. Normal nafas olish. Diafragmaning pastga tushishi qorin ichidagi bosimni oshirib, ko'krak qafasining kengayishi bilan birga qorinni tashqariga siljitadi. To'sh suyagi oldinga chiqadi.



2.3-rasm. Nafas olishning anomal natijalari.

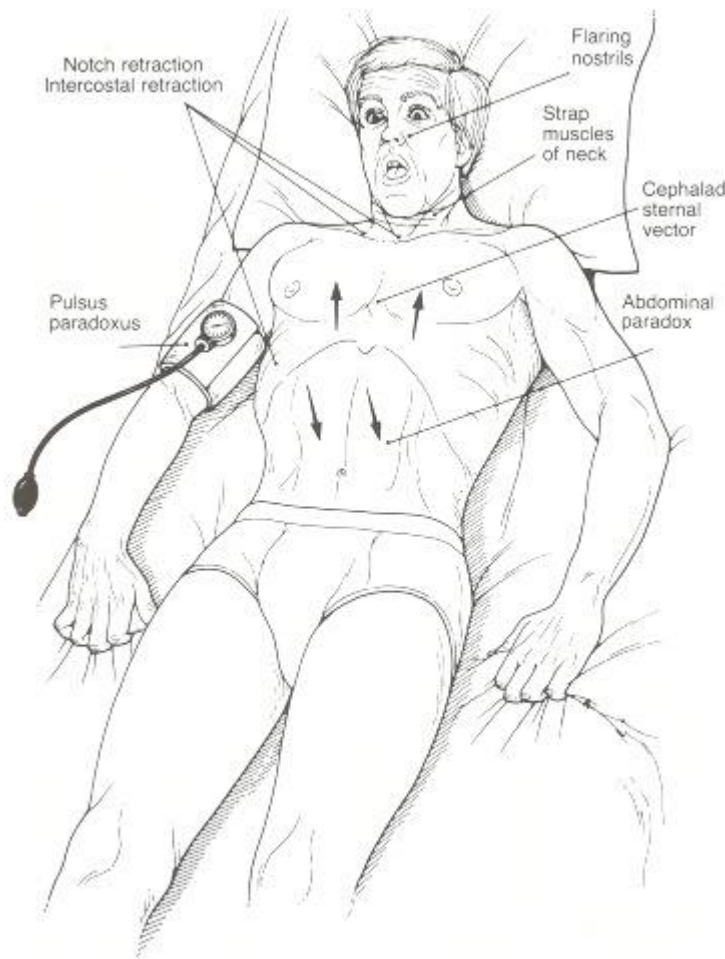
O'pkaning obstruktiv kasalliklari bilan og'rikan haddan tashqari shishgan bemorda nafas olish oxirida yassilangan diafragma pastki qovurg'alarni ichkariga

tortadi (Guver belgisi). To'sh suyagi bo'yinning tasmasimon muskullari ta'sirida bosh tomonga tortiladi. Qorin nosog'lom diafragma orqali ko'krak ichi bosimining passiv uzatilishi tufayli ichkariga tortilishi mumkin.

Nafas olishning inspirator ishining keskin kuchayishi plevra bosimining sezilarli tebranishlarida aks etishi mumkin. Manfiy plevra bosimi to'sh usti yoki o'mrov osti chuqurchasi yoki qovurg'alar oralig'ining nafas olish paytida ichkariga tortilishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Chuqurcha retraksiyasi mavjud bo'lganda, ko'pincha paradoksal puls kuzatiladi.

Tez-tez nafas olish, bezovtalik, havo yetishmasligi, burun qanotlarining kengayishi, bo'yin kamar mushaklarining kuchli taranglashuvi, to'sh usti va o'mrov usti chuqurchasining retraksiyasi kuzatiladi. To'sh suyagi kamar mushaklari ta'sirida yuqoriga harakatlanishga moyil bo'ladi. Diafragma disfunksiyasi holatida, ko'krak qafasining kengayishi bilan birga kechadigan manfiy bosim ta'sirida qorin devori ichkariga tortiladi.

Nihoyat, shifokor gemitorakslarning bir xil va bir vaqtning o'zida harakatlanayotganini, shuningdek, ko'krak qafasi devorida biron-bir anomaliya mavjudligini qayd etishi lozim.



2.4-rasm. O'tkir respirator distress sindromini davolash natijalari

Tekshirishning qolgan bosqichlarida - palpatsiya, perkussiya va auskultatsiyada ko'krak qafasining oldingi qismini tekshirishni yakunlash, so'ngra bemordan to'g'ri o'tirishni so'rash va ko'krak qafasining orqa qismini tekshirishni yakunlash eng samarali usul hisoblanadi. Ko'krak qafasining oldingi qismi ko'zdan

kechirilganda nafas muskullari, traxeya va asosiy nafas yo'llari, oldingi yuqori bo'laklar, o'ng o'rta bo'lak va tilcha tekshiriladi. Ko'krak qafasining orqa qismi tekshiruvchi yuqori bo'laklarning orqa segmentlarini, pastki bo'laklarning yuqori segmentlarini, hamda pastki bo'laklarning orqa va yon bazal segmentlarini qamrab oladi.

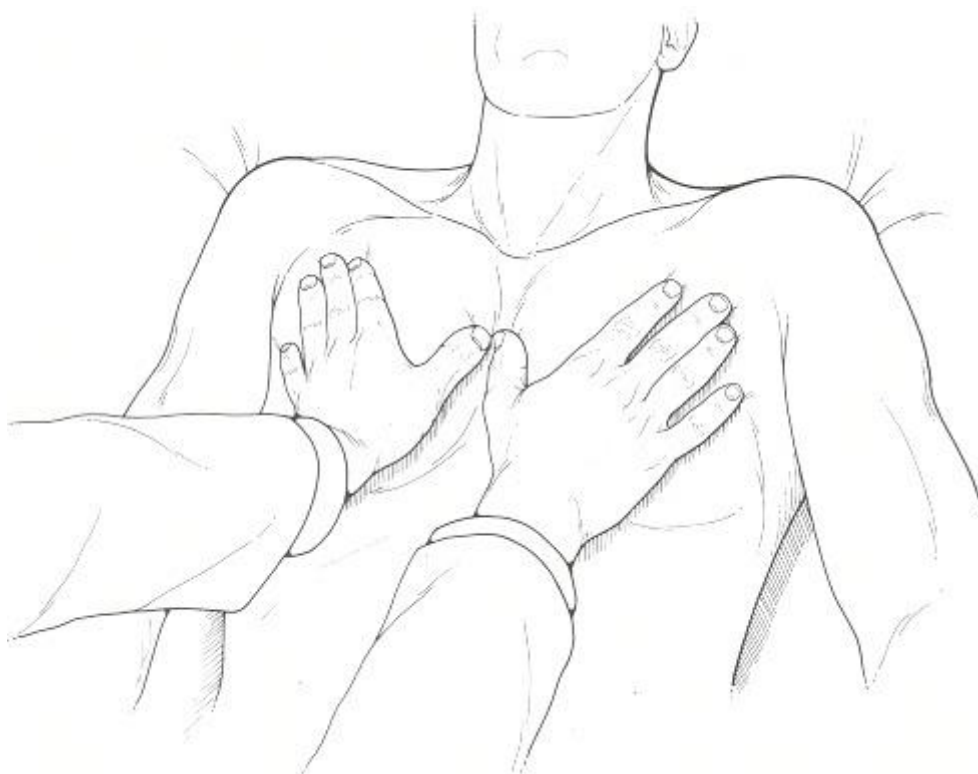
2.2. Ko'krak qafasining old qismini tekshirish

Paypaslab ko'rish ko'zdan kechirishda olingan ta'surotlarni mustahkamlash va parenxima holati haqida dastlabki ma'lumot berish uchun xizmat qiladi, bu esa perkussiya va auskultatsiya orqali tasdiqlanadi.

Avvalo traxeyaning o'rta chiziqda joylashganligini aniqlang. Tekshiruvchi qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlarini to'sh usti o'ymasida traxeyaning yon tomonlariga qo'yning va barmoqlardan bosh aylantiradigan mushak chegaralarigacha bo'lgan nisbiy masofalarni paypaslab ko'ring. Normada traxeya o'rta chiziqda joylashgan bo'lib, masofalar teng bo'ladi.

To'sh-so'rg'ichsimon mushaklarning o'zini paypaslab, ular nafas olish paytida taranglashayotganini aniqlang, bu yordamchi mushaklarning ishlashini ko'rsatadi.

Keyin ko'krak qafasining oldingi qismini paypaslab ko'ring. Buning uchun kaftlarni ko'krak qafasi devoriga bosib va bosh barmoqlarni to'sh suyagiga tekkizing, shunda o'rta chiziqni aniqlay olasiz (2.5-rasm).



2.5-rasm. Ko'krak qafasini paypaslab ko'rish

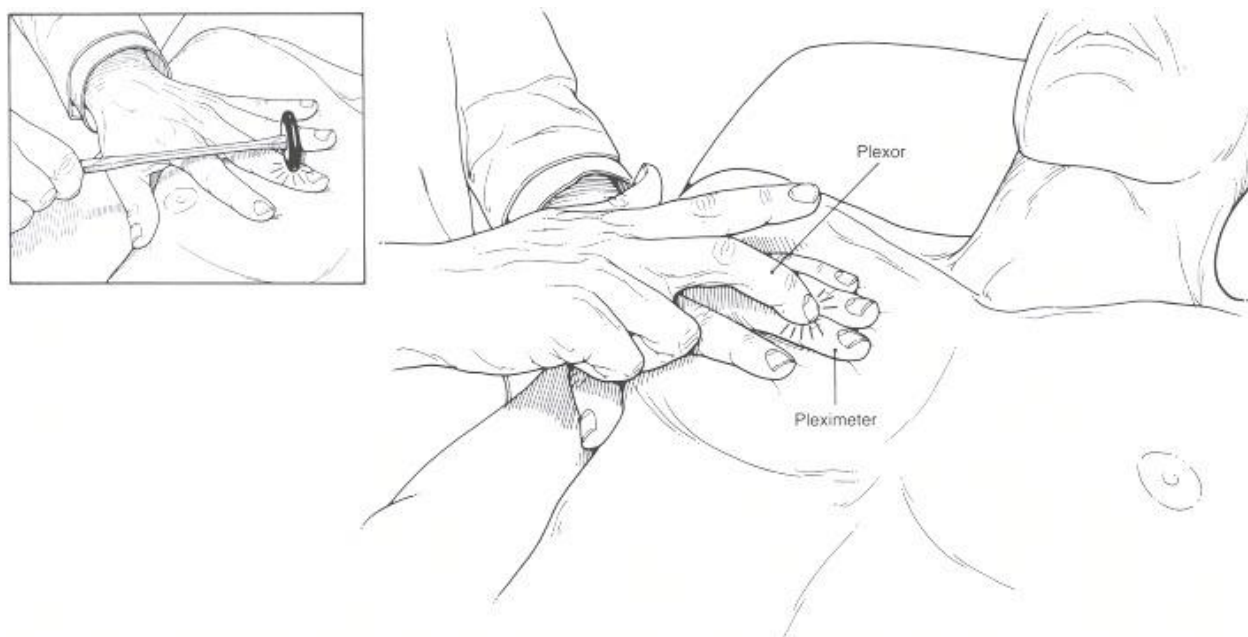
Ko'krak qafasi harakatlarining sun'iy nosimmetrikligiga yo'l qo'ymaslik uchun qo'llar bir xil darajada joylashishi kerak: bosh barmoqlar oldinda to'sh suyagi ustida yoki orqada umurtqa pog'onasi ustida bo'lishi lozim (rasmda ko'rsatilmagan).

Bemor tik o'tirgan holda, qorni bilan yotgan yoki chalqancha yotgan holatda bo'lishi mumkin.

Qo'llarni Lyudovik burchagi ostida, to'rtinchi-beshinchi qovurg'a oralig'ida va pastki qovurg'a qirrasida joylashtirish lozim. Bemordan sekin va chuqur nafas olishni so'rang, bunda ikkala ko'krak qafasi yarimining kengayishini kuzating, amplituda va vaqt bo'yicha bir xilligiga e'tibor bering. Qovurg'a qirrasini paypaslab, nafas olishning oxirgi retraksiyasi yoki Guver simptomi mavjudligini aniqlang. Guver simptomi og'ir giperinflyatsiya va havo tutilishidan darak beradi. So'ngra, qo'llaringizni ko'krak qafasining o'rtasiga, o'rta chiziq bo'ylab va qorinning yuqori qismiga qo'ying. Bu torako-abdominal nosinxronlik yoki paradoksal harakatlar bor-yo'qligini aniqlash, shuningdek, nafas chiqarish paytida qorin mushaklarining faol ishlatilishini istisno qilish imkonini beradi.

Ko'krak qafasi perkussiyasida o'pka to'qimasining holatini baholashga harakat qilinadi: u havo bilan normal to'lganmi, zichlashganmi yoki haddan tashqari shishganmi. Perkussiya orqali plevra bo'shlig'ining suyuqlik (plevra suyuqligi) yoki havo (pnevmotoraks) bilan to'lganligini ham aniqlash mumkin.

Perkussiya har bir bo'lakning proyeksiyasi ustida normal tinch nafas olish holatida amalga oshiriladi (2.6-rasm).



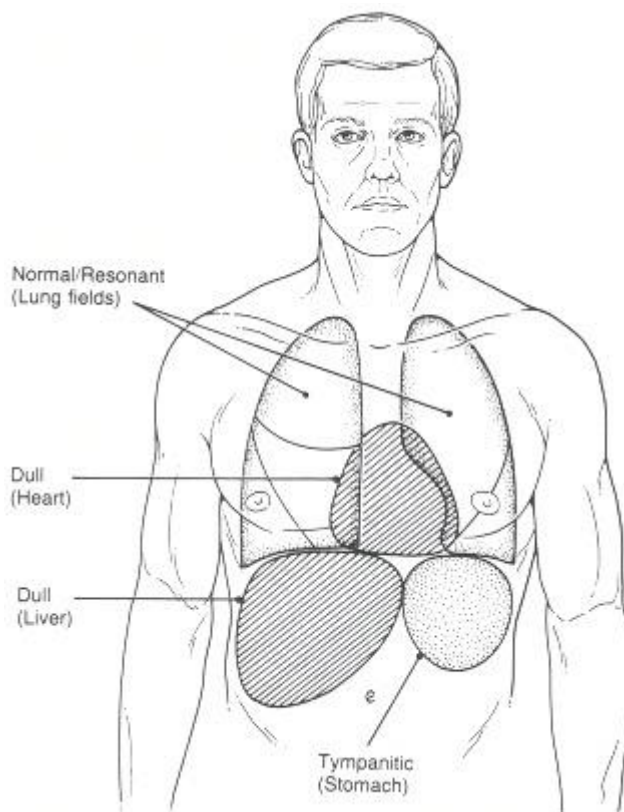
2.6-rasm. Zarba berish texnikasi

Perkussiyalovchi barmoq (pleksor) bilan qarama-qarshi qo'lning o'rta barmog'idagi distal falangalararo bo'g'imiga (pleksimetr) keskin zarba berish lozim. Harakat butun qo'l bilan emas, balki bilak yordamida bajarilishi kerak. (Izoh): Bo'yi past shifokorlar va gavdasi katta bemorlar uchun reflektor bolg'achani pleksor sifatida qo'llash yaxshiroq perkussiya natijasini berishi mumkin.

Perkutor tovush o'rta va ko'rsatkich barmoqlarning distal uchlarini perkussiya qilinadigan yuzaga bosish orqali hosil qilinadi. O'rta yoki ko'rsatkich barmoqning distal falangalararo bo'g'imiga (pleksimetr) qarama-qarshi qo'lning tegishli barmoq uchlari (pleksor) bilan keskin uriladi. Harakat butun qo'l harakati hisobiga emas, balki urayotgan bilakni bukish orqali amalga oshirilishi lozim. Bo'yi past shifokorlar

va gavdasi katta bemorlar uchun reflektor bolg'acha urayotgan barmoq o'rnini bosishi mumkin.

Perkutor tovushlar normal yoki rezonansli, timpanik va bo'g'iq deb tavsiflanadi. Ularni odatda bu tovushlar uchraydigan joylar bilan taqqoslash mumkin (2.7-rasm).



2.7-rasm. Perkussiya tovushlarining normal joylashuvi

Oldingi va orqa o'pka sohalarida normal rezonansni eshitish mumkin. Yurak va jigar ustida bo'g'iq perkutor tovush eshitilishi mumkin. Havo bilan to'lgan oshqozon kuchli rezonans yoki timpanik tovushlar chiqarishi mumkin.

O'pka maydonlari ustida odatda normal perkutor tovush eshitiladi. Oshqozondagi havo pufagi ustida, chap yarim diafragma ostida timpanik yoki giperrezonans tovushni eshitish mumkin. Jigar ustida esa odatda to'mtoq perkutor tovush eshitiladi.

Ko'krak qafasining chap oldingi qismida, yurak chegaralari ustida ham perkutor tovush bo'g'iq bo'ladi. Boshqa hollarda ikkala gemitoraksda ham normal tovush eshitilishi kerak.

Auskultatsiya nafas yo'llarining holatini baholaydi va o'pka parenximasi haqida qo'shimcha ma'lumot beradi. Ko'rik, palpatsiya va perkussiya ma'lumotlari kabi, normal natijalar ham o'zining simmetrikligi bilan ajralib turadi. Auskultatsiya stetoskop diafragmasi yordamida bo'lak proyeksiyalari ustida nafas olish va chiqarish paytida o'tkaziladi. Bemordan og'iz orqali sekin va chuqur nafas olishni so'rash lozim. Ba'zi bemorlar nafas olgandan so'ng nafasini ushlab qolishi mumkin, shu sababli ularga nafas chiqarishni eslatish kerak bo'ladi. Bunday hollarda odatda "kirish" yoki "chiqish" kabi oddiy ko'rsatmalar yetarli bo'ladi. Nafas olishning yuzaki xususiyati tufayli ko'rik yoki palpatsiya paytida o'lchash qiyin bo'lgan

bemorlarda spontan nafas olish chastotasini auskultatsiya paytida baholash mumkin. Bemorni tekshirishdan oldin stetoskopni isitishni unutmang.

Nafas olish tovushlari ularning sifati, intensivligi, o'tkazish xususiyatlari, shuningdek qo'shimcha (yondosh) tovushlarning bor-yo'qligi bilan tavsiflanadi. Nafas olish tovushlari sifat jihatidan normal (vezikulyar) yoki bronxial deb baholanadi. Normal nafas olish tovushlarini tekshiruvchining ko'kragida eshitiladigan tovushlarga qiyoslash mumkin, albatta jiddiy nafas olish muammolari bo'lmagan holda. Bronxial nafas tovushlari normal vezikulyar tovushlarga nisbatan balandroq, yuqoriroq, o'tkirroq va aniqroq bo'lib, odatda ularni bevosita traxeya ustida eshitish mumkin. Oddiy vezikulyar tovushlardan farqli o'laroq, bronxial nafasda nafas chiqarish ayniqsa aniq eshitiladi. Ko'krak qafasining boshqa qismlaridagi bronxial shovqinlar normal emas va o'pka parenximasining zichlanishini taxmin qilishga asos bo'ladi. O'rtacha sifatli tovushlar ba'zan bronxovezikulyar deb ham ataladi.

Nafas tovushlarining intensivligi tekshirilayotgan sohadagi havo oqimining kuchiga va o'pkaning tekshiruvchiga yaqinligiga bog'liq. Me'yorda tovushlar pastki qismlarda yuqori bo'laklarga qaraganda biroz balandroq eshitiladi, bu mintaqaviy ventilyatsiyaning normal apikal-bazal gradiyentini aks ettiradi. Notekis intensivlik yuzaga kelganda, intensivlikning mintaqaviy oshishini boshqa sohalardagi pasayishdan farqlash uchun ma'lum tajriba talab etiladi.

Shifokor tinch nafas olishni tinglayotganda, o'pkada begona tovushlar va nafas bilan bog'liq qo'shimcha ovozlarning mavjudligiga e'tibor qaratishi lozim. Charsillashlar yoki xirillashlar – nafas olish paytida eshitiladigan va yopiq terminal nafas olish birliklarining ochilishini aks ettiradigan uzluq-yuluq bir xil tovushlardir. Hushtaksimon xirillashlar esa nafas chiqarishda eshitiladigan uzluksiz ko'p ovoqli tovushlar bo'lib, ko'krak ichi nafas yo'llarining torayganini bildiradi. Quruq xirillashlar nafas yo'llaridagi tozalanmagan ajralmalar bilan bog'liq bo'lgan, nafas olish yoki chiqarishda eshitiladigan past, uzluksiz xurraksimon tovushlardir. Stridor – asosan ko'krakdan tashqari nafas yo'llarida uchraydigan va nafas olganda eshitiladigan xirillash tovushidir. Stridor odatda nafas yo'llarining ko'krakdan tashqari tiqilishini ko'rsatadi, ammo traxeobronxial daraxtning istalgan joyidagi doimiy tiqilishdan ham kelib chiqishi mumkin. Plevra shovqinini nafas olishning har qanday bosqichida eshitish mumkin bo'lib, u teri ishqalanishiga o'xshash tovush chiqaradi.

Nutq tovushlarining o'tishiga o'pka to'qimasi va plevra bo'shlig'ining holati ta'sir qiladi. Havo bilan to'lgan normal o'pka va plevra bo'shliqlari tovushlarni nisbatan yomon o'tkazadi. Plevra bo'shlig'ida ortiqcha havo yoki suyuqlik bo'lsa, bu o'tkazuvchanlik yanada pasayishi, o'pka to'qimasi zichlashganda esa kuchayishi mumkin. O'tkazuvchanlikni normal, yuqori yoki past deb baholash mumkin. Uni ovoz titrashi, taktil titrash yoki pektrilokiya bo'yicha shivirlashni tekshirish orqali aniqlash mumkin. Bu usullarning barchasi bir xil ahamiyatga ega bo'lib, shifokor o'z natijalariga ishonch darajasiga qarab, har qanday bemorda bitta yoki barcha sinovlarni o'tkazishi mumkin.

Odatda ovoz titrashi stetoskop diafragmasi yordamida o'pkaning har bir bo'lami ustidan tinglanadi, bunda bemordan bir necha bor "traktor" deb aytish

soʻraladi. Taktil titrashni koʻkrak qafasining ayni joylarini kaftlar bilan paypaslab, shu vaqtda bemordan xuddi shu soʻzlarni aytishni soʻrab baholash mumkin. Titrashning ahamiyati auskultatsiyada ham, palpatsiyada ham bir xil. Har ikki usulni barcha bemorlarda qoʻllash shart emas, ammo natija noaniq boʻlgan hollarda bu ikki usul bir-birini toʻldiradi.

Egofoniya yoki "I" ning "A" ga oʻzgarishi (nomi yunoncha "echkilar maʼrashi" soʻzidan kelib chiqqan) oʻzgartirilgan uzatishning oʻziga xos holatidir. Plevral suyuqlik tekshiruvchining qulogʻiga faqat maʼlum tovush chastotalarini oʻtkazadi va "I" unlisining tovushini tekshiruvchi "A" yoki "AAAX" deb qabul qiladigan darajada buzishga moyil boʻladi. Egofoniya stetoskop diafragmasi bilan oʻpka boʻlaklari proeksiyasini eshitib, bemordan "I" deb aytishni soʻraganingizda paydo boʻladi.

Bundan tashqari, majburiy nafas chiqarish vaqti obstruktiv kasallik mavjudligini koʻrsatishi mumkin. Bemordan toʻliq va chuqur nafas olishni va nafasni ushlab turishni soʻrang. Soʻngra bemordan iloji boricha kuchliroq va tezroq nafas chiqarishni va barcha havo chiqib ketguncha havoni siqishda davom etishni soʻrang. (Bu oʻpka funksiyasini tekshirishdagi majburiy nafas chiqarish manyovri bilan bir xil. Agar bemor ilgari ushbu testdan oʻtgan boʻlsa, bu koʻrsatmalarni tushunishni osonlashtiradi.) Soatning sekund strelkasini kuzatib, kekirdakni tinglang. Barcha nafas olish tovushlari 5 soniya ichida toʻxtashi kerak. Ushbu vaqtdan keyin havo oqimining davom etishi nafas yoʻllarida uzoq muddatli doimiy boʻshashish vaqti va oʻpkaning obstruktiv kasalligi mavjudligini koʻrsatadi.

2.3. Koʻkrak qafasining orqa qismini tekshirish

Tekshiruv ketma-ketligi endi bemor oʻtirgan holatda orqa tomondan takrorlanadi. Oyoqlarning karavot chetidan osilib turishi shifokor uchun qulayroq boʻlsa-da, zaif bemorga karavotda oʻtirishga yordam berish kerak boʻlishi mumkin. Bemorning bir tomonga engashib, koʻkrak qafasi kengayishi va nafas olish taqsimlanishiga sunʼiy taʼsir koʻrsatmasligiga eʼtibor qaratish lozim.

Orqa tomondan koʻzdan kechirishda koʻkrak qafasi tuzilmalari, yuqori boʻlaklarning orqa qismlari, shuningdek, pastki boʻlaklarning yuqori va asosiy qismlari ham aks ettiriladi.

Tekshiruv paytida shifokor ikkala koʻkrak qafasi yarimining bir vaqtda va bir xil darajada harakatlanishini kuzatishi kerak. Kifoz, skolioz yoki umurtqa pogʻonasining boshqa nuqsonlari mavjudligini qayd etish lozim. Har qanday chandiqlar ham belgilanishi kerak.

Paypaslab koʻrish koʻkrak qafasining oldingi qismini tekshirishga oʻxshash tarzda oʻtkaziladi. Oʻrta chiziqni belgilash uchun bosh barmoqlarni umurtqa pogʻonasi ustiga qoʻying, koʻkrak qafasining kengayishini baholash uchun ikkala qoʻl kaftlarini uning orqa qismiga joylashtiring. Tadqiqotchi koʻkrak qafasi yarimlarining bir vaqtda va bir xil darajada harakatlanishini kuzatishi kerak. Koʻkrak qafasining orqa qismini kurakning yuqori chekkasi, pastki chekkasi va qovurgʻalarning pastki chekkasi boʻylab paypaslab, yuqori boʻlaklarni, pastki boʻlaklarning yuqori qismlarini va ikkala asosini tekshirish lozim.

Ko'krak qafasining orqa qismini ikki tomondan bo'laklar va qismlarning orqa proyeksiyasi bo'yicha perkussiya qilish kerak.

Auskultatsiyada oldindan bajarilgan tekshirishlarni takrorlash lozim.

2.4. Nafas olish tizimi kasalliklarida instrumental tekshiruvlar.

Nafas olish tizimi kasalliklarida instrumental tekshiruvlar — bu o'pka va nafas yo'llarining tuzilishi hamda funksiyasini baholash uchun qo'llaniladigan zamonaviy usullardir. Ular tashxis qo'yish, kasallik og'irligini aniqlash va davolash samaradorligini baholashda juda muhim.

1. Rentgenologik tekshiruvlar

◆ Ko'krak qafasi rentgenografiyasi (RTG)

Eng ko'p qo'llaniladigan usul.

- O'pka yallig'lanishi (pnevmoniya)
- Sil (tuberkulyoz)
- O'pka o'smalari
- Plevrit
- Emfizema

👉 Afzalligi: tez, arzon, keng tarqalgan.

◆ Kompyuter tomografiya (KT)

RTGga qaraganda ancha aniq.

- O'pka saratoni
- Interstitsial o'pka kasalliklari
- Bronxoektaziya
- Tromboemboliya (KT-angiografiya)

👉 Mayda o'zgarishlarni ham ko'rsatadi.

◆ Magnit-rezonans tomografiya (MRT)

Kamroq qo'llanadi, lekin foydali.

- O'pka o'smalarining tarqalishi
- Mediastinum kasalliklari
- Qon tomirlar va yumshoq to'qimalar

2. Endoskopik tekshiruvlar

◆ Bronxoskopiya

Bronxlar ichini to'g'ridan-to'g'ri ko'rish imkonini beradi.

- O'sma
- Yot jism
- Qon ketish manbai
- Biopsiya olish

👉 Diagnostik va davolovchi ahamiyatga ega.

3. Funktsional tekshiruvlar

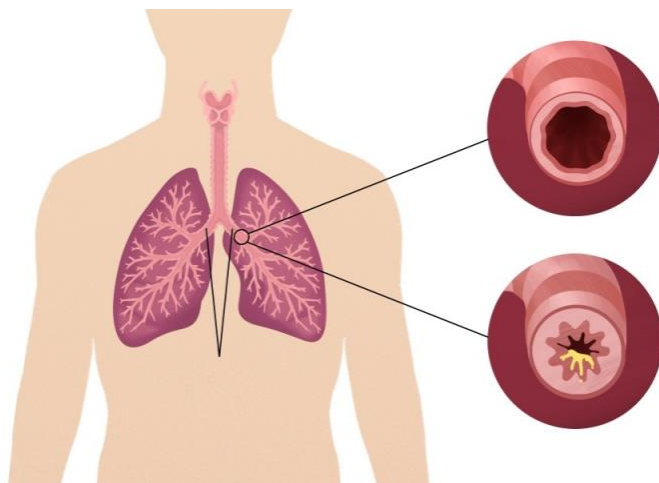
◆ Spirometriya

Nafas olish funksiyasini baholaydi.

- Bronxial astma

- Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'OK)
- Nafas yetishmovchiligi
- 👉 O'pka hajmi va havo oqimini o'lchaydi.
- 📦 **Pikfloumetriya**
 - Astma bilan og'rigan bemorlarni nazorat qilishda
 - Nafas yo'llari torayishini baholashda
- 4. Ultrasonografiya (UTT)**
- 📦 **Plevra bo'shlig'i UTT**
 - Plevra suyuqligi
 - Plevra qalinlashuvi
 - Punktsiya uchun yo'naltiruvchi usul
- 👉 Rentgensiz va xavfsiz.
- 5. Yadroviy tibbiyot usullari**
- 📦 **Ventilyatsion-perfuziya (V/Q) skanerlash**
 - O'pka tromboemboliyasini aniqlashda
 - O'pkada havo va qon oqimini baholashda
- 6. Qo'shimcha instrumental usullar**
 - **Pulse oksimetriya** – qonda kislorod to'yinganligini aniqlash
 - **Kapnografiya** – chiqarilgan CO₂ miqdorini o'lchash
 - **Biopsiya** – to'qimadan namuna olib histologik tekshiruv

III-BOB. O'TKIR VA SURUNKALI BRONXITLAR



3.1. O'tkir bronxit

O'tkir bronxit keng tarqalgan respirator infeksiya bo'lib, ayniqsa katta yoshdagi bemorlar orasida jiddiy tibbiy muammo hisoblanadi. Bu holat pastki nafas yo'llari, ayniqsa bronxlar, o'pkada havoni tashish uchun mas'ul bo'lgan bo'rtib chiqqan nafas yo'llariga ta'sir qiladi. O'tkir bronxit zoyiljam belgilarisiz ushbu bronxlarning yallig'lanishi sifatida namoyon bo'ladi va odatda o'pka surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) bo'lmagan odamlarga ta'sir qiladi.

O'tkir bronxit qattiq yo'talning balg'am ajralishi bilan yoki balg'amsiz o'tkir boshlanishi bilan xarakterlanadi. Spontan holat sifatida u odatda xavfsiz kechadi va 1-3 hafta ichida o'z-o'zidan tuzalib ketadi. Bu simptomlarning etiologiyasi pastki nafas yo'llarining yallig'lanish reaksiyasiga bog'liq bo'lib, ko'pincha virusli infeksiyalar sabab bo'ladi.

3.1.1. Etiologiyasi

O'tkir bronxit klinik sindrom bo'lib, asosan yirik va o'rta nafas yo'llarining yallig'lanishi bilan o'tadigan va o'z-o'zidan chegaralanib qoladigan, ko'krak qafasi rentgenologik tekshirilganda pnevmoniya belgilari bo'lmaydigan yallig'lanishdir.

Bu holat birinchi navbatda bronxial daraxtga ta'sir qilib, uning ta'sirlanishiga, yallig'lanishiga va shilliq ishlab chiqarilishining ko'payishiga olib keladi. Shamollash yoki gripp viruslari, adenovirus va rinovirus kabi virusli infeksiyalar tez-tez uchraydigan qo'zg'atuvchi omillardir, ammo taxminiy qo'zg'atuvchi omillar qo'zg'atuvchilar yoki boshqa respirator patogenlarning ta'siri bo'lishi mumkin. Bu viruslar havo-tomchi yo'li bilan yuqadi va bronxial daraxtning yallig'lanishi va ta'sirlanishiga olib keladi, bu esa oxir-oqibat yo'tal, balg'am ajralishi va nafas olish noqulayligini o'z ichiga olgan o'tkir bronxitning o'ziga xos belgilariga olib keladi.

O'tkir bronxitning taxminan 10% yoki undan kamroq holatlarida bakterial patogenlar rol o'ynaydi. Ushbu bakterial patogenlar orasida *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* va *Bordetella pertussis* eng ko'p aniqlanadi.

Aksincha, sog‘lom kattalardagi kasallik holatlarining aksariyati, taxminan 90% dan 95% gacha virusli infeksiyalar bilan bog‘liq. O‘tkir bronxitga qo‘shimcha omillar, jumladan allergenlar, qo‘zg‘atuvchilar, ba‘zan bakterial qo‘zg‘atuvchilar ham sabab bo‘lishi mumkin.

Qish oylarida A va B gripp viruslarining tarqalishi ko‘proq kuzatiladi, bu esa yuqish va zararlantirish sur‘atlarining oshishiga olib keladi. Bu viruslar odamlar ko‘p to‘planadigan joylarda, masalan, maktablarda, ish joylarida va jamoat yig‘ilishlarida oson tarqaladi, chunki odamlar bir-biri bilan yaqin aloqada bo‘lib, havo-tomchi yo‘li bilan yuqishi mumkin. Gripp viruslarining nafas yo‘llarida infeksiyalanish va ko‘payishdagi samaradorligi virusning tez ko‘payishini ta‘minlaydi, bu esa bronxiolalarning epitelial hujayralarining sezilarli darajada shikastlanishiga olib keladi. Bu shikastlanish organizmning immun javob reaksiyasi bilan birgalikda o‘tkir bronxitning o‘ziga xos belgilari paydo bo‘lishiga olib keladi.

Virusli infeksiyalar qish mavsumida ko‘proq uchrasa-da, o‘tkir bronxit yilning istalgan faslida paydo bo‘lishi mumkin, bu ko‘pincha adenovirus, rinovirus va koronavirus shtammlari bilan bog‘liq. Bundan tashqari, o‘tkir bronxitni keltirib chiqaradigan virusli infeksiyalarning yil davomidagi dinamikasini tushunish, ayniqsa, respirator viruslarning rivojlanishi va atrof-muhit omillarining o‘zgarishi sharoitida samarali profilaktika va nazorat strategiyalarini amalga oshirishda tibbiyot xodimlari va jamoat salomatligi xodimlari uchun muhim ahamiyatga ega. Bunga quyidagilar misol bo‘ladi:

Gripp, RV va koronavirus bilan kasallanishning eng yuqori cho‘qqisi odatda qish mavsumiga to‘g‘ri keladi. Yuqorida ta‘kidlanganidek, bu mavsumiy qonuniyat odamlarning ko‘proq vaqtini bino ichida o‘tkazishi va odamlar bilan yaqin muloqotga kirishishi natijasida yuzaga keladi, bu esa ushbu viruslarning tez tarqalishiga yordam beradigan muhitni yaratadi.

Rinoviruslar bilan kasallanishning eng yuqori cho‘qqisi odatda bahor va kuz fasllariga to‘g‘ri keladi, bu ob-havo sharoitining o‘zgarishiga to‘g‘ri keladi. Mavsumiy allergiya ham ushbu cho‘qqilarning paydo bo‘lishiga hissa qo‘shishi mumkin, bu esa virusning ushbu vaqtda yuqishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Nafas yo‘llari va oshqozon-ichak kasalliklarini keltirib chiqaruvchi bir nechta viruslarni birlashtirgan enteroviruslar guruhining eng yuqori faolligi yoz fasliga to‘g‘ri keladi. Kasalliklarning ko‘payishi toza havoda faollikning oshishi bilan bog‘liq bo‘lib, bu virusning yuqishi uchun ko‘proq imkoniyatlarni ta‘minlaydi.

Emlanganlik holati, ayniqsa gripp kabi viruslarga qarshi, o‘tkir bronxit etiologiyasiga ta‘sir qilishi mumkin. Fransiyada o‘tkazilgan tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, grippga qarshi emlangan kattalardagi o‘tkir bronxit bilan kasallangan 164 kishining 37 foizi virusli kelib chiqishga ega. Aniqlangan virusli sabablar orasida 21% holat rinovirusga to‘g‘ri keladi. Bu grippga qarshi emlanganiga qaramay, odamlar bronxit alomatlari bilan namoyon bo‘lishi mumkin bo‘lgan rinovirus infeksiyasiga moyil bo‘lib qolishi mumkinligini ta‘kidlaydi.

Tutun, ifloslangan havo, chang va boshqa atrof-muhitni ifloslantiruvchi qo‘zg‘atuvchilarning ta‘siri ham o‘tkir bronxitni keltirib chiqarishi yoki ilgari mavjud bo‘lgan nafas olish kasalliklarini kuchaytirishi mumkin. Bundan tashqari, allergenlar nafas olish yo‘llarida allergik reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin, bu

oxir-oqibat yallig‘lanishga va bronxit belgilarining paydo bo‘lishiga olib keladi, ayniqsa bunday qo‘zg‘atuvchi omillarga moyil bo‘lgan odamlarda.

3.1.2. Epidemiologiya

O‘tkir bronxit turli xil tibbiyot muassasalarida keng tarqalgan klinik ko‘rinishdir. Qo‘shma Shtatlarda har yili taxminan 5% odamlar shifokor tomonidan aniqlangan o‘tkir bronxit holatlari haqida xabar berishadi. Ko‘payish cho‘qqisi qishga to‘g‘ri keladi, bu gripp va RSV kabi respirator virusli infeksiyalarning mavsumiy tarqalishiga mos keladi, ular ko‘pincha gripp mavsumiga to‘g‘ri keladi.

Xuddi shunday, Buyuk Britaniyada o‘tkazilgan tadqiqot o‘tkir bronxit bilan kasallanishning xuddi shunday ko‘rsatkichlarini aniqladi: 1000 kishiga 54 ta holat. Shunisi e‘tiborga loyiqki, bu ko‘rsatkichlar turli yosh guruhlarida farq qiladi: yosh erkaklar orasida pastroq ko‘rsatkichlar (1000 ga 36), 85 yoshdan oshganlar orasida esa yuqoriroq (1000 ga 225). Kasallanishdagi bu farqlar tibbiy yordamga murojaat qilishdagi xatti-harakatlardagi farqlar, yoshga bog‘liq immunitet reaksiyalari va turli sharoitlarda virusli patogenlarning ta‘siri bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Bundan tashqari, o‘tkir bronxitning rivojlanishiga bir nechta xavf omillari, jumladan, anamnezda chekish, ifloslangan hududlarda yashash, tor joylarda yashash sharoitlari va anamnezda astma sabab bo‘ladi. O‘ziga xos allergenlar, ya‘ni gul changi, atir va bug‘lar ta‘sirchan odamlarda o‘tkir bronxit kasalligini keltirib chiqarishi mumkin.

Infeksiya bakterial kelib chiqishga ega bo‘lgan hollarda, izolyatsiyalangan qo‘zg‘atuvchilar odatda kasalxonadan tashqari zotiljam bilan bog‘liq bo‘lgan qo‘zg‘atuvchilar bilan ustma-ust tushishga moyil. Bunday qo‘zg‘atuvchilarga Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus misol bo‘ladi.

3.1.3. Patofiziologiya

O‘tkir bronxit - yirik va o‘rta nafas yo‘llari (bronxlar) ning yallig‘lanishi bo‘lib, ko‘pincha virusli infeksiyalar qo‘zg‘atadi. Ushbu patogenlar yashashi mumkin bo‘lgan nafas yo‘llarining anatomik qismlarining keng doirasi ushbu mikroorganizmlarning nafas yo‘llariga turli xil ta‘sirini ta‘kidlaydi. Rinovirus infeksiyasiga chalingan ko‘ngillilar ishtirokidagi tadqiqot virus topilishi mumkin bo‘lgan nafas olish tizimining turli qismlarini ko‘rsatdi.

Yallig‘lanish jarayoni zararlangan bronxlarda qon oqimi va hujayralar faolligining oshishiga olib keladi, bu esa pozitron-emission tomografiya (PET) yordamida kuzatilganda 18F-ftordezoksiglyukoza (FDG) so‘rilishining oshishiga olib keladi. Bundan tashqari, bronxlarning yallig‘lanishi turli sabablarga ko‘ra yuzaga kelishi mumkin, ulardan eng keng tarqalgani virusli infeksiyalar, allergenlar va ifloslantiruvchi moddalardir. Bronx devorining yallig‘lanishi shilliq qavatning qalinlashishiga, epiteliy hujayralarining ko‘chishiga va bazal membrananing yalang‘ochlanishiga olib keladi. Ba‘zi hollarda yuqori nafas yo‘llarining virusli

infeksiyasi pastki nafas yo'llarining infeksiyasiga aylanib, o'tkir bronxitga olib kelishi mumkin.

3.1.4. Asosiy shikoyatlar

O'tkir bronxit bilan og'rikan bemorlarda odatda balg'amli yo'tal, o'zini yomon his qilish, nafas olish qiyinlashuvi va hushtaksimon nafas kabi bir qator alomatlar kuzatiladi. Ko'pincha eng sezilarli shikoyat tiniq yoki sarg'ish balg'am ajralishi bilan kechuvchi doimiy yo'tal hisoblanadi. Lekin ba'zan balg'am yiringli tusga kirishi mumkin. Yiringli balg'am bakterial infeksiya bilan bog'liq bo'lishi shart emas va antibiotiklar bilan davolashni talab qilmaydi.

O'tkir bronxit xurujidan so'ng yo'tal odatda 10-20 kun davom etadi, uning o'rtacha davomiyligi 18 kun. Ba'zan bronxitda yo'tal 4 haftadan ortiq davom etishi mumkin. Inspirator nafas yoki yo'taldan keyingi qusish bilan kechadigan yo'tal xurujlari ko'kyo'tal infeksiyasi haqida xavotir uyg'otishi kerak.

Infeksiyaning dastlabki bosqichlarida yuqori nafas yo'llarining yengil infeksiyalari va o'tkir bronxitning belgilari ko'pincha bir-biriga mos kelishi mumkin, bu esa ularni faqat belgilar asosida farqlashni qiyinlashtiradi. Ikkala holat ham umumiy nafas olish belgilari bilan namoyon bo'lishi mumkin, masalan:

Yo'tal. Yo'tal dastlab quruq va ta'sirchan bo'lishi mumkin, ammo o'tkir bronxit rivojlanishi bilan u balg'am ajralishiga o'tishi mumkin. O'tkir bronxitda yo'tal uzoqroq, ko'pincha 5 kundan ortiq davom etadi. O'tkir bronxit bilan og'rikan bemorlarning taxminan 50 foizi yiringli balg'am ajralishini qayd etadi. Uzoq muddatli yoki kuchli yo'tal ko'krak qafasida yoki skelet-mushak tizimida og'riqqa olib kelishi mumkin, odatda o'z-o'zidan o'tib ketadi.

Yengil isitma. Ikkala holatda ham biroz isitma bo'lishi mumkin, garchi u ko'pincha yuqori nafas yo'llari infeksiyalari bilan bog'liq. O'tkir bronxit fonida yuqori haroratning mavjudligi g'ayrioddiy bo'lib, keyingi diagnostik baholashni talab qiladi.

Charchoq va tanadagi og'riqlar. Yuqori nafas yo'llarining yengil infeksiyalari va o'tkir bronxit charchoq va umumiy noqulaylikni keltirib chiqarishi mumkin.

Bu ikki holat o'rtasidagi farq infeksiya rivojlangan sari yaqqolroq namoyon bo'ladi. Agar alomatlar asosan yuqori nafas yo'llariga ta'sir qilsa va bir necha kun ichida yo'qolsa, bu yuqori nafas yo'llarining yengil infeksiyasi bo'lishi mumkin. Aksincha, kasallik belgilari bir hafta yoki undan ko'proq davom etib, pastki nafas yo'llari belgilari bilan kechsa, bunday manzara o'tkir bronxitdan darak beradi.

Ko'zdan kechirishda o'pka auskultatsiyasida xirillashlar aniqlanishi mumkin. Ba'zi hollarda xirillashlarni aniqlash yo'tal paytida yaxshilanishi yoki yo'qolishi mumkin, bu nafas yo'llaridan ajralmalar yoki tovushni keltirib chiqaradigan obstruksiya yo'tal orqali yengillashtirilishi mumkinligini taxmin qilish imkonini beradi.

Zotiljamni xirillashlar yoki egofoniya aniqlanganda ehtimoliy tashxis sifatida ko'rib chiqish kerak. Bu ma'lumotlar yengil taxikardiya bilan birga kelishi mumkin, bu isitma va virusli kasallikka nisbatan ikkilamchi bo'lgan suvsizlanishni ko'rsatadi. Shuni ta'kidlash kerakki, taxikardiyaning bunday belgilari bakterial infeksiyalarda

ham kuzatilishi mumkin. Umuman olganda, organizmning qolgan tizimlarini baholash odatda me'yor chegarasida bo'ladi.

3.1.5. Fizikal baholash

O'tkir bronxit odatda anamnez yig'ish, o'pkani tekshirish va boshqa tegishli jismoniy ma'lumotlarni o'z ichiga olgan kompleks baholash asosida klinik tashxis qo'yiladi. Kislorod bilan to'yinganlikni baholash puls chastotasi, harorat va nafas olish tezligini baholash bilan bir qatorda, holatning og'irligini baholash uchun asosiy ko'rsatkich bo'lib xizmat qiladi. Hayotiy ko'rsatkichlar me'yorida bo'lgan va pnevmoniyani ko'rsatadigan jismoniy tekshiruv natijalari bo'lmagan hollarda, odatda, keyingi diagnostik tekshiruvlarga hojat yo'q. Biroq, bu qoidadan istisno katta yoshdagi (>75 yosh) bemorlarga yoki neyrokognitiv buzilishlari bo'lgan shaxslarga taalluqlidir. Bunday hollarda, ko'proq ish baholash jarayonining bir qismi sifatida ko'rib chiqilishi kerak.

O'tkir bronxitda ko'krak qafasi rentgenografiyasining natijalari odatda o'ziga xos emas va ko'pincha normal ko'rinadi. Rentgenografiya natijalari ba'zan bronx devorining qalinlashishini ko'rsatadigan interstitsial belgilarning ko'payishini ko'rsatishi mumkin. Rentgenogramma infiltratlar bo'lganida pnevmoniyani o'tkir bronxitdan ajratib olishda ayniqsa qimmatlidir. Amerika torakal shifokorlari kolleji (ATSHK) tomonidan o'rnatilgan dalillarga asoslangan tavsiyalar rentgenografiyani ma'lum mezonlarga, jumladan quyidagilarga rioya qilgan holda amalga oshirishni tavsiya etadi:

Yurak urishi tezligi daqiqasiga 100 martadan oshadi

Nafas olish chastotasi 24 nafas/daqiqadan ortiq.

Og'izda tana harorati 38 °C dan yuqori.

Ko'krak qafasi tekshiruvi natijalari: egofoniya yoki titroq.

Laboratoriya tekshiruvlari, shu jumladan umumiy qon tahlili va biokimyoviy tahlillar isitma diagnostik tekshiruvining bir qismi sifatida o'tkazilishi mumkin. O'tkir bronxitning ba'zi hollarida leykotsitlar soni bir oz ko'payishi mumkin.

Nafas yo'llari infeksiyalariga tezkor mikrobiologik tekshiruv har doim ham iqtisodiy jihatdan samarali yoki har qanday vaziyatda zarur bo'lmasligi mumkin. Shunga qaramay, test o'tkazish foydali bo'lishi va davolash yondashuvini o'zgartirishga olib kelishi mumkin bo'lgan muayyan ssenariylar mavjud. Ushbu holatlarning ba'zilar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Gripp fasli. Gripp mavsumida ba'zi guruh bemorlarga grippga ekspress test topshirish tavsiya etilishi mumkin. Bu guruhga asoratlari xavfi yuqori bo'lgan qariyalar, yosh bolalar, homilador ayollar va surunkali kasalliklarga chalinganlar kiradi. Respirator alomatlar rivojlanayotgan tibbiyot xodimlariga gripp mavjudligini aniqlash va virusga qarshi davolashning maqsadga muvofiqligini baholash uchun tezkor test o'tkazish ham foydali bo'lishi mumkin.

Virus pandemiyalari. COVID-19 pandemiyasi kabi virusli pandemiyalar sharoitida infeksiyani tashxislash va davolash uchun tezkor test o'tkazish zarur bo'ladi. Kasalliklarni tezda aniqlash infeksiyani nazorat qilish bo'yicha tegishli

choralarni zudlik bilan ko'rish, o'z vaqtida davolashni tayinlash va virusning keyingi tarqalishining oldini olishning majburiy shartidir.

Ko'kyo'tal yoki bakterial infeksiyaga yuqori darajadagi shubha. Ko'kyo'tal (koklyush) yoki boshqa bakterial respirator infeksiyalarga jiddiy klinik shubhalar mavjud bo'lganda, tashxisni tasdiqlash uchun tezkor test o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Bunday test antibiotiklar bilan davolanishni boshlash uchun qo'llanma bo'lib xizmat qilishi mumkin va shu bilan infeksiyaning keyingi yuqishini to'xtatishga yordam beradi.

Burun-halqumdan olingan surtmalar yoki aspiratlarning multipleks polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) bir testda bir vaqtning o'zida bir nechta patogenlarni aniqlash imkonini beruvchi diagnostik vositadir. Bu usul ko'kyo'tal B (ko'kyo'tal qo'zg'atuvchisi), M pneumoniae yoki C pneumoniae kabi ma'lum bir bakteriyalar keltirib chiqaradigan infeksiyalarni tashxislashga yordam beradi.

Multipleks PZR-testning afzalligi shundaki, u nafas yo'llari namunalarida ushbu bakterial qo'zg'atuvchilarning mavjudligini tez va aniq aniqlaydi, bu esa nafas yo'llari infeksiyalarining turli sabablarini farqlashni osonlashtiradi. Maqsadli bakteriyalarning genetik materialini (DNK yoki RNK) aniqlash orqali PZR testi sezgir va o'ziga xos tashxisni ta'minlaydi, ayniqsa sezgirligi va bajarilish vaqti cheklangan bo'lishi mumkin bo'lgan an'anaviy o'stirish usullariga nisbatan. Shunga qaramay, ushbu tekshiruv yondashuvining yetarli darajada tasdiqlanishini ta'minlash va uni keng qamrovli klinik baholash kontekstida qo'llash hali ham muhimdir. Ushbu yondashuv natijalarni to'g'ri talqin qilishni ta'minlaydi va bemorlarni boshqarish bo'yicha asosli qarorlar qabul qilishga yordam beradi. Gram usulida bo'yash va bakterial balg'amni ekish odatda o'tkir bronxitda tavsiya etilmaydi, chunki bakteriyalar kamdan-kam hollarda kasallik qo'zg'atuvchisi bo'lib xizmat qiladi.

Prokalsitonin darajasini baholash o'tkir bronxit tashxisi noaniq bo'lganda antibiotiklarni buyurish zarurligini aniqlashda qimmatli vosita bo'lishi mumkin. Meta-tahlil shuni ko'rsatdiki, prokalsitonin nazorati ostida antibiotik terapiyasi antibiotiklarning ta'sirini kamaytiradi va umumiy omon qolishni yaxshilaydi.

Spirometriya o'tkazilganda o'tkir bronxit tashxisi qo'yilgan bemorlarning taxminan 40 foizida o'tib ketuvchi bronxial giperreaktivlik aniqlanadi. Ma'lum qilinishicha, ushbu bemorlarning 17 foizida FEV1 ning qaytuvchanligi (bir soniyada tezlashtirilgan nafas chiqarish hajmi) 15 foizdan oshadi. Havо oqimi obstruksiyasi va bronxlar giperreaktivligi odatda 6 hafta ichida o'tib ketadi.

3.1.6. Davolash

O'tkir bronxit odatda o'z-o'zidan davolanadigan kasallik bo'lib, uni davolash birinchi navbatda simptomatik va qo'llab-quvvatlovchi terapiyani o'tkazishdan iborat. Yo'talni yengillashtirish uchun ham farmakologik bo'lmagan, ham farmakologik yondashuvlarni ko'rib chiqish mumkin. Nofarmakologik strategiyalar issiq choy, asal, zanjabil va tomoq pastilkalari kabi vositalarni o'z ichiga oladi. Shunisi e'tiborga loyiqki, ushbu aralashuvlarning samaradorligi klinik sinovlar davomida baholanmagan.

Klinik amaliyotda yoʻtalga qarshi vositalar, masalan, dekstrometorfan (kodein bilan yoki usiz) koʻpincha yoʻtalni bostirish uchun ishlatiladi, ularning surunkali bronxit alomatlarini davolashdagi samaradorligi va shamollash bilan bogʻliq yoʻtal tadqiqotlari maʼlumotlariga asoslanadi. Hech qanday randomizatsiyalangan tadqiqotlar oʻtkir bronxitda yoʻtalga qarshi vositalarning samaradorligini maxsus baholamagan. Kodeindan foydalanmaslik kerak, chunki unga oʻrganib qolish ehtimoli bor.

Oʻtkir bronxitni davolashda mukolitik vositalarni qoʻllash boʻyicha mavjud maʼlumotlar bir-biriga zid va ularning samaradorligi boʻyicha aniq konsensus mavjud emas. Shunday qilib, oʻtkir bronxitni davolashda ushbu vositalarning roli davom etayotgan tadqiqotlar va munozaralar mavzusi boʻlib qolmoqda.

Beta-agonistlar odatda oʻtkir bronxit bilan ogʻrigan bemorlarga tayinlanadi, ularda hushtaksimon nafas kuzatiladi. Biroq, oʻtkir bronxitda yoʻtalda beta-agonistlardan foydalanishni oʻrganish boʻyicha kichik randomizatsiyalangan nazoratli tadqiqotlar natijalari noaniq natijalarni berdi. 5 ta tadqiqotni oʻz ichiga olgan Kokreyn sharhida beta-agonistlarning kundalik yoʻtalda sezilarli ustunligi kuzatilmadi, faqatgina boshlangʻich darajadagi hushtaksimon nafas va nafas yoʻllari obstruksiyasi boʻlgan bemorlarning kichik guruhida sezilarli ustunlik kuzatilmadi. Yaqinda oʻtkazilgan Kokreyn sharhida ham shunga oʻxshash natijalar haqida xabar berilgan edi.

Analgetiklar va isitma tushiruvchi vositalar holsizlik, mialgiya va isitma kabi yondosh alomatlarni yengillashtirishi mumkin. Bundan tashqari, yalligʻlanishni bartaraf etish uchun prednizolon yoki boshqa steroidlarni buyurish mumkin. Oʻtkir bronxitda ularning foydasini tasdiqlovchi dalillar cheklangan boʻlsa-da, ular surunkali obstruktiv oʻpka kasalligi (OʻSOK) yoki astma bilan ogʻrigan bemorlarda foydali boʻlishi mumkin. Odatda steroidlar qisqa muddatli terapiya sifatida ishlatiladi. Baʼzi hollarda, ayniqsa astma yoki OʻSOK bilan ogʻrigan bemorlar uchun steroidlar dozasini kamaytirishning kengaytirilgan kursi oʻzini oqlashi mumkin.

ATSHK tavsiyalari sogʻlom kattalardagi asoratlanmagan oʻtkir bronxit holatlarida antibiotiklardan foydalanishni tavsiya etmaydi. Antibiotiklarning 9 ta randomizatsiyalangan nazorat qilinadigan tadqiqotlarining keng qamrovli Kokreyn sharhi kasallikning umumiy davomiyligini sezilarli darajada kamaytirmasdan, yoʻtalning umumiy davomiyligini (0,6 kun) biroz qisqartirishni aniqladi.

Shu sababli, antibiotiklarning narxi, antibiotiklarga chidamlilik boʻyicha global xavotirning kuchayishi va antibiotiklardan foydalanish bilan bogʻliq nojoʻya taʼsirlar kabi omillarni hisobga olgan holda, oʻtkir bronxitning asoratlanmagan holatlarida antibiotiklardan foydalanmaslik kerak. Boshqa koʻplab xalqaro tibbiyot jamiyatlari ham oʻtkir virusli bronxitda antibiotiklardan foydalanishni tavsiya etmaydi. Shunga qaramay, oʻtkir bronxit tashxisi qoʻyilgan koʻpgina bemorlarga antibiotiklar buyuriladi.

Shuni alohida taʼkidlash kerakki, hech qanday empirik maʼlumotlar antibiotiklar bilan davolash oʻtkir bronxitda kamroq yoki qisqaroq yoʻtalga olib keladi degan fikrni tasdiqlamaydi. Antimikrob terapiya faqat davolanadigan

qo'zg'atuvchi aniqlanganda, masalan, ko'kyo'talda tavsiya etiladi. Gripp infeksiyasida virusga qarshi davolash imkoniyatini ko'rib chiqish kerak.

* Oseltamivir va zanamivirni qo'llash kattalarda gripp belgilarining davomiyligini o'rtacha yarim kunga qisqartirishda ahamiyatsiz afzalliklar berishi ko'rsatilgan. Ushbu dorilar profilaktika chorasi sifatida qo'llanilganda simptomatik gripp xavfini kamaytirishda ham samarali hisoblanadi. Biroq, cheklangan ma'lumotlar ushbu dorilar kasalxonaga yotqizish yoki pnevmoniya xavfini kamaytirishi mumkinligi haqidagi da'voni tasdiqlaydi. Bundan tashqari, Kokreyn sharhi shuni ko'rsatadiki, grippning odamdandan odamga tarqalishining oldini olish uchun neyraminidaza ingibitorlaridan foydalanishni qo'llab-quvvatlash uchun yetarli dalillar yo'q. Zotiljam kabi gripp bilan bog'liq asoratlar aniq diagnostik ta'riflar yo'qligi sababli klinik sinovlar yordamida kamaytirilishi mumkin emas. Ma'lum bo'lishicha, oseltamivirni qo'llash kattalarda ko'ngil aynishi, qusish, ruhiy buzilishlar va buyrak faoliyatining buzilishi kabi nojo'ya ta'sirlar xavfini oshiradi. Shuning uchun qaror qabul qilishda neyraminidaza ingibitorlarini profilaktika yoki davolash uchun qo'llashning foyda va zarari o'rtasidagi muvozanatni sinchkovlik bilan hisobga olish kerak.

Shunday qilib, beta-agonistlar, steroidlar, neyraminidaza ingibitorlari va mukolitik vositalarni, ayniqsa O'SOK va astmasi bo'lmagan bemorlarda qo'llashni tasdiqlovchi ishonchli ma'lumotlar mavjud emas. Davolash to'g'risidagi qarorlar insonning ushbu aralashuvlarga bo'lgan munosabatiga va e'lon qilingan afzalliklarga asoslanishi kerak, bunda har bir holatda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xavf va foyda o'rtasidagi muvozanat diqqat bilan hisobga olinadi.

3.1.7. Differensial diagnostika

O'tkir yo'talning boshqa ehtimoliy sabablarini hisobga olish kerak, ayniqsa yo'tal 3 haftadan ortiq davom etsa. E'tiborga olinishi kerak bo'lgan boshqa shartlar quyidagilardir:

- ✓ Astma. Astmaning zo'rayishini ko'pincha o'tkir bronxit deb o'ylashadi, bunda bemorlarning uchdan bir qismida o'tkir yo'tal kuzatiladi.
- ✓ O'tkir yoki surunkali sinusit
- ✓ Bronxiolit
- ✓ O'SOK
- ✓ Gastroezofageal reflyuks kasalligi
- ✓ Virusli faringit
- ✓ Yurak yetishmovchiligi
- ✓ O'pka emboliyasi
- ✓ Zoyiljam

3.1.8. Oqibati

O'tkir bronxit odatda mustaqil kechadi va ko'pincha simptomatik aralashuv bilan yaxshilanadi. Biroq, klinitsistlar pnevmoniya kabi mumkin bo'lgan ikkilamchi

asoratlarni yodda tutishlari kerak. Adabiyotlarda o'tkir bronxit fonida o'tkir respirator distress sindromi va nafas yetishmovchiligi holatlari tasvirlangan. Demak, o'tkir bronxitni simptomatik yo'l bilan davolash mumkin bo'lsa-da, shifokorlar jamoasi kasallikning asoratlarini yodda tutishlari va zarur bo'lganda tegishli choralarni ko'rishga tayyor bo'lishlari kerak.

3.1.9. Asoratlar

- ✓ O'tkir bronxit bilan bog'liq asoratlarga quyidagilar kiradi:
- ✓ Ikkilamchi pnevmoniya
- ✓ O'tkir respirator distress-sindrom
- ✓ Davomli simptomlar
- ✓ Spontan pnevmotoraks
- ✓ Spontan pnevmomediastinum

3.2. Surunkali bronxit

Surunkali bronxitni 3 oydan ortiq davom etadigan va 2 yil davomida yuzaga keladigan surunkali samarali yo'tal deb ta'riflash mumkin. Chekish bilan kuchli sabab-oqibat aloqasi mavjud va u ko'pincha o'pka surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) ga nisbatan ikkilamchi hisoblanadi.

3.2.1. Etiologiyasi

Surunkali bronxitning ko'plab ma'lum sabablari mavjud, ammo eng muhim sabab - bu faol chekish yoki passiv nafas olish natijasida sigaret tutunining ta'siri. Ko'pgina nafas olish yo'llari qo'zg'atuvchilari, masalan, smog, sanoat ifloslantiruvchilari va zaharli kimyoviy moddalar surunkali bronxitni keltirib chiqarishi mumkin. Bakterial va virusli infeksiyalar odatda o'tkir bronxitni keltirib chiqarsa-da, infeksiyalarning takroriy ta'siri surunkali bronxitni keltirib chiqarishi mumkin. Kasallikni keltirib chiqaruvchi asosiy viruslar A va B tipidagi gripp, dominant bakterial agentlar esa stafilokokk, streptokokk va mikoplazmali zotiljam hisoblanadi. Astma, mukovissidoz yoki bronxoektatik kasallik kabi yondosh nafas yo'llari kasalliklari bo'lgan odamlarda surunkali bronxit rivojlanishiga moyillik yuqori bo'ladi. Chang yoki ammiak va oltingugurt dioksidi kabi havodagi kimyoviy moddalar kabi atrof-muhitni ifloslantiruvchi moddalar bilan qayta-qayta ta'sirlangan odamlarda surunkali bronxit xavfi yuqori bo'ladi. Surunkali gastroezofageal reflyuks surunkali bronxitning yaxshi hujjatlashtirilgan, ammo kam uchraydigan sababidir.

3.2.2. Epidemiologiya

Umumiy populyatsiyada surunkali bronxitning uchrash chastotasi sog'lom kattalarda 3% dan 7% gacha o'zgarib turishi aniqlangan. Shunga qaramay,

baholashlarga ko'ra, O'SOK tashxisi qo'yilganlar orasida bu ko'rsatkich 74% ga yetadi. Surunkali bronxit alomatlarini boshdan kechirayotgan umumiy populyatsiyadagi ko'plab odamlarda aniq respirator tashxis bo'lmasligi mumkin. 50 yoshgacha bo'lgan sog'lom va surunkali bronxit bilan og'rikan subyektlar sog'lom subyektlarga nisbatan kasallanish va o'lim xavfi yuqori ekanligi hujjatli tasdiqlangan. Surunkali bronxit tarqalishining o'sishi yosh ulg'ayishi, tamaki chekish, kasbiy ta'sir va ijtimoiy-iqtisodiy mavqega bog'liq deb hisoblanadi.

3.2.3. Patofiziologiya

Surunkali bronxit qadahsimon hujayralarning ortiqcha shilliq ishlab chiqarishi va gipersekretsiyasiga bog'liq deb hisoblanadi. Nafas yo'llarini qoplab turadigan epitelial hujayralar toksik infeksiya ta'sirotlarga javoban yallig'lanish mediatorlari interleykin 8, koloniyani stimullovchi omil va boshqa yallig'lanish sitokinlarini ajratib chiqaradi. Shu bilan bog'liq holda angiotenzinga aylantiruvchi ferment va neytral endopeptidaza kabi boshqaruvchi moddalar ajralishining kamayishi ham kuzatiladi. Alveolyar epiteliy bir vaqtning o'zida surunkali bronxitda ham nishon, ham yallig'lanish jarayonining sababchisi hisoblanadi. Surunkali bronxit qo'ziganida bronxlar shilliq pardasi qizarib, shishib turadi, bronxlarning mukotsiliar funksiyasi susayadi. Bu, o'z navbatida, mayda nafas yo'llari bo'shlig'ining obstruksiyasi tufayli havo oqimining qiyinlashishiga olib keladi. Nafas yo'llari shilliq bilan tiqilib qoladi, bu esa ta'sirlanishni yanada kuchaytiradi. Bronxitga xos yo'talga surunkali bronxitda ko'p miqdorda shilliq ajralishi sabab bo'ladi.

3.2.4. Gistopatologiya

Qo'pol patologiyada shilliq qavatning botqoqlanishi, ko'p miqdorda shilliq sekreti, yiring va bronxlarning shilliq bezlari og'zini qoplaydigan bronxial chuqurchalar aniqlanadi.

Mikroskopik gistologiya ma'lumotlariga ko'ra, surunkali bronxitda erta o'zgarishlar traxeya va bronxlarda shilliq osti bezlarining gipertrofiyasi bilan yirik nafas yo'llarida shilliq gipersekretsiyasini ko'rsatadi. Keyinchalik mayda nafas yo'llarida qadahsimon hujayralarning ko'payishi ortiqcha shilliq tufayli nafas yo'llarining obstruksiyasiga olib keladi. Shilliq osti bezlari bronx devorining tobora katta qismini egallab bormoqda. Bu shilliq bez qavati qalinligining epiteliy va tog'ay orasidagi devor qalinligiga nisbatini ko'rsatuvchi Rid indeksi bilan o'lchanadi. Standart Rid indeksi 0,4 ga teng. Surunkali bronxitda Rid indeksi yuqori bo'ladi. Surunkali bronxit turli darajadagi displaziya va yassi hujayrali metaplaziya bilan ham bog'liq.

3.2.5. Asosiy shikoyatlar va fizikal tekshiruvlar

Surunkali bronxit bilan og'rikan bemorlarning eng ko'p uchraydigan belgisi yo'tal hisoblanadi. Anamnezda surunkali bronxitga xos bo'lgan yo'talning

mavjudligi, oy kunlarining ko'p qismida 3 oy davom etishi xarakterli bo'lib, kamida 2 ta bunday epizod ketma-ket 2 yil davomida kuzatilgan. Balg'amli produktiv yo'tal taxminan 50% bemorlarda mavjud. Balg'amning rangi tiniq, sariq, yashil, ba'zan qon aralash bo'lishi mumkin. Balg'amning rangi ikkilamchi bakterial infeksiyaning mavjudligiga bog'liq bo'lishi mumkin. Balg'am rangining o'zgarishi ko'pincha balg'am leykotsitlaridan ajralib chiqadigan peroksidazaga bog'liq bo'lishi mumkin. Binobarin, rang bakterial infeksiyaning aniq belgisi bo'la olmaydi.

Bemordan kasallik tarixini to'liq, ya'ni nafasga olinadigan qo'zg'atuvchilar yoki kimyoviy moddalar ta'siri to'g'risida, chekish odatlari to'g'risida to'liq ma'lumot olish juda muhimdir. Surunkali bronxitda isitma kamdan-kam uchraydi va agar u mavjud bo'lsa, gripp yoki pnevmoniyani ko'rsatishi mumkin. Tarqoq holsizlik tez-tez uchraydigan yo'ldosh alomat hisoblanadi. Kamdan-kam hollarda bemorlar doimiy kuchli yo'tal tufayli ko'krak qafasida yoki qorin mushaklarida og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Nafas yo'llari yallig'langanda xirillashlar paydo bo'lishi mumkin.

Asoratlanmagan surunkali bronxit yo'tal bilan namoyon bo'ladi, nafas yo'llari obstruksiyasining fiziologik belgilari bo'lmaydi. Surunkali astmatik bronxit bilan og'riqan bemorlarda odatda nafas yo'llarining giperfaolligi tufayli hushtaksimom nafas kuzatiladi, bu esa vaqti-vaqti bilan bronxospazmga olib keladi. Kasallikning og'irroq turi bo'lgan obstruktiv bronxitda nafas yo'llarining kichik kasalligi paydo bo'ladi, bu ba'zan emfizemaga olib keladi.

3.2.6. Oqibati

Surunkali bronxit diagnostikasida eng muhim omil pastki nafas yo'llarining boshqa mumkin bo'lgan kasalliklarini istisno qilish imkonini beruvchi tipik anamnez hisoblanadi.

Surunkali bronxit tashxisini tasdiqlashga yordam beradigan tadqiqotlar differensial tahlil bilan umumiy qon tahlili hisoblanadi. Zardobdagi prokalsitonin darajasi assotsiatsiyalangan bakterial infeksiyalarni bakterial bo'lmagan infeksiyalardan farqlashga yordam beradi. Keksalarda ko'krak qafasining rentgenografiyasi, shuningdek, pnevmoniyani ko'rsatadigan jismoniy ma'lumotlar muhim ahamiyatga ega. Balg'amni ekish bakterial infeksiyaga shubha qilinganda ko'rsatiladi. Qo'shimcha tadqiqotlar kislorod bilan to'yinganlikni o'lchash va o'pka funksiyasini tekshirish uchun foydalidir.

Ma'lumki, surunkali bronxitning mavjudligi nafas yo'llari obstruksiyasining kuchayishiga va o'pka funksiyasining yomonlashishiga olib keladi. Yirik epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, shilliqning surunkali gipersekretsiyasi FEV1 ning pasayishi bilan bog'liq. Surunkali bronxit belgilari bo'lgan bemorlarda yangi O'SOK rivojlanish xavfi simptomsiz populyatsiyaga nisbatan uch baravar yuqori bo'lgan. Surunkali bronxit o'limni oshiradi. Surunkali bronxit bilan og'riqan odamlarda qon zardobidagi IL8 va C-reaktiv oqsilning yuqori darajasi aniqlandi, bu tizimli yallig'lanish reaksiyasi yurak kasalliklari va boshqa yondosh kasalliklar xavfini oshirishi mumkinligini ko'rsatadi. Surunkali bronxit ham hayot sifatining pasayishiga olib keladi

3.2.7. Davolash

Surunkali bronxitni davolashning asosiy maqsadi kasallik belgilarini yengillashtirish, asoratlarning oldini olish va kasallikning rivojlanishini sekinlashtirishdir. Terapiyaning asosiy maqsadi ortiqcha shilliq ishlab chiqarishni kamaytirish, yallig'lanishni nazorat qilish va yo'talni kamaytirishga qaratilgan. Bunga ham farmakologik, ham nofarmakologik aralashuvlar orqali erishiladi.

3.2.8. Asosiy farmakologik aralashuvlar quyidagilardir:

Bronxolitiklar: qisqa va uzoq vaqt ta'sir etuvchi ✓ adrenoretseptorlar agonistlari, antixolinergik vositalar nafas yo'llari bo'shlig'ini kengaytirib, kiprikchalar funksiyasini kuchaytirib, shilliq qavat gidratatsiyasini oshirib yordam beradi.

Glyukokortikoidlar: yallig'lanish va shilliq ishlab chiqarishni kamaytiradi. Ingalyatsion kortikosteroidlar kasallikning zo'rayishini kamaytiradi va hayot sifatini yaxshilaydi. Biroq, u shifokor nazorati ostida va qisqa vaqt davomida buyuriladi, chunki uzoq muddatli qo'llash osteoporoz, diabet va gipertoniyani keltirib chiqarishi mumkin.

Antibiotikoterapiya: surunkali bronxitni davolashda ko'rsatilmagan; ammo makrolid terapiyasi yallig'lanishga qarshi xususiyatga ega ekanligi va shuning uchun surunkali bronxitni davolashda rol o'ynashi mumkinligi ko'rsatilgan.

Fosfodiesteraza-4 ingibitorlari: yallig'lanishni kamaytiradi va nafas yo'llari silliq mushaklarining bo'shshishiga yordam beradi, parchalanish paytida yallig'lanish mediatorlarining ajralib chiqishiga olib keladigan siklik adenozinmonofosfatning gidrolizini oldini oladi.

3.2.9. Nofarmakologik choralar

Nofarmakologik muolajalardan eng muhimi chekishni to'xtatishdir. Chekishni tashlash mukotsiliar funksiyani yaxshilaydi va qadahsimon hujayralar giperplaziyasini kamaytiradi. Shuningdek, chekishni tashlash nafas yo'llarining shikastlanishini kamaytirishi, bu esa traxeobronxial hujayralarda ajralgan shilliq miqdorining kamayishiga olib kelishi ko'rsatilgan.

O'pka reabilitatsiyasi surunkali bronxitni davolashning muhim qismidir. Bu o'rganish, turmush tarzini o'zgartirish, muntazam jismoniy faollik va ishdan yoki atrof-muhitda ma'lum ifloslantiruvchi moddalar ta'sirining oldini olishdan iborat o'pka reabilitatsiyasi.

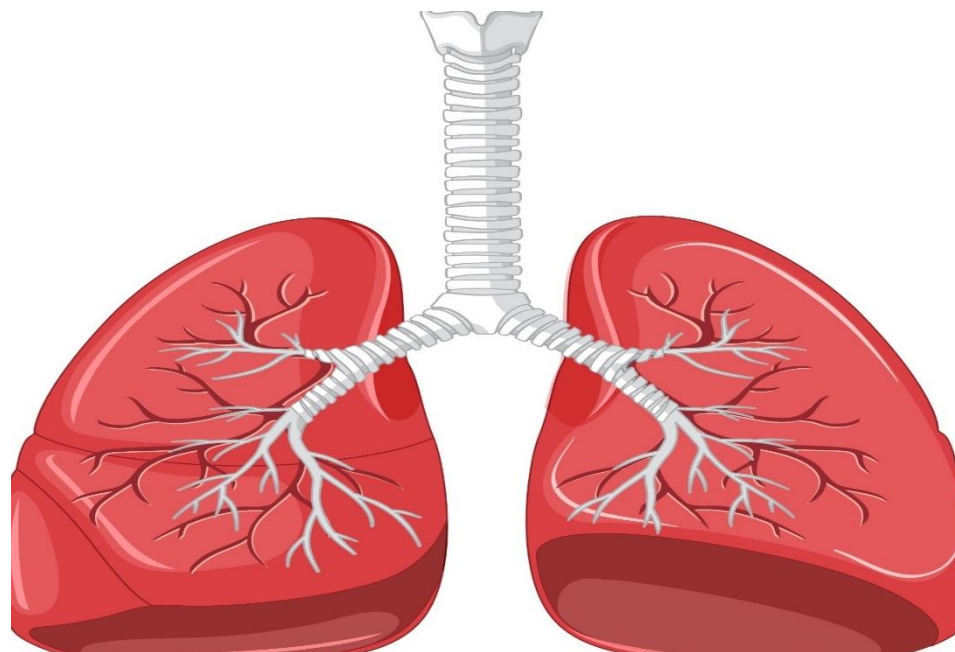
3.2.10. Differensial diagnostika

- ✓ O'tkir sinusit
- ✓ Alfa-1-antitripsin yetishmovchiligi
- ✓ Astma

- ✓ Bakterial faringit
- ✓ Bronxoektatik kasallik
- ✓ Bronxiolit
- ✓ Bronxit
- ✓ Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi
- ✓ Surunkali sinusit
- ✓ Gripp

.

IV-BOB. PNEVMONIYALAR (ZOTILJAM)



Pnevmoniya – oʻpka parenximasining infeksiyalanishiga olib keladigan turli xil mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan sindromlar guruhining umumiy nomi. Tasniflash sxemalari zotiljamning har bir turi uchun masʼul boʻlgan umumiy mikroorganizmlarni aniqlashga yordam berdi va statsionar va ambulatoriya sharoitida samarali davolash uchun davolash boʻyicha tavsiyalarni shakllantirishga yordam berdi. Zotiljam bilan ogʻrigan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash uchun yordam koʻrsatish va aloqani muvofiqlashtirishni yaxshilash uchun kasblararo jamoalar strategiyalarini optimallashtirish.

Zotiljam oʻpka parenximasining infeksiyasi deb taʼriflanadi. Sogʻliqni saqlash mutaxassisleri uni alohida kasallik sifatida koʻrib chiqish oʻrniga, pnevmoniya turli xil mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan, turli xil koʻrinishlar va oqibatlarga olib keladigan sindromlar guruhining umumiy atamasi ekanligini yodda tutishlari kerak.

4.1. Shifoxonadan tashqari zotiljam

Kasalxonadan tashqarida, jamoat joylarida orttirilgan har qanday zotiljam.

4.2. Gospital zotiljam

Kasalxonaga, masalan, shifoxonaga yotqizilgandan soʻng 48 soat oʻtgach orttirilgan va kasalxonaga yotqizilgan paytda inkubatsion davrda boʻlmagan har qanday zotiljam gospital hisoblanadi. Ushbu tasnif "kasalxona ichi zotiljami" atamalari atrofidagi chalkashliklarni bartaraf etishga yordam beradi. Endilikda qariyalar, reabilitatsiya va boshqa tibbiyot muassasalarida orttirilgan barcha zotiljamlar shifoxonadan tashqari zotiljamlar toifasiga kiritildi va zotiljamni GZ sifatida tasniflash uchun statsionar sharoitlar zarur.

4.3. Ventilyator bilan bog‘liq zotiljam

Endotraxeal intubatsiyadan 48 soat o‘tgach, orttirilgan har qanday zotiljam VBZ hisoblanadi.

Zararlanish xususiyatiga qarab, zotiljam tarixan quyidagicha ham o‘rganilgan: O‘choqli nosegmentar yoki krupoz zotiljam: o‘pkaning bir bo‘lagi zararlanishi.

Multifokal bronxopnevmoniya yoki lobulyar zotiljam.

O‘choqli yoki diffuz interstitsial zotiljam.

4.4. Etiologiyasi

Zotiljamning etiologik agentini aniqlash samarali davolash, shuningdek, epidemiologik hisobni yuritish uchun muhim bo‘lsa-da, klinik amaliyotda bu kamdan-kam uchraydi. Keng tarqalgan sharhlar shuni ko‘rsatdiki, zotiljamning yagona sababi ko‘pincha shoshilinch yordam bo‘limiga kelgan bemorlarning 10% dan kamrog‘ida aniqlanadi. Shunga qaramay, zotiljamni keltirib chiqaradigan eng keng tarqalgan mikroorganizmlarni yuqorida aytib o‘tilgan bo‘limlar bo‘yicha o‘rganish mumkin.

4.4.1. Kasalxonadan tashqari zotiljam Bakterial sabablar

Ular klassik tarzda "tipik" va "atipik" organizmlar kichik sarlavhalari ostida madaniyatning ijobiy natijasining osonligi nuqtayi nazaridan o‘rganilgan. Umumiy tipik mikroorganizmlarga pnevmokokk, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, A guruhi streptokokki va boshqa aerob va anaerob grammanfiy organizmlar kiradi. Klinik amaliyotda ko‘p uchraydigan atipik mikroorganizmlarga legionella, mikoplazma, xlamidiya va boshqalar kiradi. AQShda BZning eng keng tarqalgan bakterial sabablari Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Mycoplasma pneumoniae va grammanfiy ichak tayoqchalari hisoblanadi.

4.4.2. Virusli sabablar

Ko‘pincha virus turlari VZ bilan og‘rigan bemorlarning burun-halqumiga joylashishi kuzatilgan. Ular asosiy sabab bo‘ladimi yoki ikkilamchi bakterial sabablar tufayli patogenezga hissa qo‘shadimi, hali ham aniqlanmoqda. Biroq, Qo‘shma Shtatlarda VZni keltirib chiqaradigan eng ko‘p uchraydigan virusli agentlarga gripp virusi, undan keyin respirator-sinsitial virus, paragripp virusi va adenoviruslar kiradi.

4.4.3. Zamburug‘li sabablar

Zamburug‘li infeksiyalar odatda immuniteti zaif bo‘lgan ba’zi moyillik holatlari bo‘lgan bemorlarda, masalan, OIV va organ transplantatsiyasi

retsipiyentlarida va boshqalarda paydo bo‘ladi. Biroq, ko‘pincha e‘tibordan chetda qoladigan ba‘zi zamburug‘ turlari immunokompetent shaxslarda zotiljamni keltirib chiqarishi mumkin, bu esa tashxisning kechikishiga va salbiy oqibatlarga olib keladi. Ulardan Shimoliy Amerikada eng ko‘p tarqalgan uchtaga Histoplasma, Blastomyces va Coccidioides kiradi.

4.4.4. Gospital zotiljam va ventilyator bilan bog‘liq zotiljam

O‘SV ga yotqizilmagan va O‘SV ga yotqizilgan pnevmoniya bilan og‘rigan bemorlarda etiologik agentlar ko‘p jihatdan mos keladi, shuning uchun ularni birgalikda ko‘rib chiqish maqsadga muvofiqdir. Bunga quyidagilar kiradi:

Gram-manfiy tayoqchalar, jumladan Escherichia coli, Pseudomonas Aerugenosa, Acinetobacter va Enterobacter va boshqalar.

Gram-musbat kokklar, masalan, Staphylococcus aureus; metitsillinga sezgir va chidamli, garchi ikkinchisi ko‘proq tarqalgan.

Immuniteti zaif va og‘ir bemorlarda ko‘proq uchraydigan boshqa viruslar va zamburug‘lar.

4.5. Epidemiologiya

Zotiljam ancha keng tarqalgan kasallik bo‘lib, aholining barcha guruhlarida og‘ir yuk bo‘lib hisoblanadi. AQSH Kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish markazlari tomonidan ushbu kasallikning Shimoliy Amerikadagi yukini baholashga qaratilgan tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, JS Qo‘shma Shtatlardagi o‘limning sakkizinchi va Kanadadagi o‘limning yettinchi muhim sababi bo‘lib, turli jins va yosh farqlariga moslashtirilgan. 2014-yildan 2016-yilgacha bo‘lgan davrda 587 499 nafar kattalarni o‘z ichiga olgan Luisvill aholisi o‘rtasida ikki yil davomida o‘tkazilgan eng yirik tadqiqotlardan biri shuni ko‘rsatdiki, yoshiga qarab VZ bilan yillik kasallanish 100 000 kattalarga 649 nafar kasalxonaga yotqizilgan bemorni tashkil etdi (95% ishonch oralig‘i 628,2 dan 669,8 gacha), bu AQShda VZ bilan kasallangan 1 591 825 nafar kattalarning yillik kasalxonaga yotqizilishiga to‘g‘ri keladi. Bundan tashqari, tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, kasalxonaga yotqizish paytida o‘lim 6,5% ni tashkil etdi, bu Qo‘shma Shtatlardagi har yili 102821 o‘limga to‘g‘ri keladi. 30 kun, 6 oy va 1-yildan keyingi o‘lim ko‘rsatkichi mos ravishda 13,0%, 23,4% va 30,6% ni tashkil etdi. Ushbu indekslar aholining iqtisodiy jihatdan zaif qatlamlarida va asosan ispan yoki afro-amerikaliklardan iborat bo‘lgan aholi orasida yuqori edi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniya bo‘yicha tashkilotning (CAPO) ma‘lumotlar bazasi 3 ta alohida mintaqaga guruhlangan 16 ta davlat, ya‘ni AQSH/Kanada, Yevropa va Lotin Amerikasida kasallanish darajasi asosida tuzilgan bo‘lib, ushbu mintaqalarda o‘lim darajasi mos ravishda 7,3%, 9,1% va 13,3% ni tashkil etganligini ko‘rsatdi.

VBZ bilan kasallanish va tarqalish bo‘yicha ma‘lumotlar kam, asosan bemorlarning yondosh kasalliklari bilan bog‘liq bo‘lgan xalaqit beruvchi omillar tufayli. Turli hisob-kitoblarga ko‘ra, VBZ chastotasi o‘pkaning sun‘iy

ventilyatsiyasining 1000 kunida 2 dan 16 tagacha epizodni tashkil qiladi, o'lim darajasi esa 3% dan 17% gacha. VBZni davolashdagi asosiy muammo bunday bemorlardan ajratib olingan mikroorganizmlarda ko'plab dorilarga chidamlilikning yuqori tarqalganligidir. Dori vositalariga chidamlilik xavfini baholashda e'tiborga olinishi kerak bo'lgan asosiy xavf omillariga bemorning yondosh kasalliklari, yaqinda qabul qilgan antibiotiklari, funksional holati va kasallikning og'irligi kiradi.

4.6. Patofiziologiya

Pastki nafas yo'llarida yashovchi mikroorganizmlar bilan mahalliy va tizimli himoya mexanizmlari (tug'ma va orttirilgan) o'rtasida murakkab muvozanat mavjud bo'lib, ularning buzilishi o'pka parenximasining yallig'lanishiga, ya'ni zotiljamga olib keladi. Zotiljam patogenezida buziladigan umumiy himoya mexanizmlariga quyidagilar kiradi:

Umumiy o'zgaruvchan immunitet tanqisligi (OIV), X-bog'langan agammaglobulinemiya (irsiy) va funksional aspleniya (orttirilgan) kabi kasalliklarda buziladigan gumoral immunitet va komplement vositali immunitet kabi tizimli himoya mexanizmlari. Hujayraviy immunitetning buzilishi odamlarni hujayra ichidagi organizmlar, masalan, viruslar va virulentligi past bo'lgan organizmlar, masalan, pnevmotsistali zotiljam, zamburug'li infeksiyalar va boshqalar bilan zararlanishga moyil qiladi.

Sigaret chekuvchilarda tez-tez buziladigan mukotsiliar klirens, virusdan keyingi holat, Kartergerner sindromi va boshqa tegishli holatlar.

Yo'tal refleksining buzilishi ba'zi moddalarni suiiste'mol qiluvchi koma holatidagi bemorlarda kuzatiladi.

Mukovissidoz yoki bronxial obstruksiya kuzatiladigan sekretning to'planishi.

Rezident makrofaglar o'pkani yot patogenlardan himoya qilish uchun xizmat qiladi. Qizig'i shundaki, zotiljamda kuzatiladigan gistopatologik va klinik natijalarga aynan shu makrofaglar keltirib chiqaradigan yallig'lanish reaksiyasi sabab bo'ladi. Makrofaglar bu patogenlarni yutib, TNF-a, IL-8 va IL-1 kabi signal molekullari yoki sitokinlarni ishga tushiradi, bu esa neytrofillar kabi yallig'lanish hujayralarini infeksiya joyiga jalb qiladi. Ular, shuningdek, bu antigenlarni ham hujayra, ham gumoral himoya mexanizmlarini ishga tushiradigan, komplementni faollashtiradigan va ushbu organizmlarga qarshi antitanalar hosil qiladigan T-hujayralarga taqdim etish uchun xizmat qiladi. Bu, o'z navbatida, o'pka parenximasining yallig'lanishiga olib keladi va kapillyarlar qobig'ini "nozich" qiladi, bu esa ekssudativ dimlanishga olib keladi va zotiljam patogenezini ta'kidlaydi.

4.7. Krupoz zotiljam (Bo'lakli zotiljam)

Bo'lakli zotiljam - o'pkaning butun bo'lagini qamrab oluvchi diffuz zichlashish. Uning rivojlanishini 4 bosqichga bo'lish mumkin:

Turg'unlik: bu bosqich juda og'ir va botqoq o'pka to'qimasi, diffuz turg'unlik, tomirlarning dag'allashishi va yuqumli mikroorganizmlarga boy alveolyar suyuqlikning to'planishi bilan tavsiflanadi. Bu bosqichda eritrotsitlar (RBC) va neytrofillar kam bo'ladi.

Qizil jigarlanish: alveolyar suyuqlikda eritrotsitlar, neytrofillar va fibrinning yaqqol infiltratsiyasi kuzatiladi. Tashqi ko'rinishidan o'pka qizil va qattiq bo'lib, jigarga o'xshaydi, shuning uchun "gepatizatsiya" atamasi qo'llaniladi.</>

Kulrang jigarlanish: eritrotsitlar parchalanadi va qizil rangdan kulrangga aylanishiga olib keladigan fibrinoz-yiringli ekssudat bilan bog'lanadi.

Bartaraflanish bosqichi: Rezident makrofaglar tomonidan ekssudatning tozalanishi va qoldiq chandiq to'qimasi hosil bo'lishi yoki hosil bo'lmasligi bilan xarakterlanadi. Bronxopnevmoniya

4.8. Bronxopnevmoniya

Bronxopnevmoniya bronxlar atrofidagi sohalarida joylashgan yiringli yallig'lanish bilan tavsiflanadi, ular o'pkaning bitta bo'lagida joylashishi yoki joylashmasligi mumkin.

Juda kam hollarda zotiljamning og'ir shakllari o'pka absessi shakllanishiga, to'qimaning to'liq parchalanishiga va o'pkaning o'choqli sohalarida yiringli cho'ntaklar hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin. Infeksiya plevra bo'shlig'iga ham tarqalib, fibrinoz-yiringli ekssudat hosil qilishi va shu bo'shliqni to'ldirib turishi mumkin.

4.9. Asosiy shikoyatlar

Tarixiy jihatdan, zotiljamda asosiy shikoyatlar tizimli belgilarni o'z ichiga oladi, masalan, titroq bilan isitma, holsizlik, ishtahaning yo'qolishi va mialgiya. Bu ma'lumotlar bakterial zotiljamga qaraganda virusli zotiljamda ko'proq uchraydi. Bemorlarning kichik bir qismida ruhiy holatning o'zgarishi, qorin, ko'krak qafasidagi og'riqlar va boshqa tizimli ko'rinishlar kuzatilishi mumkin. O'pka ko'rinishlariga balg'amli yoki balg'amsiz yo'tal kiradi. Bakterial zotiljam yiringli yoki kam hollarda qonli balg'am ajralishi bilan kechadi. Virusli zotiljam suvsimon, ba'zan shilimshiq-yiringli balg'am ajralishi bilan bog'liq. Ko'krak qafasida plevrit bilan bog'liq og'riq va plevraning birgalikdagi shikastlanishi bo'lishi mumkin. Shuningdek, ba'zan nafas qisishi va ko'krak qafasida tarqoq og'irlik kuzatiladi.

4.10. Fizikal ko'rikning umumiy natijalari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- ✓ Taxipnoe
- ✓ Taxikardiya
- ✓ Qaltirash bilan yoki usiz isitma
- ✓ Susaygan yoki bronxial nafas.

- ✓ Egofoniya va taktil titroq, ikkalasi ham konsolidatsiya jarayonini ko'rsatadi.
- ✓ O'pkaning zararlangan sohalari auskultatsiyasida xirillashlar
- ✓ Perkussiyaning to'ntoqlashishi

4.11. Radiologik baholash

Amerika yuqumli kasalliklar jamiyati va Amerika ko'krak qafasi jamiyati tavsiyalariga ko'ra, ko'krak qafasi rentgen tekshiruviga mos keladigan infiltratning mavjudligi pnevmoniyani tashxislash uchun zarur va eng yaxshi usul (tasdiqlovchi klinik ma'lumotlar bilan) hisoblanadi. Natijalar bo'lakli infiltratlardan interstitsial infiltratlargacha, ba'zan esa suyuqlik va havo darajasi bo'lgan bo'shliqli shikastlanishlardan iborat bo'lishi mumkin, bu esa kasallikning yanada og'ir jarayonini ko'rsatadi.

4.12. Laboratoriya bahosi

Ular qon ekish, balg'am ekish va mikroskopiya, oddiy qon tahlillari va limfotsitlarni hisoblash kabi bir qator testlarni o'z ichiga oladi. Ayrim qo'zg'atuvchilarni aniqlash uchun siydikning antigenga, bronxial aspiratga, indutsirlangan balg'amga tahlili kabi maxsus testlardan foydalanish mumkin. Ikki test prokalsitonin va C-reaktiv oqsil klinik va rentgenologik ma'lumotlar noaniq bo'lganda virusli va bakterial sabablarni farqlashga yordam beradi. Shunisi ham e'tiborga loyiqki, antibiotiklar bilan empirik davolash pnevmoniyaning barcha tipik holatlarida boshlanishi mumkin va kamdan-kam hollarda butun tadqiqotlar majmuasi talab qilinadi.

Boshqa tomondan, VBZni baholash GZni baholashdan biroz farq qiladi. Antimikrob terapiyani boshlash uchun rentgenologik va mikrobiologik ma'lumotlar zarur. O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasida bo'lgan, birinchi marta paydo bo'lgan nafas qisilishi, sun'iy ventilyatsiyaning bir xil sozlamalarida kislorod saturatsiyasining pasayishi, titroq bilan isitma yoki o'pkada yangi infiltratlar bo'lgan bemorlarda VBZga shubha qilish kerak. Barcha shubhali bemorlarga ko'krak qafasi rentgenografiyasi (agar rentgenografiya natijalari ishonchli bo'lmasa, kompyuter tomografiyasi) talab qilinadi. Shundan so'ng, qo'zg'atuvchilarni aniqlash uchun mini-bronxo-alveolyar lavaj (BAL), bronxoskopik BAL yoki hatto himoyalangan namuna cho'tkasi kabi invaziv namuna olish usullari qo'llanilishi kerak. Tashxis tasdiqlangandan so'ng, tegishli mikroblarga qarshi terapiya boshlanishi mumkin.

4.13. Davolash

BTni olib borish bemorning dastlabki xavf darajasini tabaqalashtirish va bemorni ambulatoriya, umumiy tibbiyot xonasi yoki intensiv terapiya bo'limida olib borish to'g'risida qaror qabul qilishni o'z ichiga oladi. Buning uchun "CURB-65" shkalasidan keng foydalaniladi. Ushbu shkalaning tarkibiy qismlari onging

chalkashligi, uremiya (20 mg/dl dan ortiq), nafas olish tezligi daqiqasiga 30 dan ortiq, sistolik qon bosimi 90 mm simob ustunidan past yoki diastolik qon bosimi 60 mm simob ustunidan past, shuningdek, 65 yoshdan oshgan. Bemor to'g'ri keladigan har bir ijobiy mezon uchun bir ball beriladi. Bemorlarning taqsimlanishi quyidagicha aniqlanadi.

Baho 0 dan 1 gacha: Ambulator davolanish. Ushbu bemorlar noxush yo'ldosh kasalliklar mavjud bo'lganda ftorxinolonlar yoki beta-laktamlar+makrolidlar va yo'ldosh kasalliklar mavjud bo'lmaganda makrolidlar yoki doksitsiklin yordamida empirik tarzda davolanadi.

Baho 2 dan 3 gacha bo'lsa, shifoxonaga yotqizilgan va umumiy tibbiyot bo'limida davolangan. Davolashning birinchi yo'nalishi ftorxinolonlar yoki makrolidlar va beta-laktamlar o'rtasidagi tanlovdir.

4 va undan yuqori baho intensiv terapiya bo'limiga o'tkazishni talab qiladi. Ushbu holatda empirik sxema beta-laktamlar va ftorxinolonlar yoki beta-laktamlar va makrolidlar kombinatsiyasi o'rtasidagi tanlovni ifodalaydi.

VBZ va GZ ni davolash ATS/IDSA tavsiyalariga mos keladi. U ancha uzoq davom etadi, murakkab va VZni davolashga nisbatan keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklardan foydalanishni nazarda tutadi. Bu zotiljam belgilarini erta aniqlash va empirik terapiyani boshlashdan oldin, yuqorida muhokama qilinganidek, sinchkovlik bilan tekshirishni o'z ichiga oladi. Empirik terapiya ushbu mintaqada ustun bo'lgan rezistentlik modellariga, shuningdek, ko'plab dorilarga chidamli mikroorganizmlar bilan og'rikan bemorlar uchun xavf omillariga asoslanadi. Odatda, *S. aureus*, *Pseudomonas* va grammanfiy bakteriyalarni o'z ichiga olgan rejimlar GZ va VBZ bilan og'rikan bemorlar uchun mo'ljallangan. Xavf omillari bo'lmagan bemorlarga odatda piperatsillin/tazobaktam + sefepim + levofloksatsin sxemasi qo'llaniladi. Xavf omillari bo'lgan bemorlar uchun afzal ko'rilgan davolash rejimi aminoglikozidlarning imipenem, meropenem, aztreonam, piperatsillin/tazobaktam, seftazidim yoki sefepim bilan kombinatsiyasini o'z ichiga oladi.

4.14. Differensial diagnostika

Zotiljamning qiyosiy tashxisi bronxial astma, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK), o'pka shishi, xavfli o'smalar, o'pkaning noinfeksion konsolidatsiyalovchi jarayonlari, plevrit, o'pka emboliyasi, yot jism aspiratsiyasi, bronxoektazlar, bronxiolit va boshqalar bilan o'tkaziladi. Agar qiyoslash qiyin bo'lsa, tashxis qo'yish uchun C-reaktiv oqsil, eritrotsitlarning cho'kish tezligi, prokalsitonin darajasi, leykotsitlar soni va harorat kabi parametrlardan foydalanish mumkin.

4.15. Asoratlar

Davolanmagan yoki yetarlicha davolanmagan zotiljam asoratlariga nafas yetishmovchiligi, sepsis, metastatik infeksiyalar, empiyema, o'pka absessi va ko'p a'zolar disfunktsiyasi kiradi.

V-BOB. QURUQ VA EKSSUDATLI PLEVRITLAR

Plevrit bu-plevra varaqlarining yallig‘lanishi bo‘lib, ekssudativ (plevra bo‘shlig‘ida suyuqlik to‘planib qolishi bilan) yoki quruq (fibrinning tushishi bilan) bo‘lishi mumkin. Shuningdek, o‘smalar, jarohatlar va infeksiyalar kabi patologik jarayonlar tufayli kelib chiqadigan yallig‘lanmaydigan plevrit ham mavjud.

5.1. Quruq plevrit

5.1.1. Etiologiyasi (kelib chiqish sabablari)

Quruq plevrit — bu plevra varaqlarining yallig‘lanishi bo‘lib, plevra bo‘shlig‘ida sezilarli suyuqlik to‘planmasligi bilan kechadi. Asosiy sabablari:

Infekzion omillar:

- Sil (tuberkulyoz) — eng ko‘p uchraydigan sabab
- Virusli infeksiyalar (gripp, COVID-19 dan keyin)
- Bakterial pnevmoniyalar (ayniqsa streptokokk, stafilokokk)
- Zamburug‘li infeksiyalar (kam hollarda)

Noinfekzion omillar:

- Revmatik kasalliklar (revmatizm, SLE, revmatoid artrit)
- O‘pka infarkti (o‘pka arteriyasi tromboemboliyasi)
- Ko‘krak qafasi shikastlanishlari
- O‘smalar (o‘pka yoki plevra o‘smalari)
- Uremiya (buyrak yetishmovchiligi)
- Pankreatit
- Jarrohlik amaliyotlaridan keyingi holatlar

5.1.2. Epidemiologiyasi

- Quruq plevrit **ko‘pincha ikkilamchi kasallik** sifatida uchraydi
- Sil kasalligi keng tarqalgan hududlarda (jumladan O‘zbekiston va Markaziy Osiyo) **silga bog‘liq plevritlar ulushi yuqori**
- Har qanday yoshda uchrashi mumkin, ammo:
 - Yoshlar va o‘rta yoshdagilarda — sil bilan bog‘liq
 - Keksalarda — o‘smalar va yurak-qon tomir kasalliklari bilan bog‘liq holatlar ko‘proq
- Erkaklarda ayollarga nisbatan biroz ko‘proq uchraydi
- Ko‘pincha **bir tomonlama** bo‘ladi

5.1.3. Patofiziologiyasi

Quruq plevritda asosiy patologik jarayon plevra varaqlarida kechadi:

1. **Yallig‘lanish boshlanishi**

- Etiologik omil ta'sirida plevra kapillyarlarining o'tkazuvchanligi oshadi
 - Fibrinogen plevra yuzasiga chiqib, **fibringa aylanadi**
2. **Plevra varaqlarining ishqalanishi**
- Suyuqlik kamligi sababli visseral va parietal plevra bir-biriga ishqalanadi
 - Natijada **plevral ishqalanish shovqini** paydo bo'ladi
3. **Og'riq sindromi**
- Parietal plevra nerv tolalariga boy
 - Nafas olganda, yo'talda yoki harakatda kuchli sanchuvchi og'riq paydo bo'ladi
 - Bemor sayoz nafas ola boshlaydi (hipoventilyatsiya)
4. **Asoratlar**
- Agar fibrin rezorbsiyaga uchramasa:
 - Plevral yopishmalar (adhezivlar)
 - Ko'krak qafasining cheklangan harakatchanligi
 - Surunkali pleurit rivojlanishi mumkin

5.1.4. Quruq pleuritlarning tasnifi Klassik klinik-morfologik tasnif (2000–2010-yillar)

Bu davrda quruq pleurit asosan **ekssudat miqdoriga** qarab baholangan.

◆ Morfologik tasnif (2000–2005)

- Quruq (fibrinoz) pleurit
- Ekssudativ pleurit
- Yiringli pleurit (empyema)

👉 Quruq pleurit bu yerda plevra yuzasida fibrin to'planishi, ammo suyuqlik ajralmasligi bilan tavsiflangan.

Etiologik va patogenetik yondashuv (2010–2015-yillar)

Bu davrdan boshlab xalqaro pulmonologiya va torakal jamiyatlar (ERS, ATS) pleuritlarni **kelib chiqishiga qarab** tasniflashni taklif qildi.

Etiologik tasnif (2010–2015)

Quruq pleurit quyidagi sabablar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

- Infekzion:
 - Tuberkulyozli quruq pleurit
 - Virusli pleurit
- Noinfeksion:
 - Autoimmun (REVMA, SLE)
 - Postinfarkt (Dressler sindromi)
 - O'sma bilan bog'liq
- Travmatik
- Uremik

👉 Bu bosqichda quruq plevrit **mustaqil tashxisdan ko‘ra sindrom sifatida** qarala boshlandi.

Klinik kechishi va davomiyligi bo‘yicha tasnif (2015–2020-yillar)

Zamonaviy klinik protokollarda plevritlar **davomiyligi** bilan baholanadi.

Klinik kechishiga ko‘ra (2015–2020)

- O‘tkir quruq plevrit (≤ 3 hafta)
- Subo‘tkir (3–6 hafta)
- Surunkali fibrinoz plevrit (> 6 hafta)

Asosiy shikoyatlar

1. Ko‘krak qafasida og‘riq

- Eng yetakchi belgi
- O‘tkir, sanchuvchi yoki kesuvchi xarakterda bo‘ladi
- Nafas olganda, yo‘talganda, aksirganda yoki chuqur harakatlarda kuchayadi
- Odatda zararlangan tomonda seziladi

2. Nafas olishda og‘riq sababli nafasni cheklash

- Bemor yuzaki va tez-tez nafas olishga majbur bo‘ladi
- Chuqur nafas olishdan qochadi

3. Quruq yo‘tal

- Balg‘am ajralmasdan kechadi
- Yo‘tal og‘riqni kuchaytiradi

4. Nafas qisishi (dispnoe)

- Asosan og‘riq tufayli nafas chuqurligining kamayishi bilan bog‘liq
- Og‘ir hollarda yaqqol seziladi

5. Umumiy holsizlik va tez charchash

- Intoksikatsiya belgilariga bog‘liq

6. Tana haroratining ko‘tarilishi

- Ko‘pincha subfebril ($37\text{--}38\text{ }^{\circ}\text{C}$)
- Agar sabab infeksiyon bo‘lsa, isitma yuqoriroq bo‘lishi mumkin

7. Majburiy holat

- Bemor ko‘pincha og‘riqni kamaytirish uchun zararlangan tomoni bilan yotishga harakat qiladi

Qo‘shimcha belgilar

- Yurak urishining tezlashishi
- Terlash
- Bezovtalik

5.1.5. Quruq plevritda fizikal baholash

Quruq plevrit (pleuritis sicca) da fizikal baholash — ya’ni ko‘rik, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya — tashxis qo‘yishda juda muhim hisoblanadi. Quyida bosqichma-bosqich, aniq va tibbiyot talabalari uchun qulay shaklda keltiraman.

Ko'rik (Inspectio) da quyidagi belgilar aniqlanishi mumkin:

- **Bemorning majburiy holati**
 - 👉 Odatda bemor **og'riqli tomoni bilan yonboshlab yotadi**, chunki bu plevra varaqlari harakatini cheklab, og'riqni kamaytiradi.
- **Nafas olish yuzaki va tez**
 - 👉 Og'riq sababli bemor chuqur nafas olishdan qochadi.
- **Ko'krak qafasining assimetriyasi**
 - 👉 Zararlangan tomonda nafas harakati kamaygan bo'ladi.
- **Yuz ifodasi**
 - 👉 Nafas olganda yoki yo'talda og'riq kuchaygani sababli bemor bezovta ko'rinadi.

Palpatsiya

Palpatsiya vaqtida:

- **Ko'krak qafasi ekskursiyasi kamayadi**
 - 👉 Zararlangan tomonda sezilarli.
- **Ovoz titrashi (vocal fremitus)**
 - 👉 Odatda **saqlangan yoki biroz kamaygan**, chunki suyuqlik yo'q.
- **Mahalliy og'riqlilik**
 - 👉 Qovurg'alar oraliq'ini bosganda og'riq kuchayadi.

Perkussiya

Quruq plevritda perkussiya natijalari ko'pincha:

- **Perkutor tovush deyarli o'zgarmaydi**
 - 👉 Chunki plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planmagan.
- Ba'zan:
 - **Biroz bo'g'iq tovush**
 - 👉 Nafasning cheklanishi va mushaklarning reflektor tarangligi sababli.

📌 **Muhim farq:** Ekssudativ plevritdan farqli ravishda aniq bo'g'iq tovush bo'lmaydi.

Auskultatsiya

Eng muhim diagnostik bosqich 👉

- 🔊 **Plevra ishqalanish shovqini (pleural friction rub)**
 - 👉 Quruq plevrit uchun **eng xos belgi**
 - Nafas olish va chiqarishda eshitiladi
 - Qor yoki charm ishqalanishiga o'xshash
 - Yo'talda yo'qolmaydi
 - Stetoskopni kuchliroq bosganda kuchayadi
- **Nafas tovushlari**
 - 👉 Zararlangan tomonda biroz susaygan

5.1.6. Quruq plevritlarni davolash Quruq plevrit (Fibrinoz plevrit) ni dorilarsiz davolash

Bu usullar yengil va oʻrta ogʻir holatlarda, shuningdek dorilar bilan birga qoʻllanadi.

1 Yotoq rejimi

- Kasallikning oʻtkir davrida **toʻliq dam olish**
- Ogʻriqli tomonda yotish — plevra harakatini kamaytiradi

2 Fizioterapiya usullari

Zamonaviy klinikalarda keng qoʻllaniladi:

- UHF-terapiya
- Elektroforez (novokain, kalsiy bilan)
- Magnitoterapiya
- Ultratovush terapiyasi

→ Yalligʻlanishni kamaytiradi va ogʻriqni yengillashtiradi

3 Nafas mashqlari (reabilitatsiya bosqichida)

- Diafragmal nafas olish
- Plevra yopishmalarining oldini oladi
- Oʻpka hajmini tiklaydi

4 Issiq muolajalar

- Issiq kompresslar
- Parafin yoki ozokerit muolajalari

⚠ Faqat tana harorati normal boʻlganda!

5 Sogʻlom turmush tarzini qoʻllab-quvvatlash

- Oqsilga boy ovqatlar
- Yetarli suyuqlik ichish
- Chekishni toʻxtatish

Quruq plevritni dorilar bilan davolash.

Dorilar **kasallik sababiga qarab** tanlanadi.

1 Ogʻriq va yalligʻlanishga qarshi dorilar (asosiy guruh)

NSAIDlar (nosteroid yalligʻlanishga qarshi):

- Ibuprofen
- Diklofenak
- Ketorolak
- Nimesulid

→ Ogʻriqni kamaytiradi va yalligʻlanishni bosadi

2 Antibiotiklar (agar sabab infeksiya bo'lsa)

Tuberkulyozdan tashqari bakterial infeksiyalarda:

- Amoksitsillin/klavulanat
- Sefalosporinlar (seftriakson)
- Makrolidlar (azitromitsin)

⚠ Faqat shifokor tavsiyasi bilan!

3 Silga qarshi dori vositalari (agar sil sabab bo'lsa)

- Isoniazid
- Rifampitsin
- Etambutol
- Pirazinamid

➡ Ftiziatr nazoratida uzoq muddatli davolash

4 Gormonal preparatlar (og'ir holatlarda)

Agar autoimmun yoki allergik sabab bo'lsa:

- Prednizolon
- Metilprednizolon

➡ Kuchli yallig'lanishga qarshi ta'sir

5 Yo'talga qarshi va yordamchi dorilar

- Yo'talni kamaytiruvchi vositalar
- Vitaminlar (B guruhi, C vitamini)
- Immunitetni qo'llab-quvvatlovchi preparatlar

Quruq plevritni differensial diagnostikasi

Quruq plevrit (fibrinoz plevrit) uchun **differensial diagnostika** juda muhim, chunki ko'krak qafasidagi og'riq va nafas bilan bog'liq belgilar ko'plab kasalliklarda uchraydi:

1. O'tkir pnevmoniya (ayniqsa boshlang'ich bosqichi)

O'xshash tomonlari:

- Ko'krak og'rig'i
- Isitma
- Nafas qisilishi

Farqlovchi belgilar:

- Pnevmoniyada: balg'amli yo'tal, nam xirillashlar
- Rentgenogrammada o'pka infiltratsiyasi
- Quruq plevritda: infiltratsiya yo'q, plevra shovqini ustun

2. Eksudativ plevrit

O‘xshash tomonlari:

- Ko‘krak og‘rig‘i
- Nafas qisilishi

Farqi:

- Eksudativ plevritda suyuqlik to‘planadi
- Perkussiyada tovush bo‘g‘iq
- Rentgen/UZI‘da pleural suyuqlik aniqlanadi
- Quruq plevritda suyuqlik yo‘q yoki minimal

3. Interkostal nevrалgiya

O‘xshash tomonlari:

- Ko‘krak qafasida og‘riq

Farqlovchi belgilar:

- Og‘riq tana holatini o‘zgartirganda kuchayadi
- Nafas bilan bog‘liqligi kam
- Plevra ishqalanish shovqini yo‘q
- Umumiy yallig‘lanish belgilarisiz kechadi

4. Miokard infarkti

O‘xshash tomonlari:

- Ko‘krak sohasida og‘riq

Farqi:

- Og‘riq bosuvchi, siquvchi xarakterda
- Chap qo‘l, bo‘yin, jag‘ga tarqaladi
- Nafas bilan bog‘liq emas
- EKG va troponinlar o‘zgaradi
- Quruq plevritda EKG normal

5. Perikardit

O‘xshash tomonlari:

- Nafas olganda og‘riq
- Ishqalanish shovqini

Farqlovchi belgilar:

- Perikard ishqalanish shovqini yurak sohasida
- Og‘riq o‘tirganda kamayadi, yotganda kuchayadi
- EKG‘da diffuz ST ko‘tarilishi

6. O‘pka arteriyasi tromboemboliyasi (O‘ATE)

O‘xshash tomonlari:

- To‘satdan ko‘krak og‘rig‘i
- Nafas qisilishi

Farqi:

- To‘satdan boshlanish
- Taxikardiya, sianoz
- D-dimer yuqori
- KT-angiografiyada tromb aniqlanadi

5.1.7. Quruq plevritning asosiy asoratlari

1. Ekssudativ plevritga o'tishi

Eng ko'p uchraydigan asorat. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik (ekssudat) to'planadi.

→ Nafas qisishi kuchayadi, ko'krak qafasida og'irlik seziladi, perkussiya va auskultatsiyada o'zgarishlar paydo bo'ladi.

2. Plevra bitishmalari (adeziyalar)

Fibrin cho'kishi natijasida plevra varaqlari bir-biriga yopishib qoladi.

→ O'pkaning harakatchanligi kamayadi, surunkali ko'krak og'rig'i va nafas yetishmovchiligi yuzaga kelishi mumkin.

3. Plevra fibrozlashuvi (plevroskleroz)

Uzoq davom etgan yallig'lanish plevraning qalinlashuviga olib keladi.

→ O'pka to'liq yozila olmaydi, ventilyatsiya buziladi.

4. Surunkali plevrit rivojlanishi

Quruq plevrit davolanmasa yoki asosiy sabab (sil, pnevmoniya, revmatizm va b.) bartaraf etilmasa, kasallik surunkali shaklga o'tadi.

→ Doimiy og'riq, tez charchash, jismoniy faollikning cheklanishi.

5. Nafas yetishmovchiligi

Ayniqsa ikki tomonlama plevritda yoki bitishmalar kuchli bo'lsa kuzatiladi.

→ Gipoksiya, yurak-qon tomir tizimiga ortiqcha yuk tushadi.

6. Asosiy kasallikning og'irlashuvi

Quruq plevrit ko'pincha pnevmoniya, sil, o'pka infarkti, revmatik kasalliklar fonida rivojlanadi.

→ Plevrit davolanmasa, asosiy kasallik ham nazoratdan chiqadi.

5.2. Ekssudatli plevritlar

Ekssudatli plevrit — bu plevra varaqalari yallig'lanishi natijasida plevra bo'shlig'iga yallig'lanish suyuqligi (**ekssudat**) to'planishi bilan tavsiflanadigan klinik sindrom. Ekssudat yallig'lanish jarayonida tomirlar va limfa tomirlarining o'tkazuvchanligi oshishi tufayli hosil bo'ladi va uch xil asosiy belgi bilan ajraladi: yuqori oqsil kontsentratsiyasi, yuqori hujayra soni va yallig'lanish markerlarining oshishi.

Ekssudatli plevritlar suyuqligi sifatiga ko'ra:

- **seroz**
- **fibrinoz (quruq-ekssudat)**
- **gemorragik (qon aralash)**
- **yiringli (empiema)**
- **xilezli / eozinofilli va boshqalar** bo'lishi mumkin.

5.2.1. Etiologiyasi:

Ekssudatli plevrit ko'pincha **ikkinchi darajli klinik topilma** bo'lib, u boshqa yallig'lanish yoki tizimli kasalliklar fonida yuzaga keladi. Etiologik omillar quyidagicha guruhlarga bo'linadi:

◆ Infeksiyon omillar

- **Tuberkuloz** — dunyo bo'yicha ekssudatli plevritning eng ko'p uchraydigan sababi hisoblanadi, ayniqsa tuberkuloz tarqalgan mintaqalarda.
- **Bakterial pnevmoniya bilan bog'liq parapnevmonik effuziya va 54erment** — yallig'lanish agenti to'g'ridan-to'g'ri pleural bo'shliqqa kirib, yiringli jarayon keltiradi.
- **Zamburug'li / parazitlar infeksiyalar** (kam holatlarda).

◆ Neoplastik sabablari

- **Malignitetlar** — ayniqsa **o'pka raki**, shuningdek metastatik kasalliklar pleura bo'shlig'ida ekssudat hosil bo'lishiga olib keladi.

◆ Sistemik yallig'lanish va 54ermentativ kasalliklar

- Kollagenozlar (masalan, revmatoid artrit, sistemik lupus) natijasida ekssudatli plevrit yuzaga kelishi mumkin.

◆ Boshqa sabablar

- **Travma va jarohatlar**
- **Plevra boshlangan 54ermentative jarayonlar** (masalan, pankreatit bilan bog'liq)
- **Pulmonar emboliya (PE)** bilan bog'liq pleural effuziya — plevrit og'rig'i bilan kuzatilishi mumkin.

5.2.2. Epidemiologiya — qanchalik keng tarqalgan?

Aniq 54tastic ma'lumotlarni olish qiyin, chunki ekssudatli plevrit ko'pincha boshqa kasalliklar (yurak yetishmovchiligi, pnevmoniya, malignitet, sil) natijasida yuzaga keladi. Biroq klinik tajribalarda quyidagilar qayd etilgan:

- Butun dunyoda **pleural enffuziya** (ekssudat yoki transsudat) kamida **yiliga 1,5 mln holatda** uchraydi (AQSh bo'yicha tahmin) va bu holatlar asosan plevrit belgilarini o'z ichiga oladi.
- Ekssudatli plevritlarda eng ko'p uchraydigan sabablar — **tuberkuloz va malignitet**, ayniqsa o'pka raki.
- Tuberkuloz eng ko'p uchraydigan sabab bo'lgan hududlarda, ekssudatli plevrit hollari umumiy pleural effuziya holatlarining **40% dan ortig'ini** tashkil qilishi mumkin.
- Yosh bo'yicha taqsimot shuni ko'rsatadiki: tuberkuliozli ekssudatli plevrit ko'pincha **yoshroq bemorlarda** (o'rtacha ~38–40 yosh) uchraydi, malign plevrit esa **kattaroq yosh guruhida** ko'proq aniqlanadi.

Statistik ma'lumotlar hududlar bo'yicha farqlanadi va rivojlangan/davlatlarda tuberkulozning tarqalish darajasi plevrit sabablari tarkibini sezilarli darajada o'zgartiradi.

5.2.3. Patofiziologiya — kasallik jarayoni qanday rivojlanadi?

Ekssudatli plevritning patofiziologik mexanizmi yallig'lanish jarayoni, tomir o'tkazuvchanligini oshishi va suyuqlikning plevra bo'shlig'iga to'planishi bilan izohlanadi:

1. Yallig'lanish qo'zg'atuvchisi ta'siri (infeksiya, immun tizimi reaksiyasi, o'sma) →
2. Plevra kapillyarlarining o'tkazuvchanligi oshadi →
3. Yallig'lanish suyuqligi (ekssudat) plevra bo'shlig'iga o'tadi →
4. Suyuqlik bosimi oshadi, limfa drenaji buziladi → ekssudat to'planadi →
5. Suyuqlik ko'payishi → ko'krak qafasi bosimi, nafas olish qiyinligi, o'pkani siqishi, keyinchalik empyema yoki fibrotik o'zgarishlarga olib keladi.

Agar jarayon yiringlashsa (empiema), suyuqlikda yiring hujayralari va mikroblar ko'payadi, bu esa jarayonni og'irlashtiradi va surunkali silindrga olib kelishi mumkin.

5.2.4. Gistopatologik o'zgarishlar (mikroskopda)

A. Plevra to'qimasining yallig'lanishi

Ekssudatli plevritda plevra qatlamlari (parietal va visseral) yallig'lanadi va quyidagi mikroskopik o'zgarishlar kuzatiladi:

1. **Mesotellyal hujayralarning reaktiv o'zgarishi**
 - Normal mesotellyal qatlam buziladi, hujayralar shishgan va ko'paygan bo'ladi.
 - Polinuklear va mononuklear hujayralar infiltrati paydo bo'lishi mumkin.
2. **Inflammasiya infiltratlari**
 - **Polimorfonuklear leykotsitlar (neytrofillar)** ko'proq yiringli yoki og'ir yallig'lanishda ko'rinadi.
 - **Limfotsitlar** ko'proq surunkali yoki TB bilan bog'liq plevritda bo'ladi.
 - **Eozinofillar** ba'zan allergik yoki eozinofilli plevritlarda kuzatiladi.
3. **Fibrin hosil bo'lishi va fibrinoz qatlamlar**
 - Yallig'lanish natijasida pleura yuzasida **fibrin** yig'ilishi va o'ziga xos fibroz plyonka hosil bo'lishi mumkin. Bu klinik jihatdan *loculated* (bo'shliqchaga ajralgan) effuziyaga olib keladi.
4. **Fibrinolitik jarayonlar / fibroz**
 - Surunkali yallig'lanishda fibrin so'rilishi o'rniga uni o'rab oluvchi **fibroz to'qima** hosil bo'lishi ham uchraydi.

3. Maxsus patologik turlar

◆ A. Granulomatoz plevrit

- **Granulomalar** izolyatsiyalangan yallig'lanish to'plamlaridir (masalan, tuberkulioz) — makrofaglar, epiteloid hujayralar va ba'zan **gigant hujayralar** bilan.
- Bu holat tuberkulyoz yoki sarkoidoz kabi kasalliklarda ko'riladi.

◆ B. Eozinofilik plevrit

- Eozinofillar ko'p bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu allergik reaksiyalar yoki qon va havo plevra bo'shlig'iga kirganda uchraydi.

◆ C. Rheumatoid plevit

- Rheumatoid artrit bilan bog'liq plevritda **pseudostratifikatsiyalangan epiteloid hujayralar, multinuklear gigant hujayralar** va nekrotik material topiladi. Bu juda tipik va diagnostik bo'lishi mumkin.

4. Plevra biopsiya va histopatologik diagnostika

Agar ekssudatli effuziyaning sababi noma'lum bo'lsa yoki TB / malignitet shubhali bo'lsa, **plevra biopsiyasi** amalga oshiriladi:

- **Granulomatous inflammation** (masalan, TB) yoki **malign hujayralar** aniqlanadi.
- **Non-specific pleuritis** — aniq sabab aniqlanmaydigan holatlar uchun ishlatiladi, lekin yallig'lanish, fibrinoz plyonka va vaskulyar proliferatsiya bo'lishi mumkin.

5. Kliniko-patologik muhim jihatlar:

O'zgarish turi	Patologik topilmalar	Klinik ahamiyati
Ekssudat ko'payishi	Ko'p oqsil va hujayrali suyuqlik	Yallig'lanish, kasallik etiologiyasi izlanadi
Yallig'lanish infiltrati	Neytrofillar / limfotsitlar	Infeksiya yoki immun Holat
Fibrin va fibroz	Fibrinli plyonka, adhesiyalar	Effuzion lokulyatsiya, surunkali plevrit
Granulomalar	Makrofag + epiteloid to'plamlar	TB va granulomatoz kasalliklar

O'zgarish turi	Patologik topilmalar	Klinik ahamiyati
Gigant hujayralar	Rheumatoid, malign o'zgarishlar	Differensial diagnostika

5.2.5. Ekssudatli plevrit bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari va fizik tekshiruvlari

1. Asosiy shikoyatlar (anamnez)

Ekssudatli plevritda bemorlar quyidagi klinik shikoyatlarni bildiradi:

- ◆ 1) Qorinchaga chiqadigan nafas olish og'riqi (pleuritik og'riq)
 - Og'riq odatda yo'g'on, kesuvchi, o'tkir.
 - Ko'pincha bir tomonlama bo'ladi.
 - Chuvalchang nafas olganda yoki yo'talganda kuchayadi.
 - Bemor ko'pincha og'riqsiz pozitsiya izlaydi (og'riq kamayadigan yon holat).
- ◆ 2) Nafas olishning buzilishi
 - **Qisqa nafas olish** (dispnoe) — suyuqlik plevra bo'shlig'ini to'sib, o'pkani siqadi.
 - Og'ir holatlarda dam olishda ham nafas qisqarishi bo'lishi mumkin.
- ◆ 3) Yo'tal
 - Asosan quruq yo'tal, ammo ba'zan yo'tal boshlanganida og'riq kuchayadi.
 - Balg'am bo'lishi hissa qo'shmasligi mumkin.
- ◆ 4) Umumiy belgilar
 - Isitma/tempratura ko'tarilishi — infeksiyon sabablar (pnevmoniya, o'tkir plevrit)da.
 - Charchoq, umumiy holsizlik.
 - Ayrim hollarda tana vazni kamayishi (surunkali kasalliklarda).

2. Fizik tekshiruv belgilari

Shifokor holatni tekshirayotganda quyidagi asosiy fizik belgilarga e'tibor beradi:

- ◆ 1) Kimyoviy belgilar
 - ✎ *Tana temperaturasining ko'tarilishi*
 - Plevrit sababiga qarab (masalan, bakterial) isitma kuzatiladi.
- ◆ 2) Nafas harakati pasayishi
 - Suyuq to'planish bo'lgan tarafda nafas harakati sezilarli susayadi.
- ◆ 3) Perkussiya (tupurish tekshiruvi)
 - Suyuq to'planish joyida damp (toqilib ketgan) tovush eshitiladi.
 - Bu odatiy havo to'la o'pkadagi rezonans tovushidan past.

◆ 4) Auskultatsiya (steteskop bilan tinglash)

Belgilar	Izoh
Naushir tovushlarning pasayishi yoki yo‘qolishi	Suyuq faza tovushni o‘tkazmaydi
Bronxial nafas tovushi	Atipik hollarda, yaqin strukturadan eshitilishi mumkin
Egofon tovushi	“E—A” o‘zgarishi; pleural enffuziya yuqori chetlarda

◆ 5) Fizik pozitsiyaga bog‘liq belgilar

Flukuatsiya belgisi

- Bemor yonboshlab ikki qo‘l bilan ko‘krakni ushlaganda suyuqlik fazasini sezish mumkin.

Shifting dullness (percussionda o‘zgarish)

- Bemor yon tomonga burilganda pleural suyuqlik joyi o‘zgaradi — perkussiya to‘lishi ham o‘zgaradi.

◆ 6) Boshqa umumiy belgilar

- **Tachipnoe** (tez nafas olish)
- **Takikardiya** (tez yurak urishi) – og‘riq yoki gipoksiya sababli.
- Past nafas shovqinlari — suyuqlik to‘planish bilan bog‘liq.
- Ba‘zan **siydik chiqarish kamayishi, shish** — og‘ir holatlarda sistemik belgi.

3. Sabablarga ko‘ra farqlanishi mumkin bo‘lgan belgilarga qisqacha izoh

Ekssudatli pleurit sabablari turlicha bo‘ladi: bakteriologik (pnevmoniya), virusli, onkologik, revmatik, tromboembolik va boshqalar — shuning uchun anamnez va fizik tekshiruvdan tashqari laborator testlar zarur:

5.2.6. Ekssudatli plevritlarni differensial diagnostikasi:

1. Ekssudat va transsudat suyuqliklar farqi:

- **Ekssudat** — yallig‘lanish sharoitida keladi, yuqori oqsil, hujayra moddalariga boy.
- **Transsudat** — sistemik holatlar tufayli (masalan, yurak yetishmovchiligi), past oqsil.

Differensial diagnostika — bu boshqa kasalliklar bilan ajratib ko‘ra olish uchun olib boriladigan tahlil va baholash jarayoni.

2. Ekssudatli plevrit etiologiyasi (qaysi sabablar bo‘ladi?)

Ekssudatli plevrit ko‘plab kasalliklarda uchraydi. Asosiy sabablar:



Infeksiya sababli

- Bakterial plevrit / Empiema
- Tuberkulyoz plevriti
- Viral plevritlar
- Göbebi etiologiyasi (mantar)



Tutaşuvchi yallig‘lanishlar

- Pnevmoniya bilan birga eksudat
- Lung abscessi
- Post-pnevmonik komplikatsiyalar



Tumorlar

- Plevra metastazlari (masalan, ko‘krak yoki o‘pka saratoni)
- Mezotelioma



Autoimmun va yallig‘lanish kasalliklari

- Revmatik kasalliklar (revmatizm, sistemik lupus)
- Rheumatoid artrit
- Behcet sindromi



Boshqa sabablar

- Plevral infarkt
- Travma
- Pancreatitis bilan bog‘liq plevrit



3. Differensial diagnostika bosqichlari

Differensial diagnostika — bu klinik belgilar, laborator tahlillar va tasviriy diagnostika orqali sababni aniqlash.



3.1. Klinik belgilarga qarab:

Belgilar

Imkoniy sabab

Yuqori tana harorati, titroq

Infeksion plevrit, empiema

Og‘riqni nafas olishda kuchayishi

Plevra yallig‘lanishi

Surunkali holat, vazn yo‘qotish

Tuberkulyoz, malignitet

Qo‘shimcha og‘riqlar:
bo‘g‘imlarda, teri toshmalari

Autoimmun



3.2. Fizik tekshiruv:

- Perkussiya (chopish) — plevral suyuqlikda “tekis tovush”
- Stetaskopda — nafas shovqinining kamayishi

- Ekskursiya belgisi — suyuqlikning pastki chegaralari aniq seziladi

3.3. Rentgen va tasviriy tekshiruvlar

- Oddiy rentgen — plevra bo‘shlig‘ida oq rangda to‘plangan suyuqlik
- Ultratovush (UZI) — suyuqlik miqdori va xususiyatlari
- KT — murakkab holatlarda diagnostika

3.4. Plevral suyuqlik tahlili (plevrosentez)

Bu — eng muhim bosqich.

Ekssudat diagnostikasi mezonlari (Light’s criteria):

1. Plevra suyuqligi oqsili / qon oqsili > 0.5
2. Plevra LDH / qon LDH > 0.6
3. Plevra LDH $>$ yuqori me‘yorning 2/3 qismi

Agar shu mezonlardan biri bajarilsa — *ekssudat* deb hisoblanadi.

Plevral suyuqlik tahlili:

- Cell count (leykotsitlar, limfotsitlar)
- Gram bo‘yash + madaniyat
- AFB (tuberkulyoz uchun)
- Biokimyo: LDH, protein, glukoza
- Sitologiya (malign hujayralar)

4. Ekssudatli plevritni boshqa holatlar bilan ajratish

✓ Transsudatli suyuqlik bilan:

- Yurak yetishmovchiligi
 - Siroz
- Ajratish mezonlari: Light’s criteria orqali.

✓ Empiema bilan:

- Yuqori tana harorati
- Purulent (pustu) suyuqlik
- Grammat bo‘yashda mikroorganizmlar topiladi
- Qalinlangan plevral qop

✓ Tuberkulyoz plevrit:

- Uzoq davom etuvchi holat
- Limfotsitar dominanta cell count
- AFB pozitif

✓ Malign plevrit:

- Sitologiyada hujayralar aniqlanadi
- Ko‘p hollarda surunkali belgilar
- Qayta-qayta to‘planuvchi plevral suyuqlik

5. Klinik misolga qarab yondashuv

- Febril holat + yuqori leykotsitlar → *infeksion plevrit*
- Sitologiya musbat → *malign plevrit*

- Lymphocytosis + AFB ijobiy → *tuberkulyoz*
- Oqsil past, transsudat mezoni yuqmaydi → *transsudat*

6. Qanday qo‘shimcha tekshiruvlar kerak bo‘lishi mumkin?

- **Bronkoscopiya** — plevral saraton shubhasida
- **Pleuroscopiya** — plevra to‘qimalarini ko‘rish
- **Immunologik testlar** — autoimmun holatlar
- **TB testlari (Mantoux, IGRA)** — tuberkulyozni aniqlash

5.2.7. Ekssudatli plevritning oqibatlari (komplikatsiyalar)

Ekssudatli plevrit o‘z-o‘zidan yoki noto‘g‘ri/kechikkan davolanish natijasida quyidagi jiddiy oqibatlarga olib kelishi mumkin:

1) Nafas olishning yomonlashishi

To‘planayotgan suyuqlik o‘pkani siqadi va kislorod almashinuvi buziladi — bu *qisqa nafas olish*, «nafas yetmaydi» hissi va sianoz (teri ko‘karishi) bilan namoyon bo‘lishi mumkin.

2) Empiema (yiringli plevrit)

Ekssudatda infeksiya rivojlanib, suyuqlik yiringga aylanadi — bu *eng og‘ir asorat* va tezda shifokor aralashuvini talab qiladi.

3) Plevra varaqlari orasida yopishqoqliklar (spaykalar) va fibroz

Plevra varaqlari bir-biriga yopishib qoladi, bu esa o‘pkani kengaytirishda cheklov yaratadi va nafas olish funksiyasini kamaytiradi. Bu jarayon surunkali bo‘lishi va uzoq muddat mosharafni talab qilishi mumkin.

4) Qaytalanuvchi ekssudat to‘planishi

Agar asosiy sabab (masalan, saraton yoki surunkali infeksiya) tuzatilmasa, plevrit qaytalanadi.

5) Re-ekspansiya pleвроpulmonar shishi

Agar suyuqlik juda tez va ko‘p miqdorda chiqarilsa, o‘pka keskin qayta kengayadi va shish (edema) yuzaga kelishi mumkin, bu ham xavfli komplikatsiya.

5.2.8. Ekssudatli plevritni davolash

Davolash ikki yo‘nalishda bo‘ladi: **asosiy sababni bartaraf etish** va **ekssudat/komplikatsiyalarni davolash**.

A. Asosiy sababni davolash

Bu plevritning kelib chiqish sababiga qarab farqlanadi:

- **Infektsion sabablar (pnevmoniya, yiringli plevrit):** antibiotiklar.
- **Silga bog‘liq plevrit:** bir necha oylik antituberkulyoz terapiya (masalan isoniazid, rifampitsin va boshqalar).
- **Saratonli plevrit:** onkologik terapiya yoki palliativ yondashuv.
- **Autoimmun kasalliklarda:** steroidlar yoki immunomodulyatorlar.

□ B. Ekssudatni boshqarish

◆ 1. Torakotsentez (punksiya)

Ko‘pincha **diagnostik va davolovchi** usul bo‘lib, plevra bo‘shlig‘idan suyuqlik chiqariladi. Bu simptomlarni yengillashtiradi.

◆ 2. Drenaj (ko‘krak naychasi)

Agar suyuqlik ko‘p bo‘lsa yoki qaytalanayotgan bo‘lsa, uzluksiz drenaj qo‘yiladi.

◆ 3. Pleurodez (plevral yopishtirish)

Suyuqlik tez-tez qaytalarni to‘xtatish uchun plevra pardalarini bir-biriga yopishtiruvchi moddalar bilan ishlov beriladi (talk, doxycycline).

◆ 4. Jarrohlik (decortication)

Agar suyuqlik yoki yiring ko‘p joylarda yopishmalarga olib kelgan bo‘lsa, jarrohlik aralashuvi talab qilinishi mumkin.

4. Qo‘shimcha yordamchi chora-tadbirlar

- **Analgetiklar/NSAID:** og‘riqni kamaytirish uchun.
- **Nafas gimnastikasi va fizioterapiya:** o‘pkani kengaytirishga yordam beradi.
- **Chekishni tashlash va immunitetni mustahkamlash** — umumiy tiklanishga ko‘maklashadi.

5.2.9. Asoaiy farmakologik muolajalar

✚ 1. Etiologik (asosan sababga yo‘naltirilgan) davolash

Bu eng muhim qism hisoblanadi — asosiy kasallikni davolash orqali plevrit tamponlanadi:

✓ Infekcion sababli:

- Bakterial plevrit / parapneumonik effuziya: **antibiotiklar** (spektrga qarab) — odatda penitsillin, cefalosporinlar, metronidazol kabi preparatlar buyuriladi.
- Silga bog‘liq plevrit: **antituberkulyoz terapiya** (izoniazid, rifampitsin, pirazinamid, etambutol) — bu uzun davom etadi (oylar).

✓ Revmatik yoki otoimmün plevrit:

- **NSAID** — yallig‘lanish va og‘riqni kamaytiradi
- **Glyukokortikosteroidlar** — kuchli yallig‘lanish holatlarida buyuriladi.

✚ 2. Simptomatik davolash

Bu bemorning holatini yengillashtirishga qaratilgan:

- **Analgetiklar** — ko‘krak og‘rig‘ini kamaytirish uchun (paratsetamol, ibuprofen)
- **Antitusiv (yo‘talga qarshi)** vositalar — agar yo‘tal juda kuchli bo‘lsa
- **Diuretiklar** — agar ortiqcha suyuqlik organizmda boshqa holatlar (masalan, yurak yetishmovchiligi) bilan bog‘liq bo‘lsa
- **Kortikosteroidlar** — ayrim otoimmün holatlarda yallig‘lanishni tez kamaytiradi.

3. Invaziv farmakologik/uslubiy protseduralar

Bu dorilar orqali emas, balki invaziv intervension usullar orqali amalga oshiriladi:

Torakotsentez (plevra punksiyasi):

- Suyuqlikni chiqarib tashlash symptomlarni yengillashtiradi
- Olingan suyuqlik tahlil uchun yuboriladi
- Bir martada odatda 1,0–1,5 l dan ortiq sug'urib olinmasligi tavsiya etiladi.

Drenaj (ko'krak naychasi):

- Ko'proq shovqinli yoki yiringli holatlarda suyuqlikni doimiy chiqarish
- Agar yiringli yoki murakkab effuziya bo'lsa, plevral bo'shliqni yuvish + antibiotik berilishi mumkin.


Pleurodez (plevral bo'shliqni yopishtirish):

- Takrorlanuvchi, jiddiy effuziyalarda plevra qavatlarini yopishtirib, suyuqlik qaytishini oldini olish uchun kimyoviy modda (talc yoki boshq.) kiritiladi.

5.2.10. Nofarmakologik chora-tadbirlari

1. Nafas olish mashqlari (rehabilitatsiya)

- Maxsus nafas olinish mashqlari diafragma harakatchanligini va o'pkani kengaytirishni yaxshilaydi
- Tadqiqotlarda fizik terapiya o'pka funksiyasini yaxshilashini ko'rsatgan.

 Egzersizlar shifokor tavsiyasiga asosan bajarilishi kerak.

2. Sog'lom turmush tarziga oid chora-tadbirlar

- **Yetarli dam olish** — tiklanishni tezlashtiradi.
- **Gidratatsiya (ko'p suyuqlik ichish)** — balg'amni yupqalaydi, nafas olishni osonlashtiradi.
- **Toza havo, chekishdan voz kechish** — plevritni yomonlashtiruvchi omillarni kamaytiradi.

3. Qo'shimcha sog'lomlik omillari

- **Balansli ovqatlanish** — organizmni tiklash uchun vitamin, mineral bilan boy
- **Fizioterapiya** — og'riqni kamaytirish va ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

4. Qachon shoshilinch shifokor ko'rinishi kerak?

Agar quyidagilar kuzatilsa:

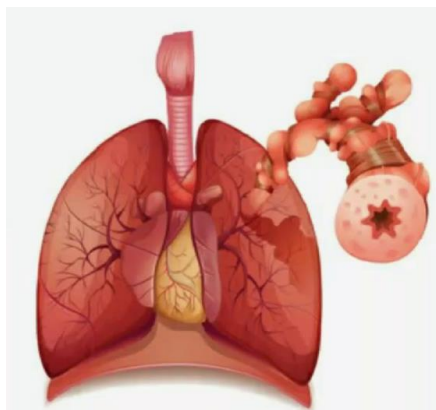
- Nafas qiyinligi kuchayadi
- Issiqlik yuqori bo'lib qoladi
- Ko'krak og'rig'i kuchayadi
- Tomirlar yoki tomchilarning yiring chiqishi

 Darhol tibbiy yordamga murojaat qiling.

5. Davolash prinsiplari — qisqacha reja

1. Etiologik sababni aniqlash va yo‘qotish
2. Yallig‘lanish va og‘riqni kamaytirish
3. Suyuqlikni tiklanish bosqichida chiqarish (zarurat bo‘lsa)
4. Reabilitatsiya va nofarmakologik qo‘llab-quvvatlash

VI-BOB. BRONXIAL ASTMA



Bronxial astma - nafas yo'llarining surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, nafas yo'llarining giperreaktivligi bilan bog'liq bo'lib, bu hushtaksimon nafas olish, nafas qisilishi, ko'krak qafasining siqilishi va yo'talning takrorlanishiga olib keladi, ayniqsa tunda yoki erta tongda. Ushbu epizodlar odatda keng ko'lamli, ammo o'zgaruvchan nafas yo'llari obstruksiyasi bilan bog'liq bo'lib, ko'pincha o'z-o'zidan yoki davolanish bilan qaytariladi.

6.1. Kasallanish darajasi

Dunyo bo'ylab astmaning tarqalishi taxminan 200 million kishini tashkil qiladi va o'lim har yili taxminan 0,2 million kishini tashkil qiladi. Hisob-kitoblarga ko'ra, Hindistonda astma yuki 15 milliondan ortiq kishini tashkil qiladi. Turli dala tadqiqotlarida va aholining ma'lum guruhlarida qayd etilgan astmaning aholi orasida tarqalishi turlicha.

Astma har qanday yoshda boshlanishi mumkin, lekin ko'pincha bolalar va yoshlar astma bilan kasallanadi. Astmani davolashning iloji bo'lmasa-da, to'g'ri davolash orqali uning klinik epizodlarini oldini olish va nazorat qilish mumkin. Astmaning aniq sababi noma'lum. Inson va atrof-muhit bilan bog'liq ko'plab xavf omillari mavjud. Inson omillari genetik moyillik, atopiya, nafas olish yo'llarining giperreaktivligi, jins va irq/etnik mansublikdir. Ekologik xavf omillariga ichki va tashqi allergenlar, professional sensibilizatorlar, tamaki tutuni va havoning ifloslanishi, respirator infeksiyalar, parazitlar infeksiyalar, ijtimoiy-iqtisodiy omillar, oila kattaligi, parhez, giyohvand moddalar va semizlik kiradi.

6.2. Diagnostika

Alohida xirillashlar, hansirash bilan xirillashlar, jismoniy zo'riqishda hansirash, shamollash bo'lmaganda xirillashlar, ko'krak qafasining tungi siqilishi, tungi yo'tal, tungi hansirash, surunkali balg'am ajralishi va surunkali yo'tal anamnezi to'liq yig'iladi. Muhim jismoniy ma'lumotlar xirillashlar, ko'krak qafasining haddan tashqari zo'riqishi, taxipnoe, taxikardiya, yordamchi nafas mushaklaridan foydalanish, sianoz, uyquchanlik va allergik rinit yoki sinusitdir.

Qiyosiy tashxis qo‘yishda doimo o‘tkazuvchanlikning chegaralangan yoki tarqalganligiga e‘tibor bering. Tarqalgan astma holatida astmani o‘pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O‘SOK) va chap qorincha yetishmovchiligidan farqlang. Mahalliy obstruksiya o‘sma, yot jism, aspergillez, ko‘ks oralig‘i limfadenopatiyasi yoki hiqildoq nervi falaji tufayli yuzaga kelishi mumkin.

1-jadval

Astma va O‘SOK o‘rtasidagi farq

	Astma	O‘SOK
Boshlanish	Istalgan vaqtda	Katta hayotning o‘rtasi va oxiri
Chekish	+	++
Yo‘tal va balg‘am	Kamroq ishlatiladi	Umumiy
Jismoniy zo‘riqishdagi nafas qisilishi	O‘zgaruvchi	Ilg‘or
Tungi alomatlar	Umumiy	G‘ayrioddiy
Nafas yo‘llari obstruksiyasi	Sutkalik o‘zgarish	Kichik variatsiya
KSGa javob reaksiyasi	Yaxshi	15-20%
Nomaxsus BHR	Aksariyat bemorlar	Faqat kam sonli bemorlarda

Har qanday bemorda astma tashxisini ikki bosqichli yondashuv sifatida ko‘rib chiqish mumkin. Birinchi qadam tashxisga klinik shubha qilish va astmaga o‘xshash alomatlarni istisno qilishga urinish, keyingi qadam esa shubhali holatlarda laboratoriya tekshiruvlari asosida tashxisni tasdiqlashni o‘z ichiga oladi. Tibbiy yordamning birlamchi va ikkilamchi darajalarida polk tibbiy xizmati ofitseri va periferik hospital shifokori mos ravishda asosan klinik tashxis qo‘yadi. Kasallikning qaytuvchanligi va og‘irligini tasdiqlash uchun pikfloumetrdan foydalanish kerak. Pikfloumetrlar keng tarqalgan bo‘lib, bemorga ertalab va kechqurun oqimning eng yuqori tezligini qayd etish bo‘yicha ko‘rsatma berish kerak. Sutkalik tebranish 20% dan ortiq bo‘lsa diagnostik hisoblanadi.

Uchinchi tibbiy yordam darajasida spirometriya tavsiya etiladi. Teri sezuvchanligi bo‘yicha keyingi testlar allergenlarni aniqlashi mumkin.

Astmaning yakuniy davosi yo‘q, ammo kasallikni dori-darmonlar bilan yetarli darajada nazorat qilish mumkin. Astmaning optimal nazorati minimal surunkali alomatlarni, minimal zo‘rayishlarni va minimal foydalanish zaruratini o‘z ichiga oladi. 2- agonist, jismoniy yuklamalar va PSV o‘zgaruvchanligi 20 foizdan kamni o‘z ichiga olgan faoliyatda hech qanday cheklovlar yo‘q.

Davolash boshlanishidan oldin og‘irlik darajasini baholash muhim ([2-jadval](#)) va bemorni har qanday klinik xususiyatlar yoki o‘pkaning funksional testlari asosida yuqori og‘irlik toifasiga kiritish lozim.

Astmaning og'irlik darajasi tasnifi

	Alomatlari	Tungi alomatlar	FEV1/PSV
4-bosqich	Uzluksiz	Ko'p uchraydigan	<60% bashorat qilingan
Jiddiy			o'zgaruvchanlik >30%
qat'iy			
3-bosqich	Har kuni	>haftasiga 1 marta	60-80%
Mo'tadil			bashorat qilingan
qat'iy			o'zgaruvchanlik >30%
2-bosqich	>haftasiga 1 marta	>2 marta	>80% bashorat qilingan
Yumshoq	lekin <1 marta	Oy	o'zgaruvchanlik
qat'iy	kun		20-30%
1-bosqich	< haftada 1 marta	<2 marta	>80%
Uzluqli		Oy	bashorat qilingan

Asosiy dori terapiyasi. Astma yallig'lanish kasalligi bo'lib, davolashdan maqsad yallig'lanishga qarshi dorilar va qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida yallig'lanishni kamaytirishdir. Giyohvand moddalarni nazoratchilar bo'yicha guruhlash mumkin; yallig'lanish va yordamchi vositalarni nazorat qiluvchi; simptomatik yengillikni ta'minlovchi (3-jadval).

Dori terapiyasi

Kontrollerlar	Reliferlar
Ingalyatsion steroidlar	Agonistning qisqa ta'siridan nafas olish
Uzoq muddat ta'sir qiluvchi agonistlar	Ingalyatsion antixolinergik vositalar
Leykotriyen retseptorlari antagonistlari	Og'iz orqali qabul qilinadigan teofillinlar
	(qisqa muddatli ta'sir)
SR Teofillin	

Ingalyatsion yo'l kortikosteroidlar (KS) bilan davolashning eng yaxshi usuli hisoblanadi, chunki u preparatni manzilga yetkazishni ta'minlaydi, tezroq ta'sir ko'rsatadi, kichik dozalarni talab qiladi va oson qabul qilinadi. Peroral steroidlar ko'proq nojo'ya ta'sirlarga ega va astmani davolashda IGKS oldida ustunlikka ega emas. Lekin ular og'ir o'tkir xurujlarni davolashda qo'l keladi.

6.3. Ingalyatsion kortikosteroidlar

Astmaning eng samarali davosi va birinchi qator terapiyasi. Ular yallig'lanishga qarshi va kasallikni o'zgartiruvchi ta'sir ko'rsatadi, bu esa o'pka funksiyasining yaxshilanishiga, alomatlar va zo'rayishlarning kamayishiga olib keladi. Ingalyatsion kortikosteroidlarning dozasi 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadval

Ingalyatsion kortikosteroidlar dozasi

Dori	Past doza (mkg)	O'rtacha doza (mkg)	Yuqori doza (mkg)
Beklometazon	200-500	500-1000	>1000
Budesonid	200-600	600-1000	>1000
Flutikazon	100-250	250-500	>500
Siklesonid	80 - 160	160 – 320	320 - 1280

6.4. Leykotriyen ingibitorlari

- ✓ Astma uchun yangi dorilar sinfi
- ✓ Ingalyatsion kortikosteroidlardan ustun emas.
- ✓ Aspirin va jismoniy zo'riqish tufayli kelib chiqqan astmada, shuningdek, og'ir persistirlovchi astmaning qo'shimcha terapiyasi sifatida ko'rsatilgan.

Anti-IgE (omalazumab) - qon zardobida IgE darajasi yuqori bo'lgan bemorlar bilan cheklangan davolash usuli. Hozirgi vaqtda uning ko'rsatmasi og'ir allergik astma bilan og'rigan bemorlar bo'lib, ular ingalyatsion glyukokortikosteroidlar bilan nazorat qilinmaydi, garchi turli tadqiqotlarda hamroh davolash dozasi farq qilgan bo'lsa ham. Astma ustidan nazoratning yaxshilanishi simptomlar sonining kamayishi, simptomlarni yengillashtiruvchi dorilar dozasining kamayishi va xurujlar sonining kamayishida namoyon bo'ladi. Turli bosqichlardagi astmani davolash [5-jadvalda](#) keltirilgan

Turli darajadagi astmani turli bosqichlarda davolash

Bosqich	Kundalik nazorat preparati	Boshqa davolash usullari
Yumshoq	Kam dozalangan IGKS	Ta'siri uzaytirilgan teofillin
Mo'tadil	O'rtacha miqdordagi IGKS + uzoq muddatli ingalyatsiya uchun α_2 agonist yoki leykotriyen ingibitori	– IGKS+ ning o'rtacha dozasi yoki teofillinning uzoq muddatli ajralishi bilan, yoki ta'siri uzaytirilgan α_2 - agonisti yoki leykotriyen ingibitori - IGKS ning yuqori dozalari.
Jiddiy	Ingalyatsion + uzoq ta'sir etuvchi IGKS yuqori dozalari α_2 leykotriyen agonisti yoki ingibitori	Og'iz orqali glyukokortikoid anti-IgE (omalazumab)

6.5. Astmaning qo'zishi

Astmaning zo'rayishi hansirash, yo'tal va xirillashlarning kuchayishi bilan xarakterlanadi. O'pka funksiyasining pasayishi kuzatiladi, uni PSV yoki FEV1 ni o'lchash orqali miqdoriy baholash mumkin. Xurujlar og'ir va yengil turlarga bo'linadi. Astmaning og'ir o'tkirlashuvi hansirashning kuchayishi bilan tavsiflanadi, bunda bemor bir nafas olishda bitta jumlani ayta olmaydi (bolalarda: ovqatlantirishni to'xtatish va qo'zg'alish), nafas olish tezligi >30/daq, yurak urishi tezligi >120/daq, yordamchi mushaklardan foydalanish, nafas olish, paradoksal puls >25 mm sim. ust., PSV shaxsiy maksimaldan <60% yoki kattalarda <100/daq.

Bolalarda nafas olish va pulsning normal chastotasi kattalarnikidan farq qiladi va normal chegaralardan oshib ketgan qiymatlar anormal deb hisoblanmasligi kerak.

6.6. Og'ir bo'lmagan qo'zg'alishlarni davolash

Og'ir bo'lmagan xurujlar bilan og'irgan bemorlarni odatda ambulatoriya sharoitida davolash mumkin, bunda tez ta'sir qiluvchi α_2 ingalyatsion agonist preparatlari (birinchi soat davomida har 20 daqiqada 2 doza) takroran yuboriladi, bu havo oqimi cheklanishini tezda bartaraf etishga erishishning eng yaxshi va iqtisodiy jihatdan samarali usuli hisoblanadi. Og'iz orqali qabul qilinadigan glyukokortikoidlarni (7-10 kun davomida har kuni 1 mg/kg prednizolon) eng yengil darajadan tashqari barcha qo'zg'alishlarda qo'llash kerak, chunki ular retsidivlar sonini sezilarli darajada kamaytiradi va nojo'ya ta'sirlarni aniq oshirmasdan beta-agonistlarni qo'llashni kamaytiradi. Taxminan, tez ta'sir qiluvchi ingalyatsion dorilarga reaksiya bo'lsa, og'iz orqali qabul qilinadigan steroidlardan foydalanish tavsiya etiladi. Bitta agonistni qo'llash bir soatdan keyin tez yoki barqaror ta'sir ko'rsatmaydi (shaxsiy rekordning 80% dan ortiq PSV).

6.7. Og‘ir asoratlarni davolash

Astmaning og‘ir xurujlari hayot uchun xavfli bo‘lishi mumkin va ularni shoshilinch yordam sifatida davolash kerak. Dastlabki beta-agonist, ingalyatsiya/ipratropiya, kislorod va steroidlarning bitta parenteral dozasi qabul qilingandan so‘ng, bemor ikkilamchi/uchlamchi tibbiy yordam ko‘rsatish markaziga yuborilishi kerak. Quyida o‘tkir og‘ir astmani davolashning muhim jihatlari qisqacha bayon etilgan:

- 1. Qo‘l kamerasi o‘tkir astmada ishlatiladigan dorilarni yetkazib berishda nebulayzer kabi samarali.

- 2. Vena ichiga aminofilinni qo‘llash ingalyatsion beta-agonistlarga nisbatan qo‘shimcha bronxodilatatsiyaga olib kelmaydi, ammo aminofilinni qo‘llashda nojo‘ya ta’sirlar chastotasi yuqori. Shunday qilib, uni faqat bemor hamkorlik qilishdan bosh tortganda yoki ingalyatsiya terapiyasi samarasiz bo‘lgandagina qo‘llash kerak.

- 3. Og‘ir xurujlarni davolashda ipratropiya va salbutamol kombinatsiyasi salbutamol monoterapiyasiga qaraganda samaraliroq.

- 4. Og‘ir o‘tkir astma bilan og‘rigan bemorlarda uzluksiz beta-agonistlarni qo‘llash (katta hajmdagi nebulayzer yordamida beta-agonistlarni haqiqatan ham uzluksiz aerosol bilan yetkazib berish yoki dorilarni yetkazib berish haqiqatan ham uzluksiz bo‘lishi uchun yetarlicha tez-tez purkash, ya’ni har 15 daqiqada bitta purkash yoki soatiga to‘rt marta) o‘pka faoliyatini yaxshilaydi va shoshilinch yordam bo‘limiga yotqizilgan bemorlarning kasalxonaga yotqizilishini kamaytiradi.

- 5. Glyukokortikoidlar terapiyaning asosi bo‘lib, ular paydo bo‘lganidan keyin bir soat ichida qo‘llanilishi o‘tkir astma bilan og‘rigan bemorlarni kasalxonaga yotqizishga bo‘lgan ehtiyojni sezilarli darajada kamaytiradi. Glyukokortikoidlarni og‘iz orqali qabul qilishdan ko‘ra parenteral yuborishning afzalliklari yo‘q, ba’zi holatlar bundan mustasno. Shuningdek, o‘tkir astmada ma’lum bir glyukokortikoid preparatining afzalliklari yo‘q va prednizolonning maksimal dozasi kuniga 40-60 mg ni tashkil qiladi va kamida 7-10 kun yoki sog‘ayguncha davom etadi.

- 6. Ingalyatsion kortikosteroidlar peroral steroidlardan tashqari qo‘llanilganda qo‘shimcha foyda bermaydi.

- 7. Vena ichiga yuborishni qo‘llab-quvvatlovchi hech qanday dalil yo‘q 2. o‘tkir og‘ir astmada agonistlarni ingalyatsiya yo‘li bilan yuborish kerak.

- 8. Rezistent holatlarda magniy sulfatning bir martalik dozasi (20 daqiqa davomida 2 g) vena ichiga yuborish standart terapiyaga qo‘shimcha sifatida qo‘llanilganda o‘pka faoliyatini yaxshilaydi. Davolashni juda ehtiyotkorlik bilan va nazorat ostida qo‘llash kerak.

- 10. Antibiotiklarni muntazam qo‘llashning ahamiyati yo‘q, bemorda isitma, leykotsitoz, yiringli balg‘am yoki infeksiyadan dalolat beruvchi rentgenologik infiltratlar kuzatilgan hollar bundan mustasno.

- 11. Preparatlar, ularning dozalari, takroriy tashriflar chastotasi va zarurati ko‘rsatilgan yozma tavsiyanoma majburiydir.

VII-BOB. O'PKA YURAK KASALLIGI (O'YK, COR PULMONALE)

O'pka yurak kasalligi — bu o'pka va ko'krak qafasi kasalliklari natijasida o'pka qon aylanishida bosim oshishi (o'pka gipertenziyasi) va buning oqibatida o'ng qorinchaning gipertrofiyasi va/yoki yetishmovchiligi rivojlanishi bilan kechadigan holat. Muhim: yurak chap qismida ko'zatiladigan kasalliklari O'YK tarkibiga kirmaydi.

7.1. O'pka yurak kasalligining etiologiyasi

Etiologik jihatdan o'pka yurak kasalligi 3 katta guruhga ajratiladi:

1. O'pka parximasi va nafas yo'llari kasalliklari (eng ko'p uchraydi)

Bu holatlarda alveolyar gipoksiya → o'pka tomirlarining reflektor torayishi → o'pka gipertenziyasi yuzaga keladi.

Asosiy sabablar:

- Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'OK, COPD)
- Bronxial astma (og'ir va uzoq davom etuvchi shakllari)
- O'pka emfizemasi
- Surunkali bronxit
- Interstitsial o'pka kasalliklari (fibroz, sarkoidoz)
- Pnevmoniozlar (silikoz, asbestoz)
- Sil (tuberkulyoz)ning fibroz-kavernoz shakllari

2. O'pka tomirlari kasalliklari

Bu holatda o'pka qon tomirlari lümeni torayadi yoki yopiladi.

Sabablar:

- O'pka arteriyasi tromboemboliyasi (OATE)
 - o'tkir O'YK sabablaridan eng muhimi
- Takrorlanuvchi mikroemboliyalar
- Birlamchi o'pka gipertenziyasi
- Vaskulitlar
- O'pka arteriyasi aterosklerozi

3. Ko'krak qafasi va nafas mushagi kasalliklari

Ventilyatsiya mexanikasi buziladi → gipoventilyatsiya → gipoksiya.

Sabablar:

- Ko'krak qafasi deformatsiyalari (kifoskolioz)
- Semizlik-gipoventilyatsiya sindromi (Pickwick sindromi)
- Nevromushak kasalliklari:
 - miasteniyasi
 - polimiyelit oqibatlari
 - amiotrofik lateral skleroz
- Diafragma falaji

O'pka yurak kasalligi shakllari

- **O'tkir O'YK** – ko'pincha o'pka arteriyasi tromboemboliyada
- **Subo'tkir O'YK** – haftalar-oylar ichida
- **Surunkali O'YK** – yillar davomida (SO'OK fonida)

Nafas yetishmovchiligi

Nafas yetishmovchiligi — organizmning gaz almashinuvini (O_2 va CO_2) yetarli darajada ta'minlay olmaslik holati.

Nafas yetishmovchiligining etiologiyasi

1. O'pka sabablari (respirator)

a) *Ventilyatsiya buzilishi*

- SO'OK
- Bronxial astma xuruji
- Nafas yo'llarining obstruksiyasi (shish, yot jism)

b) *Diffuziya buzilishi*

- O'pka fibrozlari
- O'pka shishi
- Interstitsial pnevmoniyalar

c) *Ventilyatsiya–perfuzion nisbat buzilishi (V/Q)*

- O'pka tromboemboliyasi
- Pneumoniya
- Atelektaz

2. Markaziy sabablar

Nafas markazi faoliyati susayadi.

Sabablar:

- Bosh miya jarohatlari
- Insult
- Dori vositalari (opioidlar, sedativlar)
- Alkogol va narkotik intoksikatsiyasi

3. Nevromushak sabablar

- Miasteniya
- Guillain–Barré sindromi
- Poliomyelit
- Diafragma falaji

4. Ko'krak qafasi a'zolari kasalliklari sababli

- Kifoskolioz
- Plevrit
- Pnevmatotoraks
- Ko'krak qafasi jarohatlari

5. Gemodinamik sabablar

- O'pka emboliyasi
- Og'ir yurak yetishmovchiligi
- Shok holatlari

O'pka yurak kasalligi va nafas yetishmovchiligi o'rtasidagi bog'liqlik

- Nafas yetishmovchiligi → **gipoksiya**
- Gipoksiya → o'pka tomirlarining torayishi
- O'pka gipertenziyasi → o'ng qorincha yuklamasi
- Natijada → **o'pka yurak kasalligi**

7.2. Epidemiologiyasi

Tarqalishi (Prevalensiya)

- Dunyo bo'yicha **surunkali o'pka kasalliklari** bo'lgan bemorlarning:
 - **25–30 %** ida cor pulmonale rivojlanadi
- **Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'OK / COPD)** bo'lgan bemorlarning:
 - **40–50 %** ida o'pka yurak kasalligi aniqlanadi
 - O'pka gipertenziyasi bilan kasallangan bemorlarning:
 - **60–70 %** ida o'ng yurak yetishmovchiligi shakllanadi

Yoshi va jinsi bo'yicha

- Ko'proq **40 yoshdan katta** shaxslarda
- Erkaklarda:
 - Ayollarga nisbatan **1,5–2 barobar ko'p**
- Sababi:
 - Chekish
 - Kasbiy zararli omillar
 - Surunkali bronx-o'pka kasalliklari

Geografik omillar

- **Rivojlanayotgan davlatlarda:**
 - Havoning ifloslanishi
 - Kech aniqlanish
 - Tibbiy xizmatga cheklangan kirish
- **Tog'li hududlarda:**
 - Surunkali gipoksiya sababli yuqori uchraydi

Asosiy sababchi kasalliklar

- SO'OK (COPD)
- Bronxial astma (og'ir shakllar)
- Interstitsial o'pka kasalliklari
- O'pka fibrozlari
- O'pka emboliyasi (o'tkir cor pulmonale)
- Ko'krak qafasi deformatsiyalari

O'lim ko'rsatkichlari

- Cor pulmonale rivojlangan bemorlarda:
 - 5 yillik omon qolish darajasi **30–40 %**
- Asosiy o'lim sababi:
 - Nafas va yurak yetishmovchiligi

Nafas yetishmovchiligi epidemiologiyasi

Tarqalishi

- Statsionar sharoitda yotayotgan bemorlarning:
 - **20–30 %** ida nafas yetishmovchiligi aniqlanadi
- Reanimatsiya bo'limlarida:
 - **50–70 %** bemorlarda
- SO'OK bilan kasallanganlarning:

- **60 %** gachaida turli darajadagi nafas yetishmovchiligi mavjud

Yoshi bo'yicha

- **Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda:**
 - Respirator distress sindromi
- **Keksalarda (≥ 65 yosh):**
 - Eng yuqori uchrash chastotasi
- Sababi:
 - O'pka elastikligining kamayishi
 - Yurak-qon tomir kasalliklari bilan kombinatsiya

Jinsi bo'yicha

- Erkaklarda ko'proq:
 - Chekish
 - Kasbiy chang va gazlar
- Ayollarda:
 - Oxirgi yillarda ko'rsatkich oshib bormoqda (chekish ko'payishi sabab)

Asosiy sabablar bo'yicha epidemiologiya

Sabab	Ulushi
SO'OK	35–40 %
Pneumoniya	20–25 %
Bronxial astma	10–15 %
O'pka emboliyasi	5–10 %
ARDS	5–8 %

O'lim ko'rsatkichlari

- O'tkir nafas yetishmovchiligi:
 - O'lim darajasi **30–50 %**
 - ARDS da:
 - **40–60 %**
 - Surunkali shaklda:
 - Prognoz asosiy kasallikka bog'liq
- Xavf omillari (epidemiologik nuqtayi nazar)**
- Chekish
 - Havoning ifloslanishi
 - Kasbiy zararli omillar
 - Takroriy o'pka infeksiyalari
 - Yurak va o'pka kasalliklarining kombinatsiyasi
 - Kech tashxis va noto'g'ri davolash

Patogenezi

Nafas yetishmovchiligining patogenezi

O'pka-yurak kasalligi (cor pulmonale) — bu **o'pka kasalliklari yoki o'pka qon tomirlaridagi patologiyalar** natijasida o'ng yurak bo'limlari (asosan o'ng qorinchasi)ning gipertrofiyasi va yetishmovchiligi rivojlanishi bilan kechadigan holatdir.

Nafas yetishmovchiligi bu jarayonning **markaziy va eng muhim bo'g'ini** hisoblanadi.

Nafas yetishmovchiligi — organizmning:

- kislorod (O_2) bilan yetarli ta'minlanmasligi
 - yoki karbonat angidrid (CO_2)ni chiqarib yubora olmasligi
- natijasida yuzaga keladigan holat.

✦ O'pka-yurak kasalligida asosan:

- **I-tur (gipoksemik)**
- **II-tur (giperkapnik)** nafas yetishmovchiligi rivojlanadi.

Nafas yetishmovchiligining asosiy patogenetik mexanizmlari

I. Alveolyar ventilyatsiyaning buzilishi

O'pka kasalliklari (KOA, bronxial astma, pnevmofibroza, emfizema) natijasida:

- bronxlar torayadi
- alveolalar elastikligi kamayadi
- alveolalarda havo almashinuvi yomonlashadi

▼ Natija:

- alveolalarga kam havo kiradi
- **alveolyar gipoventilyatsiya** rivojlanadi

II. Gaz almashinuvi buzilishi

Ventilyatsiya buzilishi natijasida:

- O_2 alveoladan qonga o'ta olmaydi
- CO_2 qondan alveolaga chiqib keta olmaydi

▼ Natijalar:

- **gipoksemiya** ($PaO_2 \downarrow$)
- **giperkapniya** ($PaCO_2 \uparrow$)
- **respirator asidoz**

III. Ventilyatsiya–perfuzion nomutanosiblik (V/Q)

O'pka-yurak kasalligida:

- ayrim alveolalar ventilyatsiyalanadi, ammo qon bilan ta'minlanmagan
- ayrim joylarda esa qon oqimi bor, lekin ventilyatsiya yo'q

▼ Natija:

- O_2 qonga o'tmaydi
- gipoksemiya chuqurlashadi

✦ Bu O'YKda **eng muhim patogenetik mexanizmlardan biri**.

IV. Gipoksik vazokonstriksiya

Alveolalarda kislorod kamayganda:

- o'pka arteriyalari reflektor tarzda torayadi (Euler–Liljestrand refleksi)

▼ Natija:

- o'pka tomirlarida qarshilik \uparrow
- **o'pka arterial gipertenziyasi** rivojlanadi

V. O'pka arterial gipertenziyasi

Yuqoridagi mexanizmlar natijasida:

- o'pka tomirlarida bosim oshadi
- o'ng qorincha ortiqcha yuklama ostida qoladi

▼ Natija:

- o‘ng qorincha gipertrofiyasi
- keyinchalik **o‘ng yurak yetishmovchiligi**

VI. O‘ng yurak yetishmovchiligi va venoz dimlanish

O‘ng yurak yetishmovchiligi natijasida:

- katta qon aylanish doirasida dimlanish
- jigar kattalashishi
- shishlar
- ascit



Bu holatlar ham nafas yetishmovchiligini kuchaytiradi, chunki:

- diafragma harakati cheklanadi
- o‘pka ventilyatsiyasi yanada yomonlashadi

Nafas yetishmovchiligining yakuniy patogenetik zanjiri



O‘pka kasalligi

- alveolyar gipoventilyatsiya
- gaz almashinuvi buzilishi
- gipoksemiya + giperkapniya
- o‘pka tomirlarining torayishi
- o‘pka arterial gipertenziyasi
- o‘ng qorincha yetishmovchiligi
- **og‘ir nafas yetishmovchiligi**

Klinik ahamiyati

Nafas yetishmovchiligi:

- jismoniy zo‘riqishda hansirash
- keyinchalik tinch holatda ham nafas qisilishi
- sianoz
- tez charchash
- hushdan ketish xavfi bilan namoyon bo‘ladi.

7.4. O‘pka yurak va nafas yetishmovchiligi – klinik ko‘rinishi

Nafas yetishmovchiligi — organizmning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondira olmaslik holati bo‘lib, o‘pka yurak kasalligida asosiy va yetakchi sindrom hisoblanadi.

1. Subyektiv belgilar (bemor shikoyatlari)

◆ Hansirash (dispnoe)

- Avval faqat jismoniy zo‘riqishda
- Keyinchalik tinch holatda ham
- Og‘ir holatlarda — yotganda kuchayadi

◆ Nafas qisishi hissi

- Ko‘krakda bosilish
- “Havo yetmayotgandek” tuyg‘u

◆ Tez charchash

- Kislorod yetishmovchiligi bilan bog‘liq

◆ Uyquning buzilishi

- Tunda bo‘g‘ilish xurujlari
- Tez-tez uyg‘onish

2. Ob‘ektiv belgilar

A) Nafas olish tizimi belgilar

- ◆ Nafas olish tezligi oshishi (taxipnoe)

- ◆ Nafas chiqarish qiyinlashuvi (**ekspirator dispnoe**)

- ◆ Qo‘shimcha nafas mushaklarining ishtiroki

- ◆ Ko‘krak qafasining bo‘rtib chiqishi (**emfizema belgisi**)

B) Teri va shilliq qavatlar

- ◆ Sianoz (ko‘karish)

- Dastlab lablar, barmoq uchlari
- Keyin umumiy (diffuz sianoz)

- ◆ Terining sovuq va nam bo‘lishi

3. Gaz almashinuvi buzilishi belgilar

▼ Gipoksemiya (qonda O₂ kamayishi)

- Bosh aylanishi
- Diqqat pasayishi
- Hushdan ketish

▼ Giperkapniya (CO₂ ortishi)

- Bosh og‘rig‘i
- Uyquchanlik
- Letargiya
- Og‘ir holatda — koma

👉 Bu holat **giperkapnik nafas yetishmovchiligi** deb ataladi.

4. Yurak-qon tomir tizimi bilan bog‘liq belgilar

Nafas yetishmovchiligi o‘ng yurak yetishmovchiligi bilan birga kechadi:

- ◆ Yurak urishining tezlashuvi (taxikardiya)

- ◆ Bo‘yin venalarining bo‘rtishi

- ◆ Oyoqlarda shishlar

- ◆ Jigar kattalashuvi va og‘riqliligi

- ◆ Assit (qorin bo‘shlig‘ida suyuqlik)

5. O‘tkir va surunkali nafas yetishmovchiligi farqlari

Belgilar	O‘tkir	Surunkali
Boshlanishi	To‘satdan	Sekin
Hansirash	Juda kuchli	Asta kuchayadi
Sianoz	Tez paydo bo‘ladi	Doimiy
CO ₂	Keskin oshadi	Asta oshadi
Moslashuv	Yo‘q	Bor

Kasallikni kechish bosqichlari

I BOSQICH — KOMPENSATSIYALANGAN BOSQICH

◆ Patogenez:

- O'pkadagi gipoksiya → o'pka arteriyalarining spazmi
- O'ng qorincha yuklamasi oshadi
- O'ng qorincha **gipertrofiyalanadi**, lekin yetishmovchilik yo'q

◆ Klinik belgilar:

- Nafas qisilishi (faqat jismoniy zo'riqishda)
- Tez charchash
- Yurak urishining tezlashishi
- Asosiy o'pka kasalligi belgilari ustun

◆ Objektiv belgilar:

- EKG: o'ng yurak yuklamasi belgilari
- Qon aylanishi kompensatsiyada

📌 Muhim jihat:

👉 Bu bosqichda yurak yetishmovchiligi aniqlanmaydi.

II BOSQICH — SUBKOMPENSATSIYALANGAN BOSQICH

◆ Patogenez:

- O'pka gipertenziyasi kuchayadi
- O'ng qorincha kengayadi (dilatatsiya)
- Kompensatsiya mexanizmlari zaiflashadi

◆ Klinik belgilar:

- Nafas qisilishi hatto kam zo'riqishda
- Yurak urishining tezlashuvi
- Ko'krak qafasida og'riq
- Bosh aylanishi

◆ Objektiv belgilar:

- Bo'yinturuq venalarining pulsatsiyasi
- Jigar kattalashishi (og'riqli)
- Akrotsianoz
- EKG va EKODA o'ng qorincha kengayishi

📌 Muhim jihat:

👉 O'ng yurak yetishmovchiligining **dastlabki belgilari** paydo bo'ladi.

III BOSQICH — DEKOMPENSATSIYALANGAN BOSQICH

◆ Patogenez:

- O'ng qorinchaning qisqaruvchanligi keskin kamayadi
- Venoz qon dimlanishi kuchayadi
- Yurak yetishmovchiligi to'liq rivojlanadi

◆ Klinik belgilar:

- Nafas qisilishi tinch holatda
- Kuchli sianoz

- Oyoqlarda shishlar
- Qorin bo‘shlig‘ida suyuqlik (assit)
- O‘tkir holatlarda hushdan ketish

◆ **Objektiv belgilar:**

- Katta bo‘yinturuq venalari
- Og‘riqli gepatomegaliya
- Diurezning kamayishi
- Arterial gipotenziya

📌 **Muhim jihat:**

👉 Hayot uchun xavfli bosqich, shoshilinch davolash talab etiladi.

 **QISQACHA JADVAL**

Bosqich	Yurak holati	Klinik belgilar
I	Gipertrofiya	Zo‘riqishda nafas qisilishi
II	Dilatatsiya	Kam zo‘riqishda simptomlar
III	Yetishmovchilik	Tinch holatda simptomlar

⚠ **O‘TKIR VA SURUNKALI KECHISH FARQI**

◆ **O‘tkir o‘pka yuragi:**

- Tromboemboliya, pnevmotoraks
- Tez rivojlanadi, o‘lim xavfi yuqori

◆ **Surunkali o‘pka yuragi:**

- KOAH, bronxial astma, pnevmofibroza
- Bosqichma-bosqich rivojlanadi

7.5. O‘pka–yurak kasalligini (cor pulmonale) fizikal baholash

O‘pka-yurak kasalligi (cor pulmonale) — bu o‘pka kasalliklari yoki o‘pka tomirlaridagi patologiya natijasida rivojlangan **o‘ng qorincha gipertrofiyasi va/yoki yetishmovchiligi** bilan kechadigan holatdir.

Fizikal baholash (ko‘zdan kechirish, paypaslash, perkussiya, auskultatsiya) tashxis qo‘yishda muhim bosqich hisoblanadi.

I. KO‘ZDAN KECHIRISH (INSPEKSIYA)

1. Umumiy ko‘rinish

- **Sianoz** (lab, tirnoq, quloq supralari ko‘kimtirligi) – surunkali gipoksiya belgisi
- **Akrotsianoz**

- **Barmoq uchlarining “nog‘ora tayoqchasi” shakli** (baraban tayoqchalari)

- **“Soat oynasi” tirnoqlar**
- Majburiy holat (ortopnoe)

2. Nafas olish tizimi

- Tez-tez va chuqur nafas (taxipnoe)
- Ko‘krak qafasining kengayishi (emfizemada “bochka” ko‘krak)
- Nafas chiqarishning uzayishi

3. Yurak va qon aylanish belgilar

- **Bo‘yinturuq venalarining bo‘rtishi (JVP oshishi)**
- Pastki ekstremitalarda shish
- Assit (qorin kattalashishi)
- Jigar kattalashuvi (gepatomegaliya)

II. PAYPASLASH (PALPATSIIYA)

1. Yurak sohasi

- **O‘ng qorincha zarbasi** (epigastral pulsatsiya)
- Parasternal pulsatsiya (chap to‘sh yonida)

2. Jigar

- Og‘riqli, kattalashgan jigar
- Gepato-yugulyar refleks musbat

3. Shishlar

- Oyoqlarda chuqurcha qoldiruvchi shish

III. PERKUSSIYA

1. O‘pka

- Emfizemada — qutisimon (giperrezonans) tovush
- Pastki chegaralarning pastga siljishi

2. Yurak

- Yurakning o‘ng chegarasining kengayishi
- Yurak sohasida perkutor chegaralar o‘zgarishi

IV. AUSKULTATSIYA

1. O‘pka auskultatsiyasi

- Quruq xirillashlar (bronxospazmda)
- Nam xirillashlar
- Nafas chiqarishning uzayishi
- Nafas shovqinining susayishi (emfizema)

2. Yurak auskultatsiyasi

Eng muhim belgilar:

- II tonning o‘pka arteriyasi ustida kuchayishi (P2 aksenti)

- Trikuspid yetishmovchilik shovqini
- Galop ritmi (og‘ir holatda)
- Yurak urish tezligi oshishi (taxikardiya)

V. O‘TKIR VA SURUNKALI COR PULMONALEDA FARQLAR

Belgilar	O‘tkir	Surunkali
Rivojlanish	To‘satdan (o‘pka emboliyasi)	Sekin
JVP	Tez oshadi	Doimiy yuqori
Sianoz	Keskin	Asta-sekin
O‘ng yurak Belgisi	Keskin	Gipertrofiya + yetishmovchilik

VI. O‘Pka-Yurak Kasalligida Asosiy Fizikal Belgilar

1. O‘pka gipertenziyasi belgisi — P2 aksenti
2. O‘ng qorincha gipertrofiyasi — parasternal pulsatsiya
3. Venoz dimlanish — bo‘yinturuq venalar kengayishi
4. Gepatomegaliya
5. Periferik shishlar
6. Sianoz

7.7. Differensial diagnostika qachon kerak?

Pulmonar yurak belgilarining **ko‘p qismi boshqa yurak yoki o‘pka kasalliklariga o‘xshash bo‘lishi mumkin**, shuning uchun **to‘g‘ri tashxis qo‘yish muhim**.

Belgilari:

- Nafas qiyinlishuvi (dyspnoe)
- Tez charchash, intizomli jismoniy ish qila olmaslik
- To‘p-to‘p yurak urishi (palpitatsiya)
- Oyog‘larda shish (edema)
- O‘ng qorin bo‘shlig‘ida suyuqlik to‘planishi (ascites)
- Ko‘krak og‘rig‘i (ba‘zida)

Differensial diagnostika qilinadigan asosiy kasalliklar

Pulmonar yurakni quyidagi kasalliklardan ajratish kerak:

3.1. Chap yurak yetishmovchiligi

- Chap yurak yetishmovchiligi o‘ng yurak yukini oshirishi mumkin.
- Differensial belgilar:

- Surunkali havo yetishmovchiligi (dyspnoe)
- Gipertoniya va miokardiyal ishemik kasallik
- EKG va ekokardiyografiya bilan o'ng yurakdan farq qilish

3.2. Yurakning strukturaviy kasalliklari

• Masalan, **konjenital yurak nuqsonlari**: atriyal septal defekt, ventrikulyar septal defekt

• O'ng yurak ko'payishi yoki hipertrofiya, lekin asosiy sabab o'pka kasalligi emas

- EKG, EKOKG va o'pka tomografiyasi yordamida farqlash

3.3. O'pka kasalliklari

• Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (COPD), astma, interstitsial o'pka kasalliklari

• Pulmonar yurak ko'pincha surunkali o'pka kasalligi asoratida rivojlanadi, lekin **asosiy simptomlar o'pka xususiyatiga bog'liq bo'ladi**

- Spirometriya va rentgen yordamida farqlash

3.4. O'pka tromboemboliyasi

• Akut o'pka tromboemboliyasi o'ng yurakning to'satdan ortiqcha yuklanishiga olib keladi

• Belgilar: birdan paydo bo'lgan nafas qiyinlashuvi, ko'krak og'rig'i, sinkop

- EKG va CT pulmonar angiografiya bilan farqlanadi

3.5. Perikard kasalliklari

• Masalan, **perikard effuziyasi** yoki **tamponada**

- O'ng yurak yukini oshirishi mumkin
- EkoKG yordamida aniq farqlash

3.6. Boshqa yurak kasalliklari

• **Pulmonar stenoz yoki trikuspidal yetishmovchilik** kabi o'ng yurak strukturalari

• Bu holda o'ng yurak bo'shlig'i kengayadi, lekin asosiy sabab o'pka emas

4. Tashxis usullari

Pulmonar yurakni boshqa kasalliklardan ajratishda quyidagilar ishlatiladi:

1. Fizik ko'rik

- O'ng yurak apikal impulsni tekshirish
- Oyog'larda shish, jigar kattaligi

2. EKG

- O'ng qorin hipertrofiyasi belgilarini aniqlash

3. EKOKG

- O'ng yurak bo'shlig'i kattaligi, o'ng yurak yukini baholash

4. Rentgen va CT

- O'pka kasalliklarini aniqlash
- Pulmonar arteriya kengayishi

5. Spirometriya

- COPD yoki surunkali o'pka kasalligi
- 6. **Laborator tekshiruvlar**
- BNP, NT-proBNP yurak yetishmovchiligi darajasini baholash
- 7. **Pulmonar angiografiya** (kerak bo'lganda)
- Tromboemboliyani aniqlash

7.8. Kasallik asoratlari va oqibati

1. O'pka kasalliklarining yurakka ta'siri

1. **Pulmoner gipertenziya**
 - O'pkadagi qon tomirlari bosimi oshadi.
 - Natijada o'ng yurak bo'laklari ortiqcha yuklanadi.
 - Belgilari: nafas qisishi, charchoq, oyoqlarda shish.
2. **O'ng yurak yetishmovchiligi (Cor pulmonale)**
 - Surunkali o'pka kasalligi yoki o'pka tromboemboliyasi natijasida yuzaga keladi.
 - Yurak o'ng bo'lagining kengayishi va samaradorligining pasayishi kuzatiladi.
 - Asoratlari: oyoqlarda shish, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi, tez charchash, tez nafas olish.
3. **Kronik hipoksiya (kislород yetishmasligi)**
 - Surunkali o'pka kasalliklari yurakka kislород yetkazilishini kamaytiradi.
 - Bu esa yurak mushagining o'sishiga (gipertrofiya) va oxir-oqibat yurak yetishmovchiligiga olib keladi.

2. Yurak kasalliklarining o'pkaga ta'siri

1. **Qonning orqaga oqishi (pulmonar konjestiya)**
 - Chap yurak yetishmovchiligi bo'lganda, chap yurak bo'lagi qonini o'pkaga to'la yuboradi.
 - Natijada: o'pkada suyuqlik to'planadi → **o'pka shishishi (pulmoner ödem)**.
 - Belgilari: qattiq nafas qisishi, yo'tal, qonli balg'am.
2. **Yurak aritmiyalari va tromboembolizm**
 - Yurakning samaradorligi pasayganda qonning o'pka tomirlarida to'planishi mumkin.
 - Natijada: **o'pka emboliyasi** yoki yurak ritmi buzilishi xavfi ortadi.
3. **Surunkali nafas yetishmovchiligi**
 - Yurak yetishmovchiligi o'pkaga qon ta'minotini kamaytiradi, kislород yetishmasligi yuzaga keladi.
 - Bu esa bemorning faoliyatini keskin cheklaydi va surunkali charchoq keltirib chiqaradi.

3. Asoratlar va oqibatlar

Kasallik turi	Mumkin bo‘lgan oqibatlar	Belgilar/ta’sir
Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi (SOPK)	Pulmoner gipertenziya, o‘ng yurak yetishmovchiligi	Nafas qisishi, oyoqlarda shish, charchash
Astma, surunkali bronxit	Yurak yuklanishi, gipoksiya	Tez nafas olish, charchoq, bosh aylanishi
Chap yurak yetishmovchiligi	O‘pka ödemi, nafas qisishi	Qattiq nafas olish, yo‘tal, qonli balg‘am
Yurak ritm buzilishi	Tromboembolizm, o‘pka emboliyasi	Yurak tez urishi, \ nafas qisishi, og‘riq
O‘pka fibrozisi	Surunkali hipoksiya, o‘ng yurak yetishmovchiligi	Nafas qisishi, charchash, cyanoz (teri rangining ko‘karganligi)

4. Klinik ahamiyat

- O‘pka va yurak kasalliklari bir-birini kuchaytiradi: “**yurak-o‘pka spiral**”.
- Tez aniqlash va davolash muhim: kislorod terapiyasi, yurak dori preparatlari, nafas mashqlari.
- Kasalliklar surunkali bo‘lsa, **hayot sifati pasayadi**, asoratlar esa ba’zan hayot uchun xavfli bo‘lishi mumkin.

7.9. O‘pka va yurak kasalliklari bilan bog‘liq nafas yetishmovchiligini

davolash etaplari

Nafas yetishmovchiligi (respirator yetishmovchilik) — bu organizm to‘liq kislorod ololmay qolishi yoki karbonat angidridni chiqarolmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat.

- **O‘tkir nafas yetishmovchiligi (O‘NY):** birdan paydo bo‘ladi, tez-tez yurak yoki o‘pka bilan bog‘liq.
- **Surunkali nafas yetishmovchiligi (SNY):** asta-sekin rivojlanadi, ko‘p hollarda surunkali yurak yoki o‘pka kasalliklarida uchraydi.

Asosiy sabablar:

- Yurak kasalliklari: yurak yetishmovchiligi, miokard infarkti, aritmiyalar.

- O'pka kasalliklari: xronik obstruktiv o'pka kasalligi (XOKK), astma, pnevmoniya, plevrit, o'pka emboliyasi.

Davolash tamoyillari

Davolash **etapma-etap** amalga oshiriladi va ikki asosiy yo'nalishga bo'linadi:

A) Nomedikamentoz davolash (dori vositasiz)

Bu yo'l **hayot tarzi, fizioterapiya va parhez** orqali amalga oshiriladi.

1. Naqshli kislorod terapiyasi (O₂ terapiyasi)

- Kislorod yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda.
- SpO₂ ni 88–92% darajasida saqlash tavsiya qilinadi.
- Yuqori darajali kislorod faqat shifokor nazorati ostida beriladi.

2. Fizioterapiya

- **Nafas mashqlari:** diafragma nafas olish, lablarni toraytirib nafas olish (pursed-lips breathing)
- **Postural drenaj:** o'pkani tozalash uchun turli pozitsiyalarni qo'llash
- **Reabilitatsiya mashqlari:** yurak va o'pka yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda mushaklarni mustahkamlash

3. Parhez

- Yurak yetishmovchiligi bilan bemorlarda **tuzni cheklash**
- Og'irlikni nazorat qilish, ortiqcha suyuqlikni kamaytirish

4. Hayot tarzi

- Chekishni to'xtatish (o'pka kasalliklarida)
- Jismoniy faollikni moslashtirish
- Stressni kamaytirish

5. Monitoring

- SpO₂ va pulsni muntazam kuzatish
- Naqshli kislorod yoki mashqlar samaradorligini baholash

B) Medikamentoz davolash (dori vositalari bilan)

Medikamentoz davolash **asosiy kasallik va simptomga qarab** belgilanadi.

1. Yurak yetishmovchiligi bilan bog'liq nafas yetishmovchiligi

Dori guruhi	Maqsad	Misol
Diuretiklar	Suyuq yig'ilishini kamaytiradi	Furosemid, Spironolakton
APFingibitörlari / ARB	Yurakni himoya qiladi, bosimni tushiradi	Enalapril, Losartan
Beta-blokerlar	Yurak ritmini tartibga soladi, miokardni himoya qiladi	Metoprolol, Carvedilol

Dori guruhi	Maqsad	Misol
Glikozidlar	Yurak qisqarishini kuchaytiradi	Digoksin

2. O'pka kasalliklari bilan bog'liq nafas yetishmovchiligi

Dori guruhi	Maqsad	Misol
Bronxodilatatorlar	Nafas yo'llarini kengaytiradi	Salbutamol, Ipratropium
Kortikosteroidlar	Yallig'lanishni kamaytiradi	Prednizolon, Budesonid (inhalatsiya)
Antibiotiklar	Infeksiya bo'lsa	Amoksiklav, Azitromitsin
Antikoagulyantlar	O'pka emboliyasi xavfi bo'lsa	Heparin, Varfarin

3. Kislrod va ventilatsiya yordamchisi

- **Kislrod terapiyasi:** Nomedikamentoz bo'lsa ham, o'pka yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda dori bilan birga qo'llanadi
- **Invasiv va non-invasiv ventilatsiya:** Kuchli ANV holatida

Davolash etapi

1. Bosqich 1: Diagnostika va monitoring

- Naqshli SpO₂, qon gazlari, yurak funksiyasini o'lchash
- Asosiy kasallikni aniqlash (EKG, EKO, rentgen, spirometriya)

2. Bosqich 2: Nomedikamentoz davolash

- Fizioterapiya, nafas mashqlari, parhez, jismoniy faollikni moslashtirish

3. Bosqich 3: Medikamentoz davolash

- Yurak yoki o'pka kasalligiga qarab dorilar
- Kislrod terapiyasi va shoshilinch yordam

4. Bosqich 4: Reabilitatsiya

- Surunkali holatlarda kasallikni boshqarish
- Sog'lom hayot tarzi, dori rejimiga rioya qilish
- Psixologik qo'llab-quvvatlash

Muhim eslatma:

- Har bir bemor individual, shuning uchun davolash shifokor nazorati bilan belgilanadi.
- Naqshli kislrodni ortiqcha berish o'pka gaz almashuviga salbiy ta'sir qilishi mumkin.

- Nomedikamentoz davolash ko‘pincha surunkali kasalliklarda medikamentoz bilan birga qo‘llanadi.

7.10. Dispanserizatsiya tushunchasi

Dispanserizatsiya – bu aholining ma’lum kasalliklar bo‘yicha rejalashtirilgan, tizimli, profilaktik va nazorat tekshiruvlar orqali sog‘liq holatini monitoring qilish va kerak bo‘lsa davolashni tashkil qilish tizimi. Ma’lum bir kasallik bo‘yicha dispanserizatsiya, bemorning kasallikning rivojlanishi va asoratlaridan saqlanishini maqsad qiladi.

Asosiy maqsadlar:

1. Kasallikni erta aniqlash va davolashni boshlash.
2. Kasallikning og‘irlashishini oldini olish.
3. Komplikatsiyalar va o‘lim xavfini kamaytirish.
4. Bemorning hayot sifatini oshirish.

1. O‘pka kasalliklari dispanserizatsiyasi

O‘pka kasalliklariga odatda quyidagilar kiradi: surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi (SO‘K), astma, pnevmoniya, o‘pka sil kasalligi, fibroz va bronxitlar.

1.1. Kimlar dispanserizatsiyaga olinadi:

- Astma yoki SO‘K bilan og‘rigan bemorlar.
- Surunkali bronxit, o‘pka fibrozlari bo‘lganlar.
- O‘pka sil kasalligi tarixiga ega bo‘lganlar.
- Chekish yoki iflos havoda ishlaydigan shaxslar.

1.2. Tekshiruv va monitoring:

- **Dastlabki tekshiruv:** shikoyatlar, anamnez, o‘pka rentgenografiyasi.
- **Funksional tekshiruv:** spirometriya (FEV1, FVC), o‘pka funksiyasini baholash.
- **Laborator tekshiruvlar:** gemogramma, qon gazlari, o‘pka infeksiyalari uchun testlar.
- **Profilaktik maslahatlar:** chekishni tashlash, havo ifloslanishini kamaytirish, vaksinalar (gripp, pnevmoniya).

1.3. Kuzatish chastotasi:

- Yengil kasalliklarda: har 6–12 oyda.
- Og‘ir surunkali kasalliklarda: har 3–6 oyda.
- Qiyin astma va SO‘K holatlarida: kerak bo‘lsa har 1–2 oyda.

2. Yurak kasalliklari dispanserizatsiyasi

Yurak kasalliklariga kiradi: yurak ishemik kasalligi (YIK), gipertenziya, kardiyomiyopatiyalar, yurak yetishmovchiligi, aritmiyalar.

2.1. Kimlar dispanserizatsiyaga olinadi:

- Oldingi yurak infarkti, stent qo'yilgan yoki bypass operatsiyasi o'tkazgan bemorlar.
- Surunkali yurak yetishmovchiligi bilan og'riganlar.
- Arterial gipertenziya, yuqori xolesterol yoki diabetga ega bo'lganlar.
- Oilaviy anamnezida yurak kasalligi mavjud bo'lganlar.

2.2. Tekshiruv va monitoring:

- **Klinik tekshiruv:** arterial qon bosimi, puls, yurak shovqinlari.
- **Elektrokardiogramma (EKG)** va holatga qarab **eko-KG**.
- **Laborator tekshiruvlar:** lipidlar, glyukoza, kreatinin, natriy va kaliy.
- **Profilaktik maslahatlar:** dieta, jismoniy faollik, dori qabul qilish rejimi.

2.3. Kuzatish chastotasi:

- O'rtacha og'irlikdagi kasalliklarda: har 3–6 oyda.
- Yurak yetishmovchiligi yoki post-infarkt bemorlarda: har 1–3 oyda.

3. Nafas yetishmovchiligi kasalliklarini dispanserizatsiyasi

Nafas yetishmovchiligi – bu organizmning kislorod bilan to'liq ta'minlanmasligi yoki karbonat angidridni chiqarish qobiliyati pasayishi. **Asosiy sabablar:** SO'K, astma, interstitsial o'pka kasalliklari, yurak yetishmovchiligi.

3.1. Kimlar dispanserizatsiyaga olinadi:

- Surunkali nafas yetishmovchiligi bilan og'rigan bemorlar (I, II daraja).
- Og'ir astma yoki SO'K bilan kasallanganlar.
- Yurak yetishmovchiligi tufayli nafas qisilishi kuzatiladiganlar.

3.2. Tekshiruv va monitoring:

- Arterial qon gazlari (PaO₂, PaCO₂).
- Spirometriya va nafas funksiyasini baholash.
- Rentgen yoki KT yordamida o'pka holati.
- Oksimetriya: SpO₂ monitoringi.

3.3. Kuzatish chastotasi:

- Yengil holatlarda: har 6 oyda.
- Og'ir holatlarda: har 1–3 oyda.

4. Dispanserizatsiyaning umumiy tartibi

1. **Ro'yxatga olish:** poliklinikada yoki dispanserda kasallik tarixiga ega bemorlar ro'yxatga olinadi.
2. **Dastlabki tekshiruv:** kasallikning og'irligini aniqlash.
3. **Kuzatish va davolash rejasini belgilash:** har bir bemorga individual reja.
4. **Profilaktik chora-tadbirlar:** kasallikni og'irlashishini oldini olish.
5. **Nazorat tekshiruvlari:** belgilangan davrda tekshiruvlar va kerak bo'lsa dori-darmon o'zgartirish.

6. **Davlat hisobotlari:** dispanserizatsiya natijalari sog‘liqni saqlash muassasalarida qayd qilinadi.

5. Muhim eslatmalar

- Dispanserizatsiya faqat kasallik bo‘lgan bemorlar uchun emas, xavf guruhidagi shaxslar uchun ham amalga oshiriladi (chekuvchilar, diabetiklar, yuqori xolesterol, surunkali stressda ishlaydiganlar).
- Profilaktika va erta tashxis kasalliklarning asoratlarini kamaytiradi va bemorning hayot sifatini oshiradi.
- Hamma bemorlar **individual monitoring** asosida kuzatiladi.

VIII-BOB. O'PKANING YIRINGLI KASALLIKLARI. BRONXOEKTAZ, ABSSES, GANGRENA.

8.1. Bronxoektaziya kasalligi

8.1.1. Etiologiyasi

Bronxoektaziya – bu o'pka bronxlarining doimiy kengayishi va deformatsiyasi bilan tavsiflanadigan surunkali kasallik. Etiologiyasi (sabablarini) tushunish kasallikni oldini olish va samarali davolashda juda muhim.

Etiologiya ko'plab omillar va kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ularni asosiy guruhlarga bo'lish mumkin:

1. Infekcion omillar (Infektsiyaga bog'liq)

Bronxoektaziya ko'pincha **o'tkir yoki surunkali bronxit, pnevmoniya** natijasida rivojlanadi. Asosiy mexanizm – bronx devorining infektsiyaga bog'liq shikastlanishi.

Sabablari:

- **Bakterial infektsiyalar:**
 - *Haemophilus influenzae*
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Pseudomonas aeruginosa* (surunkali va og'ir hollarda)
- **Virusli infektsiyalar:** gripp, adenovirus, respirator sincitsial virus (RSV)
- **Tuberkulyoz:** ayniqsa, o'tgan tuberkulyoz natijasida bronxlar deformatsiyalanadi
- **Qaytarlanuvchi pnevmoniyalar** (o'pka doimiy yallig'lanish holati)

2. Immundefitsit va genetik omillar

Ayrim genetik kasalliklar va immunitet yetishmovchiligi bronxoektaziyani rivojlantiradi:

- **Kistik fibroz (Cystic Fibrosis):**
 - O'pka shilliq qavati qalinlashadi, bakterial infektsiya ko'payadi, bronxlar kengayadi.
- **Primary ciliary dyskinesia (Kartagener sindromi):**
 - Bronxlarda cilialar harakati buzilgan, shilliq to'planadi va surunkali infektsiya rivojlanadi.
- **IgG yoki boshqa immunoglobulin yetishmovchiligi:**
 - Surunkali bakterial infektsiyalar rivojlanadi, natijada bronxoektaziya yuzaga keladi.

3. Mexanik va obstruktiv omillar

Bronxlar ichidagi yoki tashqarisidagi to'siqlar ham kasallikni keltirib chiqaradi:

- **Tumorlar yoki poliplari:** bronxni tiqib, shilliq suyuqlik to'planishiga olib keladi.
- **Aspiratsiya:** tish, oziq-ovqat, chekish mahsulotlari yoki boshqa moddalar bronx ichiga kirib, yallig'lanish keltirib chiqaradi.

- **Bronx stenozi (torayishi)** yoki **bronx deformatsiyalari**
4. **Atrof-muhit va toksik omillar**
- Surunkali chang, gazlar, kimyoviy moddalar bilan nafas olish.
 - Chekish (faol va passiv).

5. **Surunkali kasalliklar bilan bog'liq bronxoektaziya**

- **Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'K)**
- **Astma** (kamdan-kam hollarda)
- **Allergik bronxit yoki aspergilloz**

6. **Idiopatik (sababsiz) bronxoektaziya**

Ba'zan etiologiyasi aniq bo'lmaydi. Bunday hollarda kasallik **idiopatik** deb ataladi. U barcha bronxoektaziyalarning taxminan **20–30%** holatini tashkil qiladi.

Bronxoektaziya sabablari ko'p qatlamli va ko'p omilli:

Guruh	Asosiy sabablar
Infeksion	Pnevmoniya, surunkali bronxit, tuberkulyoz, virusli infektsiyalar
Genetik / immundefitsit	Kistik fibroz, Kartagener sindromi, IgG yetishmovchiligi
Obstruktiv / mexanik	Tumor, polip, aspiratsiya, bronx deformatsiyasi
Toksik / atrof-muhit	Chekish, chang, kimyoviy moddalar
Surunkali kasalliklar	SO'OK, astma, allergik bronxit
Idiopatik	Aniq sabab aniqlanmagan holatlar

8.1.2. Epidemiologik ahamiyati

Epidemiologik jihatdan bronxoektaziya:

- **Surunkali respirator kasalliklar** orasida keng tarqalgan, ayniqsa keksa va immuniteti zaif odamlarda.
- Odatda **o'pka funksiyasi kamayishi va surunkali infektsiyalar** bilan bog'liq bo'ladi.

Tarqalish tezligi (Prevalensiya va Incidensiya)

Ko'rsatkich	Ma'lumotlar
Prevalensiya	Dunyo bo'yicha kattalar orasida 100,000 kishida 50–200 kishini tashkil qiladi, ammo bu ma'lumotlar mamlakatlar bo'yicha farq qiladi.
Yangi kasallar soni (Incidensiya)	Yevropada kattalar orasida 100,000 kishida 5–10 yangi holat/ yil ; AQShda 100,000 aholida 4–5 holat/ yil.
Jins bo'yicha tarqalish	Ertalab erkak va ayollar nisbati 1:1 dan 1:2 gacha bo'lishi mumkin. Ayollarda surunkali bronxit va nikotin chekish bilan bog'liq hollarda ko'proq uchraydi.
Yosh guruhi	Odatda 40–70 yoshdagi kattalarda ko'proq kuzatiladi; bolalarda esa asosan surunkali infeksiyalar yoki tug'ma omillar bilan bog'liq bo'ladi.

Hududiy farqlar

- Rivojlangan mamlakatlar:**
 - AQSh, Yevropa: prevalensiya pastroq (100,000 da 50–100)
 - Ko'proq **idiopatik (an'anaviy sababsiz) yoki post-infektsion** bronxoektaziya kuzatiladi.
- Rivojlanayotgan mamlakatlar:**
 - Osiyo, Afrika: prevalensiya yuqori (100,000 da 200–300)
 - Asosiy sababi: **bolalikdagi infeksiyalar (masalan, pnevmoniya, tuberkulyoz)**, malnutritsiya, sog'liqni saqlash tizimining yetishmovchiligi.

Sabablarga qarab tarqalishi

Bronxoektaziya ikki asosiy turga bo'linadi:

- Tug'ma (kongenital) bronxoektaziya:**
 - Kam uchraydi (~5–10% hollarda)
 - Masalan: Kartagener sindromi, cystik fibrosis (qist fibroz).

2. Oraliq / orttirilgan bronxoektaziya:

- Kattalar orasida asosiy kasallik turi (~90%)
- Sabablari:
 - Surunkali infeksiyalar: pnevmoniya, bakterial yoki virusli yallig‘lanish
 - Immunitet yetishmovchiligi
 - Post-tuberkulyoz o‘zgarmalari (ko‘plab rivojlanayotgan mamlakatlarda)

Global o‘lim va og‘irlik

- Bronxoektaziya o‘limga olib kelishi nisbatan past, ammo **surunkali nafas yetishmovchiligi va infeksiyalar tufayli hayot sifatiga ta’sir qiladi.**
- **Yevropa va AQShda** o‘pka bilan bog‘liq o‘lim hollari orasida 1–5% bronxoektaziya bilan bog‘liq.
- Rivojlanayotgan mamlakatlarda tuberkulyoz bilan bog‘liq bronxoektaziya ko‘proq o‘limga sabab bo‘ladi.

Risk faktorlar

- Bolalikda surunkali infeksiyalar (pnevmoniya, difteriya)
- Tuberkulyoz va boshqa respirator kasalliklar
- Genetik kasalliklar (cystik fibrosis, immunodefitsitlar)
- Chekish va havoning ifloslanishi
- Surunkali allergik kasalliklar (masalan, astma)

8.1.3. Patogenezi

Bronxoektaz kasalligini patogenezi murakkab bo‘lib, bir nechta mexanizmlar orqali rivojlanadi.

1. Asosiy mexanizm: "Yallig‘lanish – Shikastlanish – Kengayish" sikli

Bronxoektazning rivojlanishida asosiy omil — **doimiy yallig‘lanish** va **bronx devorining shikastlanishi**:

1. Yallig‘lanish:

- Surunkali infeksiyalar (masalan, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*) bronx devoriga hujum qiladi.
- Yallig‘lanish hujayralari (neytrofillar, makrofaglar, limfotsitlar) **enzimlar (proteazalar)** va **reaktiv kislorod turlari (ROS)** ishlab chiqaradi.
- Bu moddalarning ta’sirida bronx devori elastik va mushak qatlamlari shikastlanadi.

2. Bronx devorining shikastlanishi:

- Elastik va mushak qatlamlarining yo‘qolishi natijasida bronxlar deformatsiyalanadi va doimiy kengayadi.
- Shikastlangan epiteliy sirti **cilial funktsiyani yo‘qotadi**, ya’ni shilliq qavatning tozalash mexanizmi buziladi.

3. Sekreksiya va ifloslanish:

- Shilliq qavatning buzilishi bilan birga, **shilimshiq yig‘ilishi** ortadi, bu esa bronxlarni infeksiya uchun qulay muhitga aylantiradi.
- Natijada **yangi infeksiyalar** keladi va sikl yana takrorlanadi.

2. Netrifil va immun mexanizmlar

- Netrifillar yallig‘lanishga javoban **elastaz va metalloproteinazlar** chiqaradi, ular bronx devorining elastik tolalarini yo‘q qiladi.
- Yallig‘lanish mediatorlari (IL-8, TNF- α) **yallig‘lanishni kuchaytiradi**, shuning bilan bronxoektaz sikli uzluksiz davom etadi.

3. Shilliq qavat va cilial disfunktsiya

- Silliq qavat (epiteliy) va cilial harakatlar yallig‘lanish ta’sirida buziladi:
 - **Sekreksiya ortadi**, lekin uni chiqarish qobiliyati kamayadi.
 - Natijada **staz (to‘planish)** va **mikroorganizmlar ko‘payishi** sodir bo‘ladi.

4. Bronxlarning struktural o‘zgarishi

- Bronx devori quyidagi o‘zgarishlarga uchraydi:
 1. Mushak va elastik qatlamlarning yo‘qolishi.
 2. Fibroz qatlamning ortishi.
 3. Kichik bronxlar doimiy kengayadi (silliq yoki silindrik, ba’zan po‘lat yoki konik shakl).
- Bu o‘zgarishlar **bronxning normal funksiyasini buzadi** va **havo o‘tkazuvchanligini kamaytiradi**.

5. Infeksiya va yallig‘lanish sikli

- “**Vicious cycle**” modeli (Cole, 1986) bronxoektaz patogenezi tushuntiradi:
 1. Shilliq qavat shikastlanadi → cilial funksiyasi buziladi
 2. Shilimshiq yig‘iladi → bakteriyalar o‘sadi
 3. Yallig‘lanish kuchayadi → bronx devori shikastlanadi
 4. Bronxlar kengayadi → sikl takrorlanadi
- Shu tarzda bronxoektaz **progressiv va abadiy kasallik**ga aylanadi.

6. Qo‘shimcha omillar

- Genetik va konjenital sabablar:
 - **Kistik fibroz, immundefitsitlar, Kartagener sindromi** → cilial harakat buzilishi → bronxoektaz.
- Atrof-muhit omillari:
 - **Chiqindilar, chang, tutun** → yallig‘lanishni kuchaytiradi.
- Surunkali allergiya yoki aspiratsiya:
 - Kichik bronxlar zarar ko‘radi va kengayadi.

8.1.4. Bronxoektaziya tasnifi

Bronxoektaziyalarni **bir nechta asosiy mezonlar bo'yicha tasniflashadi**: morfologik o'ziga xoslik, lokalizatsiya, etiologiya va klinik kurs bo'yicha.

1. Morfologik tasnif (bronxlarning shakli bo'yicha)

1. Silindrik (cylindrical) bronxoektaziya

- Bronx kengaygan, lekin shakli deyarli o'zgarmaydi, silindrga o'xshaydi.
- Eng ko'p uchraydigan tur.
- Radiologiyada bronxlar tekis yoki biroz kengaygan ko'rinadi.

2. Sakkular (saccular) bronxoektaziya

- Bronx oxirgi qismi sharchaga o'xshab kengayadi.
- Bu eng og'ir va surunkali shakl hisoblanadi.
- Ko'pincha balg'am va infeksiya ko'p to'planadi.

3. Varikoz (varicose) bronxoektaziya

- Bronxlar bo'ylab g'ovak va tor, g'ovak bilan kengaygan bo'laklar mavjud.
- Ko'pincha silindrik va sakkular shakllar aralashib keladi.

2. Lokalizatsiyaga qarab tasnif

1. Fokal (lokal) bronxoektaziya

- Faqat bitta segment yoki lobda aniqlanadi.
- Ko'pincha oldingi pnevmoniya yoki aspiratsiya natijasida yuzaga keladi.

2. Diffuz bronxoektaziya

- Ko'p lob va segmentlarda uchraydi.
- Ko'pincha genetik kasalliklar (kistik fibroz) yoki surunkali yallig'lanish natijasida keladi.

3. Etiologik tasnif (sababiga ko'ra)

1. Postinfektsion bronxoektaziya

- Oldingi jiddiy pnevmoniya, qizamiq, ko'krak tuberkulyozi natijasida yuzaga keladi.

2. Kistik fibroz bilan bog'liq

- Genetik kasallik. Balg'am juda yopishqoq, ko'p infeksiyalar bo'ladi.

3. Immunitet yetishmovchiligi sababli

- IgG, IgA yetishmasligi bilan bog'liq.

4. Obstruktiv (to'siq sababli) bronxoektaziya

- Shish, o'simta yoki aspiratsiya tufayli bronx to'silib, kengayadi.

5. Sekundar (boshqa kasalliklar bilan bog'liq)

- Allergik aspergilloz, revmatik kasalliklar, surunkali bronxit.

4. Klinik kurs va radiologik tasnif

1. Aktiv surunkali – infeksiya alomatlari davom etadi (yiringli balg'am, qayta-qayta pnevmoniya).

2. Passiv yoki quiescent – simptomlar kamaygan, faqat tekshirishda aniqlanadi.

5. Diagnostik mezonlar

- **RTG va KTK (kompyuter tomografiya)** – bronx kengayishini va shaklini aniqlash.
- **Bronxoskopiya** – obstruksiya va balg‘am tekshiruvi.
- **Balg‘am madaniyati** – infeksiyani aniqlash.

8.1.5. Klinik ko‘rinishlari

Bronxoektaz—bu bronxlarning doimiy kengayishi va shakli o‘zgarishi bilan kechadigan surunkali nafas yo‘llari kasalligi. Klinik ko‘rinishlar ko‘pincha kasallikning davomiyligi, bronxlarning qaysi segmenti yoki loblari zararlangani va asoratlarning mavjudligiga bog‘liq bo‘ladi.

1. Asosiy simptomlar

Bronxoektazda uchraydigan asosiy klinik belgilar quyidagilardan iborat:

1. Surunkali yo‘tal

- Asosan ertalab kuchayadi.
- Davomiyligi o‘rtacha: oylar va yillar davomida kuzatiladi.
- Ba’zida quruq, ba’zida esa balg‘am bilan bo‘ladi.
- Balg‘am miqdori kasallik davrida ko‘p bo‘lishi mumkin (50–300 ml/kun).

2. Balg‘am ajralishi

- Oq, sariq yoki yashil rangda bo‘lishi mumkin.
- Balg‘amda qon aralashishi ham kuzatiladi (hemoptiziya), ayniqsa infeksiya paytida.
- Surunkali yallig‘lanish bilan bog‘liq.

3. Qon ajralishi (hemoptiziya)

- Kichik qon qotishlari yoki ko‘p miqdorda qon bo‘lishi mumkin.
- Qon ajralishi bronxlarning shikastlanishi bilan bog‘liq.

4. Nafas yetishmovchiligi va tez-tez charchash

- Katta loblar yoki ko‘p bronxlar zararlanganda.
- Jismoniy faoliyat davomida nafas qisishi, tez-tez charchash kuzatiladi.

5. Infeksiyalarning surunkali ravishda takrorlanishi

- Shamollash va bronxit kabi epizodlar tez-tez keladi.
- Har bir infeksiya bilan bronxoektaz belgilari kuchayadi (yo‘tal, balg‘am ko‘payishi, isitma).

2. Qo‘shimcha belgilar

1. Gemorragik yoki purulent balg‘am

- Purulent balg‘am sariq yoki yashil bo‘ladi, bakterial infeksiyalar paytida.
- Gemorragik balg‘am — qonli, bronxlarning shikastlanishidan.

2. Surunkali isitma yoki qusish

- Ko‘pincha yengil isitma bo‘ladi.
 - Ba‘zan bemor charchoq va bezovtalikni his qiladi.
3. **Tana vaznining pasayishi**
- Surunkali kasalliklar, infeksiyalar va yomon ovqatlanish sababli.
4. **Nafas eshitish belgilar**
- Bronxlarda shovqin: xushbo‘y yoki keskin pichir kabi.
 - Ronxogrammada tipik “tramline” yoki “ring shadow” ko‘rinadi.

3. Og‘ir kasallik belgilar

- Surunkali hipoksemiya → teri va shilliq pardalarda cyanosis (ko‘karganlik).
- Pulmonar gipertenziya → yurak yetishmovchiligi belgilariga olib kelishi mumkin.
- Katta hemoptiziya → hayot uchun xavfli bo‘lishi mumkin.

4. Kasallikning klinik turlari bilan bog‘liq simptomlar

Bronxoektaz turiga qarab klinik ko‘rinish farqlanadi:

Tur	Klinik ko‘rinish
Silyindrik (trubchat) bronxoektaz)	Surunkali yo‘tal, katta miqdorda balg‘am, kamroq deformatsiya
Fusiform (konus shaklidagi)	Surunkali yallig‘lanish, balg‘am va infeksiyaga moyillik
Sakkulyar (pouch shaklidagi)	Katta balg‘am, og‘ir hemoptiziya, pnevmoniya rivojlanishi yuqori

5. Qo‘shimcha e‘tibor

- Kasallik surunkali bo‘lganda, bemorda **yengil febril epizodlar**, umumiy charchoq, tez-tez shamollash bo‘lishi mumkin.
- Klinik ko‘rinish ko‘pincha **tomografiya** va **rentgen** yordamida tasdiqlanadi.

8.1.6. Bronxoektatik kasalligi bor bemorlarni klinik jihatdan baholash

Kasallik o‘zgaruvchan darajada nafas yetishmovchiligi, surunkali balg‘am ajralishi va qayta-qayta infeksiyalash bilan kechadi.

1.Asosiy klinik belgilar

- Surunkali balg‘amli yo‘tal (odatda 3 oy va undan ko‘p davom etadi)
- Qayta-qayta respirator infeksiyalar

- Gemoptiziya (qon bilan balg‘am ajralishi)
- Nafas yetishmovchiligi, charchoq, jismoniy faollikning kamayishi
- Ba‘zan qo‘shimcha belgilar: ovozli ronch va kraketlar eshitilishi

2. Klinika baholash bosqichlari

2.1. Anamnez yig‘ish

- **Balg‘amli yo‘talning davomiyligi va xususiyati:** kunlik miqdor, rang, konsistensiya, qon aralashligi.
- **Infektsiyalar tarixi:** necha marta kasallangan, antibiotiklar ishlatilganligi.
- **Oila va genetika tarixi:** cystic fibrosis, immunitet yetishmovchiligi, allergiyalar.
- **Boshqa kasalliklar tarixi:** astma, pastki nafas yo‘llari infeksiyalari, sil kasalligi.
- **Hayot tarzi va xavf omillari:** tamaki, atrof-muhit ifloslanishi, ish sharoiti.

2.2. Fizik tekshiruv

1. **Umumiy holat:** vazn, tana holati, charchoq.
2. **Naqshli belgilar:**
 - Oyoq barmoqlari va tirnoqlarda **klubbing** (oksigen yetishmasligi belgisi)
 - Yuz, bo‘g‘imlarda shish
3. **Nafas tizimi tekshiruvi:**
 - **Auskultatsiya:** kraketlar, ronxlar, ba‘zan wheezing
 - **Perkussiya:** ba‘zan hipersonor
 - **Aspiratsiya belgilarini aniqlash:** asimmetrik nafas, respirator qiyinchilik

2.3. Laborator tekshiruvlar

- **Umumiy qon tahlili:** leykotsitoz (infektsiya), gemoglobin (anemiya)
- **Balg‘am tahlili:** bakteriologik (Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa)
- **Qon biokimyosi:** infektsiya yoki yallig‘lanish belgisi

2.4. Radiologik va funksional tekshiruv

1. **Röntgen (X-ray) toraks:**
 - Asosiy o‘zgarishlar: bronxlarning kengayishi, lokalizatsiya, sekret to‘planishi.
2. **Kompyuter tomografiya (HRCT):**
 - **Eng sezgir diagnostika usuli**
 - Kengaygan bronxlar, devor qalinligi, sekreti mavjudligi
3. **Spirometriya:**
 - Nafas funksiyasini baholash (obstruktiv, aralash, restriktiv o‘zgarishlar)
4. **Oksimetriya yoki gaz analizi:**
 - Arterial qon gazlari bilan nafas yetishmovchiligi aniqlash

2.5. Qo‘shimcha tekshiruvlar

- **Immunitet tahlillari:** immunoglobulinlar, CD-turlar

- **Genetik testlar:** agar cystic fibrosis ehtimoli bo'lsa
- **Bronxoskopiya:** shubhali infeksiya yoki qon manbasini aniqlash uchun

3. Klinik baholashda ahamiyatli parametrlar

Parametr	Belgilar / Ahmiyati
Yo'tal va balg'am	Kasallik faolligi va infeksiya belgilari
Qon bilan balg'am	Qon tomiri shikastlanishi, xavf darajasi
Naqshli belgilar	Surunkali hipoksiya va kislorod yetishmovchiligi
Spirometriya	Obstruksiya va ventilatsiya buzilishi darajasi
HRCT natijalari	Bronxlar deformatsiyasi va sekretiya lokalizatsiyasi
Qayta infeksiya tarixi	Kasallik progressivligi va davolash strategiyasini belgilash

4. Klinika baholash natijalarini integratsiya qilish

Bemorni baholashdan maqsad:

- Kasallik faolligini aniqlash
- Progressivlik darajasini belgilash
- Infeksiya xavfini baholash
- Individual davolash rejasi tayyorlash

8.1.7. Differensial diagnostika maqsadi

Bronxoektazni boshqa nafas yo'llari kasalliklaridan ajratish, chunki:

- **Surunkali yo'tal** va **balg'am** ko'p kasalliklarda uchraydi: astma, xronik obstruktiv bronxit, sil, kistik fibroz, o'pka shishlari.
- To'g'ri tashxis **terapiya va prognoz** uchun juda muhim.

Asosiy kasalliklar bilan differensial diagnostika

1. Xronik obstruktiv bronxit (XOB)

Belgilar	Bronxoektaz	XOB
Yo‘tal	Surunkali, balg‘am bilan, ko‘pincha kun bo‘yi	Surunkali, ayniqsa ertalab
Balg‘am	Ko‘p, purulent yoki qonli	Kam, odatda shaffof yoki oqimsi
Infektsiyalar	Tez-tez takrorlanadi	Kamroq
Radiologiya	Bronxlar kengaygan, Divor qalinligi, bronxogramda “tramvay izlari”	Havo tiqilishi, emfizema, bronchial devor qalinligi, kengayish kam

Farqi: bronxoektazda bronxlar doimiy kengaygan, XOBda esa obstruktsiya ko‘proq vaqti-vaqti bilan bo‘ladi.

2. Astma

Belgilar	Bronxoektaz	Astma
Yo‘tal	Doimiy, balg‘am bilan	Asosan kechasi va ertalab, balg‘amsiz yoki oz miqdorda
Nafas olish	Hovur, infeksiyadan keyin kuchayadi	Giperektsiyaga moyil, bronxospazm bilan
Reversibilite	Yo‘q	Bronxodilator bilan yaxshilanadi
Radiologiya	Bronxlar kengaygan, yo‘tal bilan bog‘liq	Odatda normal yoki havo tiqilishi

Farqi: astma reversibl va bronxoektaz kabi doimiy bronx deformatsiyasi yo‘q.

3. Kistik fibroz (KF)

- Ko‘pincha bolalikda boshlanadi.
- Surunkali balg‘amli yo‘tal, qaytalanadigan pnevmoniyalar.
- Balg‘am ko‘pincha purulent.
- Diagnostika: **ter test, genetik test.**
- Radiologiya: diffuz bronxoektazlar, ko‘p loblarda.

Farqi: kistik fibrozda boshqa organlar ham ta’sirlanadi (pankreas, ichak), bronxoektaz esa ko‘pincha faqat o‘pkaga ta’sir qiladi.

4. Pnevmoniya (surunkali yoki takroriy)

Belgilar	Bronxoektaz	Surunkali pnevmoniya
Yo‘tal	Surunkali, balg‘am ko‘p	Yo‘tal odatda qisqa, balg‘am infeksiyaga bog‘liq
Qaytalanish	Tez-tez	Kamroq, faqat infeksiya bilan
Radiologiya	Bronxlar kengaygan, tramvay izlari	Fokal infiltratlar, Konsolidatsiya

Farqi: bronxoektazda bronx deformatsiyasi doimiy, pnevmoniyada vaqtinchalik.

5. Tuberkulyoz (TB)

- Xronik yo‘tal, ba‘zan qonli balg‘am.
- Radiologiya: apexlarda fokuslar, kavernalar.
- Mikrobiologik test: **BK (+)**.
- Bronxoektaz ham TB asorati sifatida bo‘lishi mumkin.

Farqi: TBda infeksiyaga xos lokalizatsiya va mikroskopik BK mavjud, bronxoektaz esa kengayish bilan ajralib turadi.

6. Pulmonar fibroz yoki restriktiv kasalliklar

- Surunkali yo‘tal kam, balg‘am kam.
- Dyspnoe kuchliroq.
- Radiologiya: **diffuz tolali o‘zgarishlar**, bronchial kengayish yo‘q.

Diagnostik testlar bronxoektazni tasdiqlash uchun

1. **RTG o‘pka** – asosiy skrining, ba‘zan diagnostik yetarli emas.
2. **HRCT (High-Resolution CT)** – eng ishonchli:
 - Bronxlar doimiy kengaygan
 - Divarlar qalin
 - Tramvay yo‘li yoki halqalar ko‘rinishi
3. **Spirometriya** – obstruktiv yoki aralash tipdagi o‘pka funksiyasi.
4. **Balg‘am madaniyati** – infeksiya va antibiotik terapiyasi uchun.
5. **Laborator testlar** – kistik fibroz yoki immun yetishmovchiligini aniqlash.

Differensial diagnostikaga asoslangan qoidalar

- Surunkali balg‘amli yo‘tal + HRCTda bronx kengaygan → bronxoektaz
- Qaytalanadigan pnevmoniya → kistik fibroz yoki immun yetishmovchiligi
- Obstruktiv simptomlar, bronxodilatorga javob → astma
- Apexda kavernalar + BK (+) → tuberkulyoz
- Fokal infiltratlar → surunkali pnevmoniya

8.1.8. Bronxoektaziya asoratlari

Bronxoektaziya surunkali va progressiv kasallik bo'lgani sababli, vaqt o'tishi bilan turli og'ir asoratlar rivojlanadi. Ularni quyidagicha tasniflash mumkin:

1. Surunkali infeksiyalar va bronxial oqibatlar

- **Surunkali balg'amli yallig'lanish:** Kasallik bronxlar devorini doimiy shikastlaydi va bakteriyalar uchun qulay muhit yaratadi.
- **Doimiy balg'am chiqarish:** Ko'pincha purulent (pusli), ko'k rangli yoki qon aralash.
- **Reaktiv infeksiyalar:** Gripp, pnevmoniya kabi kasalliklar tez-tez qaytarlanadi.

2. Qon bilan bog'liq asoratlar (Hemoptiziya)

- Bronxlar devorining doimiy shikastlanishi qon tomirlarini zaiflashtiradi.
- **Kuchsiz yoki katta qon ketishlari** (hemoptiziya) yuz berishi mumkin.
- Og'ir hollarda hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin.

3. Nafas yetishmovchiligi

- Bronxlar deformatsiyalanganligi va shilliq qavat buzilganligi sababli, **o'pka gaz almashinuvi yomonlashadi.**
- Natijada:
 - Surunkali kislorod yetishmovchiligi (hipoksiya)
 - Tez charchash, nafas qisishi
 - Cyanoz (teri va lablarning ko'kargani)

4. Surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari bilan bog'liq asoratlar

- Ba'zi bemorlarda bronxoektaziya **surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (CHOPK) bilan birga rivojlanadi.**
- Bu holat bronxlarning yanada torayishi va nafas yetishmovchiligining og'irlashishiga olib keladi.

5. Pulmonar asoratlar

- **Pnevmoniya:** Surunkali infeksiyalar oqibatida tez-tez rivojlanadi.
- **Abstsesslar:** O'pkada yiring to'planishi.
- **Bronkopulmonar fistulalar:** Bronx va o'pka to'qimasi orasida patologik yo'l hosil bo'lishi.

6. Yurak va qon tomir asoratlari (Cor pulmonale)

- Surunkali hipoksiya **o'pka tomirlarida qon bosimini oshiradi.**
- Natijada:
 - O'pka yuragi (cor pulmonale) rivojlanishi
 - Chap yoki o'ng yurak bo'limlarining kengayishi
 - Yurak yetishmovchiligi

7. Umumiy va boshqa asoratlar

- Charchoq, ishtaha yo'qolishi, vazn tushishi
- Surunkali yallig'lanish natijasida **organizmdagi immunitet pasayadi**
- Og'ir hollarda **o'pka fibrozasi** (to'qimalarning qattiqlashishi)

Bronxoektaz kasalligi surunkali va asta-sekin yomonlashadigan kasallik bo'lib, uning asosiy asoratlari quyidagilardan iborat:

1. Surunkali infeksiyalar va balg'amli yallig'lanish
2. Qon ketishlari (hemoptiziya)
3. Nafas yetishmovchiligi
4. Surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari
5. Pulmonar asoratlari (pnevmoniya, absstess, fistulalar)
6. Yurak va qon tomir asoratlari (cor pulmonale)
7. Umumiy sog'liqning pasayishi

8.1.9. Bronxoektaz kasalligini davolash

Bronxoektaz kasalligi (bronchiectasis) – bu o'pkaning bronxlarining doimiy kengayishi va deformatsiyasi bilan kechadigan surunkali kasallik bo'lib, odatda qayta-qayta pnevmoniyalar, surunkali yo'tal, balg'am ajralishi va infeksiyalar bilan tavsiflanadi. Zamonaviy davolash kasallikning sababi, og'irligi va bemorning holatiga qarab individual tarzda belgilanadi. Quyida bronxoektaz kasalligini davolashning zamonaviy usullari haqida to'liq ma'lumot beraman:

1 Asosiy maqsadlar

Bronxoektaz kasalligini davolashda quyidagi maqsadlar ko'zlanadi:

- Infeksiyalarni nazorat qilish.
- Surunkali yallig'lanishni kamaytirish.
- Balg'amni samarali chiqarishni ta'minlash.
- O'pka funksiyasini saqlash va asoratlarni oldini olish.
- Hayot sifatini oshirish.

2 Farmakologik davolash

a) Antibiotiklar

- **O'tkir infeksiyalar davolash:**
 - Haqiqiy agent (*Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*) aniqlanganda maqsadli antibiotiklar tanlanadi.
 - Eng ko'p ishlatiladigan preparatlar: aminopenitsillinlar, makrolidlar, kinolonlar.
- **Surunkali infeksiyalar:**
 - *Pseudomonas aeruginosa* bilan surunkali infeksiya bo'lsa, inhalyatsion antibiotiklar (tobramitsin, colistin) ishlatiladi.
 - Ko'pincha davolash 28 kunlik sikllarda amalga oshiriladi.

b) Surunkali makrolid terapiyasi

- Azitromitsin yoki eritromitsin past dozalarda uzoq muddat ishlatiladi (odatda 6–12 oy).
- Maqsad: yallig'lanishni kamaytirish, infeksiyalarni oldini olish, ekspektoratsiyani yaxshilash.

- Juda ehtiyotkorlik bilan, qarshi ko'rsatmalarga (QT intervali, jigar kasalligi) e'tibor beriladi.

c) Yallig'lanishga qarshi preparatlar

- Kortikosteroidlar (og'iz orqali yoki inhalyatsion) faqat alohida hollarda, masalan astma yoki eosinofilik bronxoektaz mavjud bo'lsa.
- Surunkali yallig'lanishga qarshi yangi biologik preparatlar (tez rivojlanayotgan soha, ba'zi klinik sinovlar mavjud).

3 Balg'amni chiqarish va fizioterapiya

Bronxoektaz kasalligida balg'amni chiqarish juda muhim:

a) Nafas olish mashqlari

- **Postural drenaj** (turli holatlarda yotish va balg'amni chiqarish).
- **Oscillating PEP device** (Acapella, Flutter) – bronxlarni titratib balg'amni chiqarishni osonlashtiradi.

b) Fizioterapiya

- Bronxlarni tozalashga yordam beradi.
- Mashqlar va nafas olish texnikalari bilan birga ishlatiladi.

4 Inhalyatsion davolash

- **Bronxlar kengayishini kamaytirish va yallig'lanishni kamaytirish:**
 - Mucoactive preparatlar: N-acetylcysteine (balg'amni suyultirish), hypertonic saline (7% NaCl).
 - Inhalyatsion kortikosteroidlar (faqat zarur hollarda).

5 Jarrohlik usullari

- Faqat tanlangan bemorlarda, masalan:
 - Surunkali infeksiya yoki hemoptiziya (qon qusurish) bo'lsa.
 - Bronxning bitta segmenti yoki lobida og'riqli yoki zararli jarayon mavjud bo'lsa.
- **Bronzelektomiya** (shikastlangan segmentni olib tashlash).
- Minimal invaziv texnikalar: videotorakoskopik jarrohlik (VATS) ba'zi hollarda qo'llanadi.

6 Yangi va zamonaviy yondashuvlar

- **Biologik preparatlar:** IL-5 yoki IL-4/13 inhibitorlari surunkali yallig'lanish va eosinofili bronxoektaz bilan bog'liq holatlarda sinovdan o'tkazilmoqda.
- **Gen terapiyasi:** cystic fibrosis (CF) bilan bog'liq bronxoektazlarda.
- **Phage terapiya:** Pseudomonas yoki boshqa antibiotiklarga chidamli bakteriyalarni yo'qotishda klinik sinovlar.

7 Profilaktika va parvarish

- Surunkali infeksiyalardan oldini olish.
- Influenza va pnevmoniya vaksinalari.
- Chekishdan saqlanish.
- O'pka funksiyasini muntazam nazorat qilish (spirometriya).

Bronxoektaz kasalligini davolash individual yondashuvni talab qiladi va ko'pincha ko'p komponentli: infeksiyalarni nazorat qilish, balg'amni chiqarish, yallig'lanishni kamaytirish, fizioterapiya va ba'zan jarrohlik. Zamonaviy davolash usullari antibiotiklar, inhalyatsion mucoactive preparatlar, fizioterapiya, makrolid terapiyasi va yangi biologik preparatlarni o'z ichiga oladi.

8.2. O'pka absesi

O'pka absesi — bu o'pkada **nekroz va yiring to'planishi** bilan xarakterlanuvchi fokal infeksiya bo'lib, ko'pincha bir yoki bir nechta o'pkada bo'ladi.

8.2.1. Etiologiya

Etiologiya (sababchasi) bir nechta omillar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

1. Infektsion sabablar

O'pka absesi ko'pincha **bakterial infeksiya** natijasida rivojlanadi. Infektsiyani keltirib chiqaruvchi mikroorganizmlar quyidagilardir:

A. Anaerob bakteriyalar (eng ko'p uchraydi)

- Anaerob bakteriyalar tishlar, og'iz bo'shlig'i va tomoqdagi infeksiyalarda yashaydi.
- Ko'pincha aspiratsiya (nafas yo'li orqali ichkariga kirish) tufayli o'pkaga tushadi.
- **Eng ko'p uchraydigan turlari:**
 - *Bacteroides spp.*
 - *Fusobacterium spp.*
 - *Peptostreptococcus spp.*
- **Statistika:** O'pka abselarining 60–80% aspiratsiyaga bog'liq va anaerob bakteriyalar tomonidan yuzaga keladi.

B. Aerob bakteriyalar

- **Staphylococcus aureus** — ko'pincha gripp yoki pnevmoniya fonida paydo bo'ladi.
- **Klebsiella pneumoniae** — ayniqsa qariyalar va diabet kasallari orasida.
- **Pseudomonas aeruginosa** — ko'proq immuniteti susaygan bemorlarda.

C. Mikobakteriyalar

- *Mycobacterium tuberculosis* — tuberkulyoz natijasida xronik abses paydo bo'lishi mumkin.

D. Qon orqali (hematogen) infektsiya

- Boshqa organlardan, masalan, yurak (endokardit), siydik yo'llari yoki teridan kelib chiqqan bakteriyalar orqali o'pkaga kirishi mumkin.

2. Mexanik va aspiratsion sabablar

O'pka absesi ko'pincha aspiratsiya tufayli yuzaga keladi:

- **Og'iz va tish gigiyenasi yomon bo'lgan bemorlarda** (parodontoz, stomatit).
- **Ko'p miqdorda alkogol ichish** — refleks yutish buziladi.
- **Og'ir kasalliklar yoki charchash** (anesteziya, koma, og'ir nevrologik kasalliklar) sababli aspiratsiya ehtimoli ortadi.
- **Gastroezofageal refluks kasalligi** bilan birga.

3. Immunitet bilan bog'liq sabablar

- O'pka absesi immunitet past bo'lgan bemorlarda tez rivojlanadi.
- **Risk guruhlari:**
 - Qandli diabet, gemoblastoz, onkologik kasalliklar.
 - Kortikosteroid yoki sitostatik dori qabul qilayotgan bemorlar.
 - Surunkali alkogolizm yoki surunkali surunkali kasalliklar (masalan, surunkali bronxit, COPD).

4. Travmatik yoki postoperativ sabablar

- **O'pka jarrohliklari** yoki bronxial biopsiya, intubatsiya, trakeostomiya.
- **Jasadga zarar yetishi** — o'pkaga bevosita bakterial infektsiya kiradi.

5. Ko'p sabablarga asoslangan klassifikatsiya

Etiologik omil

Anaerob bakteriyalar

Aerob bakteriyalar

Mikobakteriyalar

Viruslar/fungal

Misollar

Bacteroides, Fusobacterium,
Peptostreptococcus

Staphylococcus aureus,
Klebsiella pneumoniae,
Pseudomonas

Mycobacterium tuberculosis

Kam uchraydi,
immunosupressiya bo'lsa
Aspergillus, *Candida*

Etiologik omil

Mexanik / aspiratsion

Hematogen

Misollar

Og'izdan aspiratsiya,
alkogolizm, koma,
gastoesofageal refluks

Endokardit, sepsis

O'pka absesi asosan **bakterial infeksiya natijasida** yuzaga keladi, ko'pincha aspiratsiya bilan bog'liq anaerob bakteriyalar sababli. Immunitet pastligi, surunkali kasalliklar va travmatik sabablar uning rivojlanish xavfini oshiradi

8.2.2. Epidemiologiyasi

1. Kasallikning tarqalishi

- O'pka absesi nodar holat bo'lib, bugungi kunda u ancha kamaygan.
- Tarixda 20-asrning o'rtalarida absesslar pnevmoniya va infeksiya natijasida keng tarqalgan bo'lgan.
- Zamonaviy davrda antibiotiklar keng qo'llanilishi tufayli kasallik sezilarli darajada kamaygan.

2. Yillik insidensiya

- Umumiy aholida: 10–20 holat / 100 000 aholi.
- Yetakchi rivojlangan mamlakatlarda: 1–5 holat / 100 000.
- Rivojlanayotgan mamlakatlarda: 10–40 holat / 100 000.

3. Jins va yoshga ko'ra tarqalish

- **Erkaklar** ko'proq kasallikka uchraydi (2–3 baravar ko'p) — asosan spirtli ichimliklar, chekish va surunkali bronx kasalliklari bilan bog'liq.
- **Yosh guruhi:** ko'pincha 30–50 yosh oralig'idagi kattalarda uchraydi.
- Bolalarda **kam uchraydi**, lekin immuniteti zaif bo'lgan hollarda (masalan, immunosupressiv terapiya oladigan bolalar) kuzatilishi mumkin.

4. Xavf omillari

O'pka absesi rivojlanishiga quyidagi omillar yordam beradi:

1. Asosiy kasalliklar:

- Surunkali bronxit
- Pnevmoniya (stafilokokk yoki anaerob bakteriyalar bilan)
- Aspiratsion pnevmoniya (ovqat, qattiq suyuqlik yoki tibbiy preparatlar nafas yo'liga tushganda)

2. Hayot tarzi omillari:

- Spirtli ichimliklar
- Chekish
- Narkotik moddalar

3. Tibbiy omillar:

- Immunitet pastligi (diabet, HIV)
- Malnutritsiya
- Yurak-qon tomir kasalliklari

5. Etiologik agentlar

O'pka absesi ko'pincha **polimikrobia**l infeksiya sabab bo'ladi:

- **Anaerob bakteriyalar:** Bacteroides, Fusobacterium, Peptostreptococcus
 - **Aerob bakteriyalar:** Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae
- Kamdan-kam hollarda: Streptococcus spp. O'pka absesi kam uchraydigan, ammo og'ir asorat beruvchi kasallik. Erkaklarda va 30–50 yoshdagi bemorlarda ko'proq kuzatiladi. Rivojlangan mamlakatlarda incidensiya past, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa nisbatan yuqori. Xavf omillari—surunkali kasalliklar, spirtli ichimliklar, chekish va immunitet pasayishi.

8.2.3. Patogenezi (infeksiyaning rivojlanishi)

O'pka absesi patogenezi bir necha bosqichda yuz beradi:

A. Infeksiya manbai va yo'li

1. Aspiratsiya yo'li (eng ko'p uchraydi)

- Stomatogen yoki gastrointestinal manbadan og'iz, tish, oshqozon tarkibi mikroblarining aspiratsiyasi natijasida.
- Masalan: **anaerob bakteriyalar:** *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Bacteroides*.

2. Bronxial yo'l orqali

- Pneumoniya yoki bronxit natijasida patogen mikroblar o'pkaga tushadi.
- Masalan: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*.

3. Gematogen yo'l

- Qon orqali boshqa organlardan o'pkaga tarqaladi.
- Masalan: endokardit, sepsis.

4. Travmatik yoki iatrogenik yo'l

- O'pkaga tashqi jarayonlar, jarrohlik yoki jarohatlar orqali mikroblar kirishi.

B. Jarayon bosqichlari

1. Lokal infeksiya va nekroz

- Mikroblar o'pka to'qimasiga kiradi.
- Immun tizim limfotsitlar, neutrofillarni jalb qiladi.
- Neutrofillar bakteriyalarni yo'q qiladi, ammo shu bilan birga **to'qima necrozga** olib keladi.

2. Yiring yig'ilishi (pus)

- Nekrotik to'qima, bakteriyalar va oq qon hujayralari birlashib, **yiring (pus) hosil qiladi**.
- Bu jarayon o'pkaning alveol va bronxlarida **kavitatsiya** hosil bo'lishiga olib keladi.

3. Kavitatsiya va devor hosil bo'lishi

- Nekrotik to'qima so'riladi, bo'shliq (absess kavitasi) hosil bo'ladi.
- Bu kavitatsiya **fibroz devor bilan** o'raladi, bu esa absessning o'z-o'zini chegaralashiga yordam beradi.

4. Yallig'lanishning davom etishi

- Agar davolash kechiksa, absess kengayadi.
- Katta absesslar o'pkaning funksiyasini buzadi va septik shok xavfini oshiradi.

3. Bakterial mexanizm

- **Anaerob bakteriyalar:** lokal nekrozni kuchaytiradi, yiring hosil qiladi.
- **Aerob bakteriyalar:** tez rivojlanadi, ko‘pincha immunitet zaif bo‘lsa og‘ir kechadi.
- Toksinlar va lizoenzimlar o‘pka to‘qimasini shikastlaydi va yiring yig‘ilishini tezlashtiradi.

4. Immun javob

- Neutrofillar: bakteriyalarni fagotsitoz qiladi, yiring hosil qiladi.
- Makrofaglar: nekrotik to‘qimani tozalaydi.
- Limfotsitlar: bakteriyalarga qarshi antitanalarni ishlab chiqaradi.
- Agar immun javob yetarli bo‘lmasa, abscess kengayadi va asoratlar yuzaga keladi.

5. Asoratlar

- Empiema (plevral bo‘shliqdagi yiring)
- Sepsis
- Bronxoplevral fistula
- O‘pka fibrozlari va surunkali abscesslar

O‘pka absessi — bu lokal bakterial infeksiya natijasida o‘pkada nekroz va yiring yig‘ilishi bilan kechadigan jarayon. Patogenezing asosiy bosqichlari: mikroblarning kirishi → lokal yallig‘lanish → nekroz → pus yig‘ilishi → kavitatsiya → fibroz devor hosil bo‘lishi.

8.2.4. O‘pka absesi tasnifi

O‘pka absesi bir necha mezonlarga ko‘ra tasniflanadi:

A) Etiologik (sababga ko‘ra) tasnif

1. **Anaerob bakterial absess**
 - Ko‘proq aspiratsiya natijasida
 - Ko‘pincha pastki loblarda (o‘ng yoki chap) uchraydi
2. **Stafilokokklar sababli absess**
 - Ko‘pincha bolalarda va immuniteti past kishilarda
 - Tez rivojlanadi
3. **Gram-manfiy bakteriyalar**
 - Masalan, Pseudomonas, Klebsiella
 - Ko‘pincha surunkali kasalliklar va nosog‘lom sharoitlarda
4. **Parazit yoki mantar sababli**
 - Kamroq uchraydi, masalan, Aspergillus, Entamoeba histolytica

B) Klinik rivojlanish davomiyligiga ko‘ra

1. **Akut absess**

- Bir necha hafta ichida rivojlanadi (odatda 2–4 hafta)
 - 2. **Surunkali (xronik) absess**
 - Bir necha oy davomida saqlanadi (>6 hafta)
 - Ko‘pincha komplikatsiyalar bilan birga bo‘ladi
- C) **Morfologik tasnif (rentgen va anatomik)**
1. **Markaziy (central) absess**
 - O‘pkada markaziy nekroz hosil bo‘ladi
 - Irin markazda, atrofi va shilliq atrofi atrofida
 2. **Periferik (subplevral) absess**
 - O‘pkaning chekkasida joylashadi
 - Pleura bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin
 - Ba’zida plevra effuziya yoki empyema hosil qiladi
- D) **Rentgenologik tasnif**
- **Yagona (solitary) absess** – bitta irin yoriq
 - **Ko‘p (multiple) absesslar** – bir necha yoriqlar, ba’zan kavitatsiyalar
- E) **Klinik simptomlarga qarab**
1. **Oddiy absess** – klassik simptomlar: balg‘am bilan 39–40°C isitma, kuchli yo‘tal, ko‘krak og‘rig‘i
 2. **Asimptomatik yoki sekin rivojlanadigan absess** – simptomlar yengil yoki noaniq bo‘ladi
- F) **Komplikatsiyaga qarab**
- **Paraplevral** – pleura bilan bog‘liq
 - **Hemorragik** – qon ketishi bilan
 - **Sepsis** – bakteriyalar qon oqimiga tushsa

3. Klinik ahamiyati

- O‘pka absesi vaqtida **tezkor diagnostika va antibiotik davolash** muhim
- Rentgen va KT (kompyuter tomografiya) tasviri orqali aniqlanadi
- Anaerob infeksiya bo‘lsa, uzoq muddatli antibiotiklar talab qilinadi

8.2.5. Klinikasi

1. Klinik belgilar

O‘pka absesi klinikasi asta-sekin rivojlanadi va ko‘pincha quyidagi belgilar bilan namoyon bo‘ladi:

A. Umumiy simptomlar:

- Harorat ko‘tarilishi (ko‘pincha 38–39°C)
- Charchoq, holsizlik
- Terlash (ayniqsa kechasi)
- Oziqlanishning kamayishi, vazn yo‘qotish

B. Nafas olish simptomlari:

- Yo‘tal (odatda 2–3 haftadan oshiq davom etadi)
- Yo‘tal bilan yiring yoki qon aralash balg‘am chiqarish

- Nafas olish qiyinlashuvi yoki og‘riq (ko‘krak sohasida)
- Ba‘zan nafasda yoqimsiz hid

C. Jismoniy tekshiruvda:

- Ko‘krak devorida shish, sezgirlik
- Auskultatsiyada: rales, bronxial nafas yoki egri ovozlari
- Perkussiya: tympanich yoki tonik o‘zgarishlar

2. Kasallikning bosqichlari

1. **Boshlang‘ich pnevmoniya bosqichi:** yallig‘lanish va infiltratsiya
2. **Nekroz bosqichi:** o‘pka to‘qimasi nobud bo‘lishi
3. **Yiring yig‘ilish bosqichi (abscess):** kapsula shakllanadi
4. **Resorbsion bosqichi:** yiring bo‘shliqdan chiqadi, bronxga tushishi mumkin

8.2.6. O‘pka absessi bilan kasallangan bemorlarni fizikal, laborator va instrumental tekshiruvlari

1. Fizikal (klinikal) tekshiruvlar

O‘pka absessi bemorlarida fizik tekshiruvlar davomida quyidagi belgilar va simptomlar aniqlanadi:

A. Anamnez (kasallik tarixi)

- **Surunkali yo‘tal** – dastlab quruq, keyin balg‘amli (ba‘zan g‘ovak, yiringli) bo‘lishi mumkin.
- **Balg‘amda yiring** – ba‘zan o‘ziga xos hidli, achchiq.
- **Tana haroratining ko‘tarilishi** – past darajali yoki yuqori (38–39°C), surunkali shaklda past darajada bo‘lishi mumkin.
- **Og‘riq** – ko‘krak sohasida (ayniqsa yon tomonda) og‘riq, nafas olayotganda kuchayadi.
- **Charchoq, ishtahasizlik, vazn yo‘qotish** – surunkali infeksiya belgilari.
- **Surunkali kasalliklar tarixi** – masalan, surunkali bronxit, o‘pka pnevmoniyasi, immun yetishmovchilik.

B. Fizikal belgilar

- **Ko‘krak qafasi tekshiruvi:**
 - **Ko‘krak devori deformatsiyasi** – katta absesslarda.
 - **Ta‘riflash va perkussiya:**
 - Abscess joyi ustida perkussiya sustlashgan (“dull” ovoz).
 - Periferiyada ba‘zida havo-yiring darajasidagi “tinkling” ovozlari eshitilishi mumkin.
- **Auskultatsiya (stetoskop bilan eshitish):**
 - Yiringli balg‘am bilan bog‘liq **rhonchi** (ko‘pincha bazalarda).
 - **Bronxial shovqin** – abscess devorida.
 - **Krepatatsiya** – ba‘zida mayda “puf-puf” tovushlar.
- **General simptomlar:** teri rangining pasayishi, terlash, tez nafas olish (taxipnoe).

2. Laborator tekshiruvlar

O'pka absessi laborator tekshiruvlarda surunkali yoki jiddiy infektsiyani ko'rsatadi:

A. Umumiy qon tahlili

- **Leukotsitoz** – oq qon hujayralari ko'payishi (odatda $12-20 \times 10^9/l$).
- **Sh/EPK (SR, ESR)** – o'sish (30–100 mm/soat).
- **Gemoglobin** – surunkali kasalliklarda pasayishi mumkin (anemiya).

B. Balg'am va mikrobiologik tahlil

- **Gram bo'yash** – bakterial infektsiya turi aniqlanishi mumkin (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, anaerob bakteriyalar).
- **Balg'amni kislota-bo'yash (Ziehl-Neelsen)** – surunkali shaklida TBC tekshiruvi.
- **Yiringli madaniyat** – antibiotik sezuvchanligini aniqlash.

C. Biokimyoviy tahlillar

- **C-reaktiv oqsil (CRP)** – yuqori daraja, surunkali yoki og'ir infektsiya.
- **Prokaltsitonin** – bakterial infektsiya shiddatini baholash uchun.

D. Qon madaniyati (sepsis xavfi bo'lsa)

- Agar bemorning holati og'ir bo'lsa, **bakteremiya** aniqlanishi mumkin.

3. Instrumental (vizual) tekshiruvlar

O'pka absessi diagnostikasi asosan radiologik va instrumental tekshiruvlarga tayanadi:

A. Rentgen tekshiruvi (X-ray)

- **Ko'krak qafasi rentgenogrammasi** – boshlang'ich tekshiruv:
 - Yumaloq yoki oval **radiolüsent joy** (havo bilan to'ldirilgan bo'shliq) o'pka parenximasida.
 - Abscess devori qalinligi ko'rinishi.
 - Darajada **suyakchalar o'rtasidagi farqlar va periferik infiltratlar**.
- **Dinamika kuzatuv:** antibiotik davolash davomida shifokor holatni baholaydi.

B. Kompyuter tomografiya (CT)

- **Aniqligi yuqori:**
 - Hajmi, joylashuvi va devor qalinligi aniq ko'rinadi.
 - Sekvestr (nekroz) yoki ko'p bo'shliqli abscessni aniqlash.
 - Yaqin strukturaga (plevra, bronx) ta'siri.

C. Ultrasonografiya (USG)

- **Pleural yiringni ajratish yoki tor lokalizatsiya uchun:**
 - Abscess pleuraga yaqin bo'lsa yoki tor bo'lsa.

D. Bronxoskopiya

- **Balg'amni to'g'ridan-to'g'ri olish va biopsiya:**
 - Agar abscess markaziy bronxlarga yaqin bo'lsa.
 - Bakteriyalarni va mikobakteriyalarni aniqlash.

E. Qon gazlari (arterial)

- Og‘ir surunkali yoki ko‘p miqdorda balg‘amli abscesslarda **hipoksemiya** bo‘lishi mumkin.

8.2.7. Diffirensial diagnostika

O‘pka abssesini boshqa o‘pka kasalliklaridan farqlash muhim, chunki simptomlar ko‘p hollarda o‘xshash bo‘ladi.

A. Pneumoniya (oddiy yoki lobar)

- **Farqi:**
 - Pneumoniya – diffuz yoki segmental infiltratsiya, abssedek markaziy nekroz yo‘q.
 - Balg‘am odatda pusli bo‘lmaydi (odatda sariq yoki jigarrang)
 - Radiologiyada suyuqlik darajasi yoki g‘ovaklar yo‘q.

B. Tuberkulyoz (TBC)

- **Farqi:**
 - Kronik kechadi, ko‘pincha kechki terlash, vazn yo‘qotish, o‘tkir isitma kamroq.
 - Röntgendagi o‘ziga xos belgilar: apikal loblarda kavitatsiyalar, devor ingichkaligi abssedga nisbatan boshqacha.
 - Mikroskopik tekshiruvda AFB (+) bo‘ladi.

C. O‘pka kisti (pulmonar kista) yoki kistalar bilan bog‘liq infeksiyalar

- **Farqi:**
 - Kista suyuqlik bilan to‘la bo‘lishi mumkin, lekin odatda o‘tkir yallig‘lanish belgilarisiz kechadi.
 - Infeksiya paytida balg‘amda yiring bo‘lishi mumkin, lekin tarix va radiologiya yordam beradi.

D. Bronkogenik karsinoma (o‘pka saratoni)

- **Farqi:**
 - Saraton bilan bog‘liq kavitatsiyalar devori ingichka va notekis, abssed devori qalin va silliq bo‘ladi.
 - Klinik jihatdan tez sur‘atda yuqori harorat va titroq kamroq.
 - Biopsiya orqali farqlanadi.

E. Septik emboliya (endokardit bilan bog‘liq)

- **Farqi:**
 - Ko‘pincha ko‘p va kichik absseklar ko‘rinadi.
 - Tarixda yurak endokarditi, venoz tromboz bo‘ladi.
 - Radiologik tasvirda ko‘p kavitatsiyalar.

F. Pulmonar infarkt yoki pnevmatoz o‘pka infeksiyalari

- **Farqi:**
 - Ko‘pincha yakka yoki ko‘p segmentlarda, gas yoki yiring darajasi bo‘lmasligi mumkin.
 - Tarixda tromboembolizm belgilariga e’tibor.

5. Laboratoriya va mikrobiologik yordam

- Balg‘amni bakteriyologik tekshirish (Gram, anaeroblar uchun)
- Qon tekshiruvi: leukositoz, SRO yuqori
- TBC shubhasida AFB tekshiruvi

6. Diffirensial diagnostika yondashuvi – algoritm

1. Klinik simptomlar: yuqori harorat + püslü balg‘am → absced shubhasini oshiradi
2. Röntgen yoki CT → markaziy nekroz va suyuqlik darajasi
3. Mikrobiologik tekshiruv → anaerob yoki aerob bakteriyalarni aniqlash
4. Kronik yoki surunkali kasallik shubhali → TBC, kista, saraton
5. Ko‘p abscedlar → septik emboliya yoki immun yetishmovchiligi

8.2.8. O‘pka abssezi oqibatlari (kompliksiyalari)

O‘pka abssezi davolanmasa yoki kechikib davolansa, quyidagi jiddiy oqibatlar yuzaga kelishi mumkin:

1. **Sepsis** – infeksiya qon orqali tarqalishi, hayot uchun xavfli holat.
2. **Bronxoplevral fistula** – o‘pka va pleura o‘rtasida yiringli kanal hosil bo‘lishi.
3. **Empiyema** – pleura bo‘shlig‘ida yiring to‘planishi.
4. **Surunkali abscess** – o‘pka to‘qimasini doimiy shikastlanadi, funksiyasi kamayadi.
5. **Pulmonar fibroz** – o‘pka to‘qimasining chandiqlanishi va kislorod almashinuvining kamayishi.
6. **Pnevmoniyaga takroriy moyil bo‘lish** – infeksiya o‘pka to‘qimasini susaytiradi.
7. **O‘pka atrofiya yoki qisqarishi** – uzoq davom etgan abscesslarda o‘pka hajmi kamayadi.

Agar yiring torakal devorga chiqsa yoki qon tomirlariga kirsam, **hayot uchun xavfli qon ketish yoki mediastinit** ham kuzatilishi mumkin.

8.2.9. Davolash

1. Tibbiy (konservativ)

- Antibiotiklar: ko‘pincha keng spektrli va infeksiyaga qarab tanlanadi
- Mukolitik vositalar va bronxlarni tozalash
- Suv, issiq ichimliklar va to‘g‘ri ovqat

2. Jarrohlik

- Abscess kattalashsa (>6 sm) yoki konservativ davolash samarasiz bo‘lsa:
 - **Torakosentez** – yiringni chiqarish
 - **Drainaj** – drenaj qo‘yish

- **O'pka parenximasi rezektsiyasi** – jiddiy hollarda

O'pka absessi dispansyerizatsiyasi

Dispansyerizatsiya – kasallikdan keyin bemorni doimiy nazorat qilish, takrorlanish va asoratlarni oldini olish. O'pka absessi uchun dispansyerizatsiya quyidagicha:

1. Maqsadi

- Kasallikni to'liq tuzatish
- Asoratlarni oldini olish (fibroz, bronxiektaziya)
- Re-infeksiya xavfini kamaytirish

2. Kuzatuv rejimi

1. **Shifoxonada davolashdan keyin:**

- Har 2–4 haftada pulmonolog nazorati
- Rentgen yoki KT tekshiruvi
- Gemogramma, CRP va ESR tekshiruvi

2. **Uy sharoitida:**

- Chekishni to'xtatish (agar bemor cheksa)
- To'g'ri ovqatlanish va vitaminlar
- Fizik faoliyatni asta-sekin tiklash

3. **Profilaktik chora-tadbirlar:**

- Respirator infeksiyalardan himoya (niqob, gigiena)
- Surunkali kasalliklarni davolash (diabet, immunitet pasayishi)
- Pneumoniya va grippga qarshi emlash

3. Muddat

- Dispansyerizatsiya odatda **6–12 oy** davom etadi
- Ba'zi hollarda fibroz yoki bronxiektaziya aniqlanganda uzoqroq kuzatuv talab qilinadi

Asoratlar

- Surunkali bronxiektaziya
- Fibroz o'pka to'qimasi
- Pneumotoraks (ba'zan absces yorilishi bilan)
- Sepsis

8.2.11.O'pka absessi profilaktikasi

O'pka absessi — bu o'pkada yiring to'planishi bilan kechadigan infeksiyali jarayon. U ko'pincha pnevmoniya, bronxial obstruksiya, aspiratsiya, yoki travma natijasida yuzaga keladi. Uning oldini olish (profilaktika) bir necha darajada amalga oshiriladi:

1 Umumiy profilaktika

- **Tana himoyasini mustahkamlash:** sog'lom ovqatlanish, vitaminlar (A, C, D) va mineral moddalarni yetarli miqdorda qabul qilish.

- **Chekishni tashlash:** chekish o'pka immunitetini susaytiradi va infeksiyalarga moyil qiladi.
- **Spirтли ichimliklarni kamaytirish:** organizmning immun himoyasi uchun zararli.
- **Doimiy jismoniy faollik:** nafas olish mushaklarini mustahkamlash va o'pka ventilatsiyasini yaxshilaydi.

2) Infeksiyon profilaktika

- **Pnevmoniyaga qarshi vaksinalar:** Streptococcus pneumoniae va influenza vaksinalari infeksiya xavfini kamaytiradi.
- **Tezkor infeksiyani davolash:** shamollash, bronxit va boshqa o'pka kasalliklarini vaqtida davolash.
- **Shaxsiy gigiyena:** qo'l yuvish, kontakti cheklash va nafas yo'llari infeksiyalaridan saqlanish.

3) Maxsus profilaktika (yuqori xavf guruhlar uchun)

- **Aspiratsiyani oldini olish:** uyqu paytida boshni yuqoriga ko'tarish, yutish qobiliyati buzilgan bemorlarni nazorat qilish.
- **Surunkali kasalliklarni nazorat qilish:** diabet, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'PK), yurak yetishmovchiligi kabi kasalliklarni boshqarish.
- **Tibbiy protseduralar xavfsizligi:** intubatsiya, trakeostomiya yoki bronkoskopiya qilinadigan bemorlarda steril sharoitni ta'minlash.

Eslatma: O'pka absesi profilaktikasi — bu asosan infeksiyalardan saqlanish, immunitetni mustahkamlash va yuqori xavf guruhidagi odamlarda xavfni kamaytirishdir.

8.3. O'PKA GANGRENASI

O'pka gangrenasi — bu o'pkadagi to'qima nekrozi (o'lik to'qima) bilan kechadigan jiddiy kasallik bo'lib, odatda surunkali infeksiyalar yoki o'pka shikastlanishidan keyin yuzaga keladi.

8.3.1. Etiologik omillar:

1. Bakterial infeksiyalar

Gangrena odatda **aerob va anaerob bakteriyalar** tufayli rivojlanadi:

- **Klebsiella pneumoniae** – ayniqsa diabetik va immuniteti pasaygan bemorlarda.
- **Staphylococcus aureus** – ba'zan metitsillinga chidamli shakllari (MRSA) ham.
- **Streptococcus pyogenes** – tez tarqaluvchi va og'ir gangrena holatlarini keltirib chiqaradi.
- **Anaerob bakteriyalar** – Clostridium turlari, Fusobacterium, Bacteroides.

2. **Aspiration (yutish) orqali infektsiya**

Odatda bemor qattiq qusish, og'iz orqali bakteriyalarni o'pkaga tushishi yoki o'pkani iflos moddalar bilan ifloslanishi natijasida yuzaga keladi.

3. **Bronxial obstruksiya (shilliq yoki toshlar orqali)**

- Shilliq, neoplaziya (o'pka saratoni) yoki shilliq-to'qima plaginlari oqibatida o'pka bo'shlig'i ventilyatsiyasiz qoladi va nekroz rivojlanadi.

4. **Trauma yoki jarrohlikdan keyingi holatlar**

- O'pka jarrohliklari, travma yoki intubatsiyadan keyin infektsiya rivojlanib gangrena keltirib chiqarishi mumkin.

5. **Immunitet pasayishi**

- Diabetes mellitus, surunkali yurak-qon tomir kasalliklari, surunkali buyrak yetishmovchiligi yoki immunosupressiv terapiya ostidagi bemorlar yuqori xavf guruhida bo'ladi.

6. **Surunkali o'pka kasalliklari**

- Surunkali pnevmoniya, bronxit, o'pka absessi gangrenaga o'tish xavfini oshiradi.

8.3.2. **O'pka gangrenasi epidemiologiyasi**

Ko'pincha **Staphylococcus aureus**, **Klebsiella**, **Pseudomonas**, va anaerob bakteriyalar sabab bo'ladi. Bu kasallik tez sur'atda rivo'ladi va o'pka to'qimalarining kengaygan nekroziga olib keladi.

Yuzaga kelish chastotasi:

- O'pka gangrenasi **nisbatan kam uchraydigan kasallik** hisoblanadi, ammo jiddiyliги sababli klinik amaliyotda muhim hisoblanadi.
- Statistik ma'lumotlarga ko'ra, pnevmoniyaning og'ir shakllari ichida **0,5–3%** bemorlarda gangrena rivojlanadi.
- Ko'pincha **yomon umumiy holatdagi, immuniteti zaif, yoki surunkali kasalliklari bo'lgan bemorlarda** uchraydi.

Xavf omillari:

- **Yosh:** kattalar va keksa bemorlarda ko'proq. Bolalarda ham uchrashi mumkin, ayniqsa immuniteti sust bo'lsa.
- **Surunkali kasalliklar:** diabet, surunkali yurak yoki o'pka kasalliklari (bronxit, COPD)
- **Immunitet yetishmovchiligi:** HIV, saraton, uzoq muddatli kortikosteroid qabul qilish.
- **Travma yoki aspiratsiya:** o'pka shikastlanganida yoki o'tkir bakterial infeksiya kiritilganida.

Geografik va demografik jihat:

- O'pka gangrenasi rivojlangan mamlakatlarda kamroq uchrasa-da, rivojlanayotgan mamlakatlarda infeksiyon kasalliklar bilan bog'liq ko'proq kuzatiladi.
- Erkaklarda ko'proq uchraydi (taxminan **70%**), chunki ularning surunkali kasalliklari va xavfli odatlari (chekish, spirtli ichimliklar) ko'proq.

Morbidity va mortality:

- Mortality yuqori: shifokorlar hisobiga ko'ra, **20–50%** gacha o'lim holatlari kuzatiladi, ayniqsa kech tashxis qo'yilgan yoki keng tarqalgan gangrena bo'lsa.
- Tezkor diagnostika va jarrohlik yoki antibiotik davolash samarali bo'lsa, prognoz yaxshilanadi.

8.3.3. Patogenezi

1. Boshlang'ich sabab

O'pka gangrenasi ko'pincha **o'pka to'qimasining nekrozi** natijasida yuzaga keladi. Bu holat quyidagi sabablar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

- **Infeksiya:** bakterial (asosan *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, anaerob bakteriyalar) yoki kamdan-kam hollarda virusli.
- **Ishemik sabablar:** o'pka arteriyasining trombozi yoki emboliyasi to'qimaning kislorod bilan ta'minlanishini to'xtatadi.
- **Trauma yoki jarrohlikdan keyingi asoratlar:** o'pka parenximasining shikastlanishi.

2. O'pka to'qimasida nekroz

- Infeksiya yoki ishemiya tufayli o'pka to'qimasining bir qismi nobud bo'ladi.
- Nekroz boshlanganda to'qima **quruq yoki nam gangrena** ko'rinishida bo'ladi:
 - **Quruq gangrena:** asosiy sabab ishemiya, bakteriyalar sezilarli darajada yo'q.
 - **Nam gangrena:** bakterial infeksiya bilan birga nekroz rivojlanadi, tez sur'atda tarqaladi, og'ir toksik holat kuzatiladi.

3. Inflammatsiya va shish

- Nekrotik to'qima atrofiga **yallig'lanish hujayralari** (neytrofillar, makrofaglar) to'planadi.
- Bu jarayon **shish va eksudat** hosil qiladi.
- Nam gangrenada, bakteriyalar **to'qimadan g'azabli sekretsiya** ishlab chiqaradi va **toksinlar** qonga kiradi (sepsis xavfi).

4. To'qima buzilishi va bo'shliq hosil bo'lishi

- Nekroz jarayonida o'pka parenximasi bo'shliq (cavity) hosil qiladi.
- Bo'shliq ichida: **nekrotik material, bakteriyalar, eksudat** yig'iladi → bu holat **o'pka absessiga** o'xshash ko'rinadi.

5. Klinik oqibatlar

- Shish, og'riq, balg'amli yo'tal (ba'zan qoni aralash) kuzatiladi.

- Tez rivojlangan holatlarda **sepsis** va **organ yetishmovchiligi** yuz beradi.
- Radiologik tasvirda: bo‘shliq, havo va suyuqlik darajasi aniqlanadi.

O‘pka gangrenasi tasnifi

- Etiologik (sababga ko‘ra) tasnif:**
 - **Spontan (primar) gangrena** – asosiy infeksiya yoki pnevmoniya natijasida kelib chiqadi.
 - **Sekundar gangrena** – jarohat, jarrohlik aralashuvi yoki aspiratsiya natijasida paydo bo‘ladi.
- Patogenetik tasnif (2010–2023 yillarda keng qo‘llanadi):**
 - **Bakterial gangrena:**
 - Aerobik bakteriyalar (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*)
 - Anaerob bakteriyalar (*Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*)
 - **Mikotik gangrena:** Kam hollarda *Candida* yoki *Aspergillus* tufayli.
- Morfologik (makroskopik ko‘rinishiga ko‘ra):**
 - **Sariq rangli gangrena** – sarg‘aygan nekrotik to‘qima, ko‘pincha anaerob infeksiya bilan.
 - **Qora gangrena** – to‘liq nekroz, to‘qima qorayadi, ko‘pincha tromboz bilan birga bo‘ladi.
 - **Püstular gangrena** – yiring bilan to‘la bo‘lgan hududlar.
- Klinik rivojlanish darajasi:**
 - **Mahalliy gangrena:** faqat bir lob yoki segmentga ta’sir qiladi.
 - **Umumiy gangrena:** butun o‘pkaga yoyilgan, og‘ir sepsis xavfi yuqori.

8.3.5. O‘pka gangrenasi bilan kasallangan bemorlar shikoyatlari, fizikal, laborator, instrumental tekshiruvlar

1 Bemorlar shikoyatlari

O‘pka gangrenasi — o‘pka to‘qimasining nekrozga uchrashi bilan xarakterlanadigan og‘ir patologiya. Shikoyatlar odatda keskin boshlanadi:

- **Belgilangan simptomlar:**
 - Kuchli, doimiy, tomoq yoki ko‘krak qafasidagi og‘riq (ko‘pincha bir tomonlama)
 - Yuqori harorat (38–40°C) va titroq
 - Charchoq, holsizlik
 - Nafas qisilishi, tez-tez nafas olish
 - Yo‘tal — dastlab quruq, keyin püsürikli, badbo‘y, qonli balg‘am bilan
 - Ba‘zan shok simptomlari (tahlikali hollarda)
- **Qo‘shimcha shikoyatlar:**
 - Terining sarg‘ayishi (agar toksinlar ko‘p bo‘lsa)

- Ichki qon ketishi belgilari (kam uchraydi)

2 Fizikal tekshiruv

- **Umumiy ko‘rinish:** Bemorda holsizlik, terisi sovuq, teri rangining o‘zgarishi, titroq
- **Naqshli auskultatsiya:**
 - Bronxial nafas ovozi yo‘qolishi (nekroz hududida)
 - Krepitatsiya (agar gaz hosil bo‘lsa)
 - Suskin yoki shovqinsiz joylar
- **Perkussiya:**
 - Qattiq va suskin ohang (agar o‘pka zichlashgan bo‘lsa)
 - Agar gaz shakllangan bo‘lsa — “metallik” ovoz
- **Palpatsiya:**
 - Rar hollarda subkutan emfizema sezilishi mumkin (agar gangrena bakterial va gazli bo‘lsa)

3 Laborator tekshiruvlar

Odatda, nonspecifik lekin og‘ir infeksiyani ko‘rsatadigan belgilar:

Test	Topilmalar
Gemogramma (Qon tahlili)	Leykotsitoz, neyrofil yuksalishi, ba‘zan anemiya
ESR va CRP	Yuqori, og‘ir inflamatsiya belgilari
Qon kimyosi	Gipoksemiya (agar gaz almashinuvi buzilgan bo‘lsa), metabolik asidoz
Qon madaniyati (blood culture)	Infeksiya manbaini aniqlash (stafilokokk, streptokokk, gram-manfiy bakteriyalar)

4 Instrumental tekshiruvlar

O‘pka gangrenasini aniqlashda **radiologik va funksional tekshiruvlar** muhim:

1. **O‘pka rentgenogrammasi (X-ray):**
 - O‘pka shishishi
 - Og‘ir hollarda “havo-balg‘am darajasi” ko‘rinishi
 - Nekroz yoki bo‘shliq (cavity) shakllanishi
2. **Kompyuter tomografiyasi (CT):**
 - Eng sezgir usul
 - O‘pka to‘qimasining nekrozi, bo‘shliqlar, gaz to‘planishi
 - Shuningdek, atrofdagi to‘qimalar va pleura holatini baholash
3. **Balg‘am tahlili:**

- Mikrobiologik tahlil (patogenni aniqlash)
 - Gram bo'yash, madaniyat
4. **Pleural suyuqlik tekshiruvi** (agar effuziya bo'lsa):
- Biokimyoviy va bakteriologik tahlil

O'pka gangrenasi bilan bemor jiddiy umumiy zaharlanish belgilari bilan keladi, fizik tekshiruvda o'pka hududida suskin nafas ovozi va krepitatsiya bo'lishi mumkin. Laborator tekshiruvlar og'ir infeksiya va inflamatsiyani ko'rsatadi, instrumental tekshiruvlar esa nekroz va gaz hosil bo'lishini aniqlashda yordam beradi.

O'pka gangrenasini differensial diagnostikasi

Differensial diagnostika (ya'ni boshqa kasalliklar bilan ajratish) juda muhim, chunki uning belgilariga o'xshash bir qancha patologiyalar mavjud. Quyida asosiy nuqtalar keltirilgan:

1. O'pka absessi

- **O'xshashlik:** Har ikkala holatda ham isitma, yo'tal, balg'am bilan ajralish, surunkali yallig'lanish bo'lishi mumkin.
- **Farqi:**
 - Absess odatda kapsula bilan chegaralangan bo'ladi.
 - Radiologik tekshirishda absessda o'rtada bo'shliq va gaz darajasi aniqlanishi mumkin, gangrena esa keng nekrotik o'zgarish va o'pka to'qimasining buzilishi bilan tavsiflanadi.
 - Gangrena tez rivojlanuvchi va og'ir klinik kechadi, absess esa ko'proq surunkali bo'lishi mumkin.

2. Og'ir pnevmoniya (bakterial yoki anaerob)

- **O'xshashlik:** Isitma, yo'tal, balg'am, nafas qiyinchiligi.
- **Farqi:**
 - Gangrena doim nekrotik jarayon bilan kechadi, o'pka to'qimasi parchalanadi.
 - Rentgen yoki KT'da og'ir pnevmoniyada infiltratlar, lekin keng nekroz yoki bo'shliq bo'lmaydi.

3. Pulmonar infarkt (tromboemboliyaga bog'liq)

- **O'xshashlik:** Nafas qiyinchiligi, o'tkir og'riq, ba'zida qonli balg'am.
- **Farqi:**
 - Infarkt ko'pincha cheklangan, bir yoki bir nechta segmentlarda bo'ladi.
 - Gangrena esa keng miqyosli nekroz va infeksiyaga olib keladi, odatda balg'amda o'tkir hid bo'ladi.

4. Bronxektaziya

- **O'xshashlik:** Balg'am ko'p ajraladi, surunkali yo'tal, infeksiyalar takrorlanadi.
- **Farqi:**
 - Bronxektaziya odatda surunkali kasallik, bo'shliq va bronx dilatatsiyasi bilan kechadi.
 - Gangrena esa o'tkir, nekrotik va tez rivojlanadi.

5. Torakal empyema (plevral bo'shliqda infeksiya)

- **O'xshashlik:** Isitma, o'pkada infeksiya, nafas qiyinchiligi.
- **Farqi:**
 - Empyemada infeksiya pleura bo'shlig'ida to'planadi, o'pka to'qimasi nekrozga uchramaydi.
 - Rentgen yoki KT'da suyuqlik darajasi va bo'shliq aniqlanadi, o'pka nekrozi ko'rinmaydi.

6. Lung malignitasi (nekrotik turdagi)

- **O'xshashlik:** Balg'am bilan ajralish, ba'zida qon, surunkali yo'tal.
- **Farqi:**
 - Malignitet asta-sekin o'sadi, nekroz cheklangan va odatda klinik og'irlik asta-sekin rivojlanadi.
 - Gangrena o'tkir va infeksiyaga bog'liq.

Qo'shimcha tekshiruvlar:

- **Rentgen yoki KT o'pka:** Nekroz, gaz, bo'shliq va infiltratlar aniqlanadi.
- **Balg'am va qon madaniyati:** Infeksiya agentini aniqlash va antibiotik tanlash.
- **Laborator tekshiruvlar:** Leykotsitoz, CRP ko'tarilishi, sepsis belgilarini kuzatish.

8.3.7. O'pka gangrenasining oqibatlari quyidagilar:

1. Sepsis (qon infeksiyasi)

- O'pka nekrozi bakteriyalarni qon aylanishiga chiqarishi mumkin.
- Natijada tanada keng tarqalgan infeksiya va shok holati yuzaga keladi.

2. O'pka absessi

- Gangrenoz to'qima bo'laklari absessga aylanadi, bu esa o'pka funksiyasini yanada kamaytiradi.

3. O'pka fibrioz va surunkali o'pka yetishmovchiligi

- Nekroz o'pka to'qimasining yo'qolishiga olib keladi, shu sababli nafas olish qiyinlashadi va surunkali yetishmovchilik rivojlanadi.

4. Bronx va o'pka o'tkazuvchanligining buzilishi

- To'qima o'lishi bronxlarni yopishi, shamollash va nafas qisilishi kabi muammolarni keltirib chiqaradi.

5. Plevral effuziya va pnevmoniya takrorlanishi

- Gangrenali o'pka yonida suyuqlik to'planishi va yangi infeksiyalar paydo bo'lishi mumkin.

6. O'lim xavfi

- Tezkor davolanmasa yoki sepsis rivojlansa, kasallik o'limga olib kelishi mumkin.

Eslatma: O'pka gangrenasi – tezkor tibbiy aralashuvni talab qiladigan holat. Ko'pincha jarrohlik (o'lik to'qimani olib tashlash) va antibiotiklar bilan davolash talab qilinadi.

8.3.8. Davolash

Davolash **tezkor va bosqichma-bosqich** bo'lishi kerak, chunki bu holat hayot uchun xavfli hisoblanadi.

O'pka gangrenasini davolash **asosiy etaplari** quyidagilardan iborat:

1. Diagnostika va holatni baholash

- **Klinik baholash:** nafas qisqarishi, yuqori harorat, umumiy zaiflik, yo'tal bilan shilliq-pushti ajralma.
- **Radiologik tekshiruv:** rentgen yoki KT (kompyuter tomografiya) yordamida nekroz va bo'shliq aniqlanadi.
- **Laboratoriya tekshiruvlar:** qon tahlili (leykotsitoz, CRP), bakteriyologik tekshiruvlar, sputum madaniyasi.

2. Stasionar davolash va umumiy terapiya

- Kasalni **tezkor shifoxonaga yotqizish**.
- **Intensiv terapiya:** kislorod berish, suyuqlik balansini ta'minlash, zarur bo'lsa ventilatsiya.
- **Antibiotiklar:** keng spektrli intravenoz antibiotiklar (masalan, karbapenemlar, vankomitsin, aminoglikozidlar) – bakteriya turiga qarab o'zgartiriladi.

3. Jarrohlik davolash (agar kerak bo'lsa)

O'pka gangrenasida ko'pincha nekrozlangan to'qima o'tkir infektsiya manbai bo'lgani uchun jarrohlik zarur bo'ladi:

- **Dekortikatsiya yoki lobektomiya:** nekrozlangan lob yoki segmentni olib tashlash.
- **Drainaj:** agar bo'shliq yoki abscess mavjud bo'lsa, suyuqlikni chiqarish.
- **Debridement:** nekrozlangan to'qimalarni tozalash.

4. Qo'shimcha va tiklash davolash

- **Bronx va o'pka funksiyasini tiklash:** fizioterapiya, nafas mashqlari.
- **Infektsiyani nazorat qilish:** antibiotik kursi davom ettiriladi.
- **Umumiy sog'lomlashtirish:** vitaminlar, immunitetni qo'llab-quvvatlash.
- **Monitoring:** rentgen yoki KT orqali tiklanish kuzatiladi.

Muhim eslatma

- O'pka gangrenasi **tez rivojlanadi** va kech qolsa **sepsis va o'lim xavfi yuqori**.
- Davolash **faqat stasionarda va intensiv nazorat ostida** amalga oshiriladi

IX-BOB. OSHQOZON-ICHAK TRAKTINING FUNKSIONAL DIAGNOSTIKA USULLARI.

Oshqozon-ichak traktini baholash uchun anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish va fizikal tekshiruv usullarini qo'llash talab etiladi. Qorin bo'shlig'i patologiyasi tashxisini tasdiqlash uchun murakkab laboratoriya tekshiruvlari, rentgenografiya yoki endoskopik muolajalar zarur bo'lishi mumkin, biroq dastlabki tashxis odatda anamnez asosida taxmin qilinadi va fizikal tekshiruv bilan tasdiqlanadi. Eng muhimi,

qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonlarida davolash bo'yicha qarorlar asosan sinchkovlik bilan o'tkazilgan fizikal tekshiruv natijalariga asoslanadi. Shu sababli, qorin bo'shlig'ini fizikal tekshirish qiyin bo'lsa-da, bunday bemorlarni to'g'ri davolash uchun bu ko'nikmani egallash zarur.

Qorindagi muammolar bilan bog'liq eng keng tarqalgan shikoyat og'riqdir. Bemor bilan muhokama qilinishi lozim bo'lgan muhim jihatlar quyidagilardir: og'riqning joylashuvi va davomiyligi, uning o'rni yoki kuchidagi har qanday o'zgarishlar, ma'lum bo'lgan qo'zg'atuvchi omillar va har qanday hamroh belgilar (isitma, titroq, ko'ngil aynishi, qusish yoki ichak faoliyatining o'zgarishi). Shuningdek, qorin bo'shlig'idagi yondosh hodisalar, masalan, qonli axlat, melena yoki qorin dam bo'lishi haqida ham so'rab-surishtirish zarur.

9.1. Jismoniy ko'rik

Qorin bo'shlig'ini tekshirish uchun maxsus asboblari talab etilmaydi. Yaxshi yoritilgan xona va stetoskop - bularning o'zi yetarli. Tekshiruv paytida aniqlanishi mumkin bo'lgan umumiy o'zgarishlar

Qulaylik uchun qorin kvadrantlar va sohalarga bo'linadi. Kindik qorinning markaziy nuqtasi bo'lib, o'ng va chap, yuqori va pastki qismlarni ajratib turadi. Ko'rik yoki paypaslab ko'rish paytida aniqlangan o'smalar yoki og'riqlar ular topilgan kvadrantga ko'ra tavsiflanadi. Masalan, o'tkir xoletsistitda shishgan o't pufagi o'ng qovurg'a ostida og'riqli hosila keltirib chiqarishi mumkin. Shu bois, qorin kvadrantlarini ostidagi a'zolar bilan bog'lash muhimdir.

1-jadval.

Qorin tekshiruvida keng uchraydigan o'zgarishlar

Anatomik tuzilishi	Buzilishi	Odatiy holati
Kindik	Ommaviy yoki bo'rtma	Churra
	Bo'rtib chiqqan venalar	Portal gipertenziya
Oshqozon	Yuqori chap kvadrantdagi ommaviy hosila	Oshqozon saratoni Oshqozon chiqish qismining tiqilishi
Oshqozon osti bezi	O'ng yuqori chorakdagi o'sma	Oshqozon osti bezi saratoni Oshqozon osti bezining soxta kistasi
O't pufagi	O'ng yuqori chorakdagi o'sma	Xoletsistit
		O't pufagi saratoni O't pufagining suv yig'ilishi
	O'ng qovurg'a ostidagi sezgirlik va ehtiyotkorlik	O'tkir xoletsistit
Ingichka ichak	Ichak shovqinlarining pasayishi	Ileus
	Ichak shovqinlarining kuchayishi	To'siq
Jigar	Kattalashgan o'lcham	Gepatit

		Metastatik saraton Jigar sirrozi
	Kichraygan o'lcham	Jigar sirrozi
	Tugunlilik	Metastatik saraton Jigar sirrozi
Taloq	Kattalashgan o'lcham	O'tkir virusli infeksiyalar Portal gipertenziya Gemolitik kamqonlik
Qorin bo'shlig'i	Assit mavjudligi	Portal gipertenziya Metastatik saraton Surunkali yurak yetishmovchiligi
Orqa chiqaruv yo'li va to'g'ri ichak	Orqa chiqaruv yo'lidagi o'sma	Gemorroy, orqa chiqaruv yo'li karsinomasi
	Orqa chiqaruv yo'lining yallig'lanish kasalligi	Yoriq Oqma
	To'g'ri ichakdagi o'sma	To'g'ri ichak saratoni To'g'ri ichakning xavfsiz yarasi
Chov kanali	Kamayuvchi o'sma	To'g'ri churra Qiyshiq churra Son churra

9.2. Ko'rikdan o'tkazish

Bemor ko'rik stoli yoki karavotga chalqancha yotqiziladi. Qorin mushaklarini bo'shashtirish uchun tizzalar ostiga kichik yostiq qo'yish foydali. Bosh kichik yostiqda qulay joylashgan bo'lishi kerak. Bemorning qo'llari yonlarida bemalol yotishi lozim. Uyatli joylarni yopish uchun ko'krak va chov sohasidan biroz pastroqqa choyshablar yopilishi kerak. Tekshiruvchi bemorning o'ng tomonida turadi.

Qorinning umumiy ko'rinishi har qanday chetlanishlar uchun tekshiriladi. Qorinning shishganligi yoki qayiqsimon shaklda ekanligi, yon tomonlarida bo'rtmalar borligi, kindik chiqib yoki kirib turganligi e'tiborga olinadi. Qorin devori terisi jigarning og'ir kasalligidan darak beruvchi gemangiomalar yoki Meduza boshi kengaygan venalari mavjudligiga sinchkovlik bilan tekshiriladi. Shuningdek, terida chandiqlar bor-yo'qligini oldingi operatsiyalar bilan solishtirib, sinchiklab ko'zdan kechiriladi.

So'ngra qorinning har bir kvadranti ko'zga ko'rinadigan o'smalar mavjudligiga sinchkovlik bilan tekshiriladi. Qorin devori nafas olish paytida harakatlar nosimmetrikligi uchun diqqat bilan kuzatiladi. Bunday har qanday nosimmetriklilik asosiy yallig'lanish tufayli mushaklar taranglashuvining oqibati bo'lishi mumkin.

Barcha jarrohlik chandiqlari churra paydo bo'lganligini ko'rsatishi mumkin bo'lgan bo'rtmalar uchun sinchkovlik bilan tekshiriladi. Bemordan churra bor-

yoʻqligini yana bir bor tekshirish uchun yoʻtalishni soʻrash lozim. Xuddi shunday, chov va son sohalarini normal nafas olish va yoʻtal paytida churralar mavjudligini aniqlash uchun tekshirish kerak.

9.3. Auskultatsiya

Qorin boʻshligʻini tekshirishda palpatsiyadan oldin auskultatsiya oʻtkaziladi, chunki palpatsiya ichak shovqinlarini oʻzgartirishi mumkin. Shifokor oʻng yuqori kvadrantdan boshlab jigarni shovqin yoki shovqinlar uchun, shuningdek, erkin qorin devorini ichak shovqinlari uchun tinglaydi. Soʻngra chap yuqori kvadrantga oʻtib, yana ichak tovushlariga quloq soladi, keyin esa taloqda shovqin yoki shovqinlarni aniqlash uchun tinglaydi. Shundan soʻng kindik atrofi sohasida aorta yoki buyrak shovqinlari va ichak shovqinlarini, soʻngra chap va oʻng pastki kvadrantlarda ichak shovqinlari yoki yonbosh arteriyasi shovqinlarini tinglash lozim. Agar auskultatsiya paytida ichak shovqinlari aniqlanmasa, ichak shovqinlari yoʻqligini tasdiqlashdan oldin kindik atrofi sohasida toʻliq 3 daqiqa davomida auskultatsiya oʻtkazish kerak. Ichak tovushlarida eʼtibor qaratish lozim boʻlgan muhim jihatlar tovushlarning balandligi, intensivligi va davomiyligidir. Har qanday qayd etilgan shovqinlar eng baland nuqtada diqqat bilan lokalizatsiya qilinishi kerak, chunki bu shovqin manbai bilan bogʻliq.

9.4. Palpatsiya

Qorinni paypaslab koʻrish chogʻida paypaslanuvchi aʼzolar, gʻayritabiiy hosilalar yoki ogʻriqni aniqlash uchun barmoq uchlari emas, balki kaft va barmoqlardan foydalaniladi. Yana bir bor taʼkidlash joizki, biror narsani eʼtibordan qochirmaslik uchun tartibli yondashuvga amal qilish lozim. Tekshiruvni oʻng qovurgʻa osti sohasidan, jigarni paypaslab koʻrishdan boshlash kerak. Oʻng qoʻl kafti qorin devoriga bosib turiladi, bunda barmoq uchlari oʻng yelka tomon yoʻnaltirilgan boʻladi. Barmoq uchlari qovurgʻa chekkasidan 2-3 sm pastroqda joylashishi lozim. Bemordan chuqur nafas olishi soʻraladi, shunda jigar cheti barmoq uchlarigacha tushadi. Jigarning qattiq-yumshoqligi va ogʻriqli yoki ogʻriqsiz ekanligiga eʼtibor qaratish kerak. Shuningdek, jigar chetining oʻtkir, toʻmtoq yoki tugunli ekanligini ham qayd etish lozim. Tekshiruvchi qoʻlini jigar chekkasi boʻylab harakatlantirish orqali uning oʻlchamini belgilashi mumkin. Jigarni paypaslab koʻrishning yana bir usuli – qovurgʻa yoyi chetini barmoqlar bilan ushlab, bemordan jigar chetini tushirish uchun chuqur nafas olishni soʻrashdir. Bu usul, ayniqsa, jigar hajmi meʼyorida boʻlgan bemorlarda yaxshi natija beradi.

Jigarni paypaslab koʻrishning muqobil usuli. Barmoqlar qovurgʻa cheti atrofida birlashtirilib turiladi. Bemor chuqur nafas olganda, jigar cheti barmoq uchlariga yaqinlashadi.

Jigarni koʻzdan kechirgandan soʻng, oʻng yuqori kvadrantda oʻsma yoki ogʻriq bor-yoʻqligini aniqlash uchun paypaslab koʻriladi. Bunda yana kaft va barmoqlardan foydalaniladi. Agar biror oʻsma aniqlansa, koʻpincha uni ikki qoʻl

bilan paypaslab chegarasini aniqlash foydali bo'ladi. Chap qo'l o'ng qo'lni bosadi va shu tariqa qorin mushaklarini yengib o'tib, o'smani tekshiradi. Agar massa aniqlanmasa, chap yuqori kvadrantga o'tiladi. Bu yerda ham o'smalar yoki og'riqlar bor-yo'qligi diqqat bilan paypaslab ko'riladi. Jigar singari taloqni ham paypaslab ko'rishga harakat qilish lozim. Normal taloq faqat juda ozg'in odamlardagina paypaslanadi. Agar yotgan holatda taloq paypaslanmasa, bemor o'ng yonboshiga ag'dariladi. Tekshiruvchi bemorning o'ng tomonida turib, o'ng qo'li bilan paypaslaydi, ayni paytda chap qo'li bilan bemorning chap biqiniga bosadi. Bu taloqni oldinga siljitadi va ko'pincha uni paypaslab ko'rish imkonini beradi.

Ikki qo'l bilan paypaslash. Chap qo'l o'ng qo'lni bosadi va shu tariqa har qanday massani tekshiradi.

Taloqni paypaslash. Chap qo'l ko'krak qafasining chap pastki qismini bosib, taloqni oldinga itaradi, bu esa o'ng qo'l bilan uni paypaslab ko'rish imkonini beradi.

Keyingisi kindik atrofidagi sohani tekshiradi, yana o'sma yoki og'riqli joylarni paypaslab ko'radi. Aorta bifurkatsiyasi kindik sohasida joylashganini alohida yodda tutish lozim, shu bois aorta anevrizmasi odatda kindik darajasida yoki undan sal yuqoriroqda pulsatsiyalanuvchi hosila ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kindikning o'zini ham churra yoki limfadenopatiyani aniqlash uchun sinchkovlik bilan paypaslab ko'rish zarur.

So'ngra chap pastki kvadrant va yon tomon paypaslanadi. Ozg'in kishilarda chap buyrakning pastki qutbi chap yonboshda zich, yumaloq, silliq hosila shaklida paypaslanishi mumkin. Sigmasimon ichak chap pastki kvadrantda naychaga o'xshash tuzilma sifatida sezilishi mumkin. Chap pastki kvadrantdagi har qanday og'riq yoki g'ayritabiiy hosilalarga e'tibor qaratish lozim. Shundan so'ng o'ng pastki kvadrant va yon tomonga e'tibor beriladi. Chapdagidek, o'ng tomonda ham o'ng buyrakning pastki qutbi paypaslanishi mumkin. Ozg'in odamlarda ko'richak o'ng pastki kvadrantda tebranuvchi, yaxshi ifodalanmagan hosila sifatida sezilishi mumkin. Bu yerda ham har qanday g'ayritabiiy massa yoki og'riqqa e'tibor berish kerak.

Operatsiyadan keyingi chandiqlarga alohida e'tibor qaratiladi. Bemordan yo'talish yoki chandiqlar paypaslanayotganda Valsalva manevrini bajarish so'raladi, bu operatsiyadan keyingi churra bor-yo'qligini aniqlashga yordam beradi. Xuddi shunday, chov va son sohalarini yo'tal yoki Valsalva paytida paypaslab, churra mavjudligini tekshirish lozim.

9.5. Perkussiya

Qorin perkussiyasi jigar va taloq o'lchamlarini aniqlash hamda anomal gaz to'planishini tekshirish maqsadida o'tkaziladi. Jigar o'lchamlari perkussiya paytida jigar to'mtoqligi darajasini aniqlash orqali baholanadi. Bu o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab ko'krakdan biroz pastroqda perkussiya qilish yo'li bilan amalga oshiriladi. Pastki qismda joylashgan havo tufayli rezonans tovushi hosil bo'lishi kerak. So'ngra perkussiya jigar gumbazidan to'mtoqlik paydo bo'lguncha pastga tomon davom ettiriladi. Keyin esa, tovush qayta paydo bo'lguncha perkussiya davom ettiriladi. Bu tekshiruvchi jigar chetidagi yo'g'on ichakning jigar bukilishiga yetganligini

bildiradi. Jigarining normal o'lchami 10 dan 12 santimetr gacha bo'ladi. Agar jigar ustida to'mtoqlik kuzatilmasa, bu qorin bo'shlig'ida gaz borligini anglatishi mumkin. Bunday holat organ teshilganda yuzaga kelishi mumkin.

Xuddi shunday usuldan foydalanib, perkussiya yordamida taloq o'lchamlarini aniqlash mumkin. O'rta qo'ltiq chizig'i bo'ylab perkussiya qilinganda, me'yorda taloqning to'qqizinchi qovurg'a oralig'idan o'n birinchi qovurg'a oralig'igacha bo'lgan to'mtoqligini aniqlash mumkin. Agar to'mtoqlik katta maydonni qamrab olsa, odatda splenomegaliya mavjud bo'ladi. So'ngra perkussiya jigar bukilishida gaz borligini tekshirish uchun o'ng yuqori kvadrantda, oshqozon yoki taloq bukilishida gaz borligini tekshirish uchun chap yuqori kvadrantda, sigmasimon ichakda gaz borligini tekshirish uchun chap pastki kvadrantda va ko'richakda gaz borligini tekshirish uchun o'ng pastki kvadrantda amalga oshiriladi. Kindik atrofi sohasida perkussiya qilinganda ingichka ichak qovuzloqlarida gaz borligi aniqlanadi. Qorinni ko'zdan kechirish yoki paypaslash paytida aniqlangan har qanday hosila ham shu bosqichda puxta perkussiya qilinishi va bu hosila ichida gaz bor-yo'qligi aniqlanishi kerak. Bu tuzilma cho'zilgan ichak qovuzlog'i yoki qorin bo'shlig'ida erkin havo mavjudligini ko'rsatishi mumkin.

Assitni ehtiyotkorlik bilan tekshirish lozim, ayniqsa bemorning yon tomonlari shishgan yoki qorni do'ppaygan bo'lsa. Assit bor-yo'qligini aniqlashning eng samarali usuli - harakatlanuvchi bo'g'iqlikni topish. Buning uchun yon tomondan perkussiya qilib, tovush bo'g'i qdan timpanikka o'zгурuncha oldinga siljib boriladi. Bu ichak qovuzloqlariga yetib kelganlikni bildiradi. Ushbu chegara ruchka bilan belgilanadi, so'ngra suyuqlik oldinga siljishi uchun bemor shu tomonga ag'dariladi. Shundan so'ng tekshiruv takrorlanadi. Tovush bo'g'i qdan timpanikka o'tgan joy yana belgilanadi. Oldingi belgi o'zgargan bo'lsa, bu qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik borligini ko'rsatadi.

Assitni aniqlashga yordam beradigan yana bir usul - suyuqlik to'lqinini tekshirish. Bemor yoki yordamchi qorinning oldingi devorini o'rta chiziq bo'ylab bosadi; tekshiruvchi kaftini bir yonga qo'yib, boshqa yonni barmog'i bilan sekin uradi. Sezilarli assit mavjud bo'lsa, suyuqlik to'lqini urgan barmoqdan qabul qiluvchi qo'lga o'tishi kerak.

9.6. Rektal tekshiruv

Bemordan chap yonboshi bilan yotgan holatda burilish so'raladi, bunda o'ng son va tizza to'liq bukilgan, chap son va tizza esa biroz bukilgan bo'ladi. Dumba sohasi ko'rik stolining chetida joylashishi lozim. Shundan so'ng orqa chiqaruv teshigi atrofi terida jarohat, chandiq, oqma yoki tashqi gemorroiy bor-yo'qligini aniqlash uchun sinchkovlik bilan tekshiriladi. Keyin o'ng qo'lning qo'lqop kiydirilgan ko'rsatkich barmog'i yaxshilab moylanadi va orqa chiqaruv teshigiga kiritiladi. Anal halqaning qarshiligi odatda asabiylashish natijasida yuzaga keladigan spazm tufayli sodir bo'ladi va uni bemordan barmoq kiritilayotganda kuchanishni so'rash orqali bartaraf etish mumkin. Orqa chiqaruv teshigi devori sinchkovlik bilan paypaslanadi, bunda gipertrofik papillalar, yallig'langan kriptalar,

torayishlar va sfinkter tonusiga alohida e'tibor qaratiladi. So'ngra barmoq uchi bilan to'g'ri ichak paypaslanib, unda o'smalar bor-yo'qligi va prostata bezining holati tekshiriladi.

9.7. Chov sohasi

Chov sohasini ko'zdan kechirishni taburetkada o'tirgan tekshiruvchi qarshisida to'g'ri turgan holda o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Tekshiruvchi urug' tizimchasining yorg'oqqa yo'nalishi bo'ylab g'ayritabiiy bo'rtmalar yoki hosilalar mavjudligini aniqlash uchun chov sohasini sinchiklab ko'zdan kechirishi lozim. Ko'rik paytida shubhali hosila aniqlansa, bemordan yo'talishni so'rab, qo'shimcha kuchanish paydo bo'lish-bo'lmasligini tekshirish kerak. Agar iloji bo'lsa, undan hosilani o'zi mustaqil ravishda kamaytirish uchun harakat qilishini so'rash lozim.

Agar hosila topilmasa, shifokor chov sohasini paypaslab ko'rishi lozim. Buning eng yaxshi usuli ko'rsatkich barmoq bilan urug' tizimchasi bo'ylab yurish, yorg'oq terisini qov do'mboqchasiga burish, so'ngra yon tomonga o'tib tashqi halqani aniqlashdir. Keyin bemorga yo'talish buyuriladi va agar bilvosita chov churrasi mavjud bo'lsa, shifokor qopcha chov kanali bo'ylab tashqi halqa orqali chiqish tomon harakatlanayotganida impulsni sezishi kerak. Agar medial chov sohasida umumiy bo'rtma aniqlansa, ba'zan jismoniy tekshiruv paytida to'g'ri va egri chov churrasini farqlash mumkin. Buning uchun ichki halqani bevosita bosib, egri churraning tushishini to'xtatish kerak. Agar shundan so'ng bemor yana yo'talsa va ichki halqasi tiqilgan holda xuddi shunday bo'rtma paydo bo'lsa, churra qorinning pastki devori orqali o'tgan to'g'ri churra deb taxmin qilish mumkin.

Chov sohasini paypaslab ko'rish. (a) Tekshiruvchi chov kanalini paypaslab ko'rish uchun yorg'oq terisini ag'daradi. (b) Barmoqni ichki halqa va chov kanaliga qo'yib, bemordan churra bor-yo'qligini tekshirish uchun yo'talishni so'raydi.

Churra joyini aniqlash uchun chov sohasini bevosita bosish.

Bu sohada son churralari paydo bo‘lish ehtimolini e’tiborga olish zarur. Ular son kanali orqali chiqib, chov boylamidan pastroqda bo‘rtma hosil qiladi. Ba’zida son churrasi chov boylami ustidan kranial yo‘nalishda o‘tib, to‘g‘ri yoki egri chov churrasi ko‘rinishida namoyon bo‘lishi mumkin. Son kanalini paypaslab ko‘rish churraning son sohasidan kelib chiqqanligini tasdiqlashi lozim.

X-BOB. GASTRITLAR: ETIOLOGIYASI, KLINIKASI, TASHXISI VA DAVOSI

Gastrit - oshqozon shilliq qavatining yallig‘lanishini anglatadi va ko‘pincha endoskopiya yoki radiologiyada anomal oshqozon shilliq qavatining g‘ayritabiiy ko‘rinishini ifodalash uchun qo‘llaniladi. Gastrit oshqozon shilliq qavatining infeksiyon yoki immunologik yallig‘lanishini va organizmning unga nisbatan reaksiyasini o‘z ichiga oladi. Bu holatni tashxislash uchun oshqozon shilliq qavati yallig‘lanishining gistopatologik isbotlari zarur. Gastropatiya esa yallig‘lanishsiz kechuvchi oshqozon shilliq qavati kasalligi bo‘lib, ko‘pincha epiteliy shikastlanishi va keyinchalik tiklanishi bilan tavsiflanadi. Gastrit va gastropatiya bir-birini istisno qilmaydi va ba‘zan bir vaqtning o‘zida mavjud bo‘lishi mumkin. Klinik amaliyotda gastrit shilliq qavat shikastlanishi belgilari bilan namoyon bo‘lishi mumkin, gastropatiya esa oshqozon shilliq qavatida yallig‘lanish reaksiyasining ayrim belgilari bilan kechishi mumkin.

Gastritni kasallikning o‘tkirlik darajasiga (o‘tkir yoki surunkali), yallig‘lanishning gistologik xususiyatlariga yoki uning etiologiyasiga qarab tasniflash mumkin. Gastritning umum e’tirof etilgan tasnifi mavjud bo‘lmasa-da, gastritning turli ko‘rinishlarini tushunish va tasniflash uchun ularning gistologik xususiyatlari hamda etiologik omillarini bilish juda muhimdir. Bundan tashqari, ushbu kasallikni davolash rejalarini ishlab chiqishda tegishli gistologik baholash ham katta ahamiyatga ega. Ushbu bobda gastritning gistologik va morfologik ko‘rinishlari muhokama qilinadi, ularning prognostik ahamiyati baholanadi hamda ushbu holatlarni boshqarish bo‘yicha ko‘rsatmalar asosidagi yondashuvlar bayon etiladi. Ushbu mavzuning asosiy maqsadi tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish orqali bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

10.1. Etiologiyasi

10.2. O‘tkir gastrit

O‘tkir gastrit - oshqozon shilliq qavatining vaqtinchalik yallig‘lanishi bo‘lib, oshqozon shilliq qavatiga tushadigan yuklama natijasida yuzaga keladi va qon ketishi yoki qon ketishsiz belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Bu holat turli omillar, jumladan, uremiya, ishemiya, shok, tajovuzkor moddalar, dori vositalari, nurlanish, jarohat, og‘ir kuyish, sepsis yoki ishqoriy o‘t refluyksi tufayli rivojlanishi mumkin. Ayrim infeksiyalar, masalan, enteroviruslar ham o‘z-o‘zini cheklaydigan gastrit epizodini keltirib chiqarishi mumkin. O‘tkir gastrit asosiy sababga qarab me‘da shilliq moddasi ajralishining kamayishi, shilliq qavat to‘sig‘ining buzilishi yoki shilliq qavatda qon aylanishining pasayishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

10.3. Surunkali gastrit

Surunkali gastritni ikki turga - atrofik va noatrofik shakllarga ajratish mumkin. Surunkali gastritning asosiy sababi *Helicobacter pylori* infeksiyasi hisoblanadi va u odatda noatrofik morfologiya bilan boshlanadi. Surunkali gastritning noatrofik shakli to'g'ri davolanmasa, atrofik shaklga o'tib ketishi mumkin. Atrofik surunkali gastritning eng ko'p uchraydigan sababi autoimmun gastrit hisoblanadi. Bu kasallikning kelib chiqish sabablari hali noaniq. Autoimmun gastrit surunkali mononuklear yallig'lanish bilan namoyon bo'ladi va ko'pincha tanaga ta'sir qiladigan og'ir atrofik gastrit hamda parietal hujayralarga yoki ichki omilga qarshi autoantitanachalar mavjudligi bilan kechadi. Biroq, autoimmun gastrit mustaqil kasallikmi yoki *H. pylori* infeksiyasi moyil odamlarda autoimmun javobni keltirib chiqaradimi, bu hali noma'lum.

10.4. Reaktiv gastrit

Reaktiv gastrit yoki gastropatiya o'tkir gastrit bilan ko'plab umumiy sababiy omillarga ega. Reaktiv gastrit ayrim dori vositalarini qabul qilish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, nurlanish ta'siri va o'n ikki barmoqli ichakdan (o't) qaytishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bu qo'zg'atuvchilar shilliq qavatning gistologik shikastlanishiga olib keladi, bu gastropatiyalarda me'da shilliq qavatining sust kechuvchi yallig'lanishi bilan tavsiflanadi. Bu holatlar odatda belgilsiz kechsa-da, endoskopiya paytida aniqlanadi va ko'pincha atrofik o'zgarishlar alomatlari bo'lmagan ko'plab eroziyalar yoki yaralar topiladi. Turli xil xavfli o'smalarni davolash uchun immunitet nazorat nuqtalari ingibitorlaridan foydalanish reaktiv gastritning paydo bo'lishiga hissa qo'shadi, ammo u hamon juda kam uchraydigan holat hisoblanadi.

10.5. Gastritning Sidney tasnifi tizimi

Sidney tizimining gistologik bo'linishi 1990-yilda joriy etilgan bo'lib, o'shandan beri endoskopik biopsiyalarda gastritning morfologik xususiyatlarini tasniflovchi eng ko'p iqtibos qilingan tizimga aylandi. Bu tizim oshqozon patologiyasining turi, og'irligi va darajasi haqida ma'lumot beradi. Sidney tasnifi bo'yicha uzatishning asosiy jihati gastrit topografiyasi hisoblanadi, u oshqozonning antral qismi yoki tanasi bilan cheklanishi yoki butun oshqozonga ta'sir qilishi mumkin (pangastrit). Kasallik etiologiyasi ma'lum bo'lsa, u topografiyani belgilash uchun prefiks sifatida qo'shiladi. Masalan, kasallik autoimmun kelib chiqishga ega bo'lsa, u "tananing autoimmun gastriti" deb nomlanadi. Sidney tasniflash tizimi yadro topografiyasiga suffiks sifatida qo'shinishi mumkin bo'lgan 5 ta darajalangan morfologik o'zgaruvchini ajratib ko'rsatadi. Bu o'zgaruvchilarga yallig'lanishning turi yoki surunkali holati, gastrit faolligi, ichak metaplaziyasi, atrofiya darajasi va *H. pylori* mikroorganizmlarining mavjudligi yoki yo'qligi kiradi. Morfologik belgilar yo'q, yengil, o'rtacha va og'ir darajalarga bo'linadi. Sidney gastrit tasniflash

tizimi antral bo'lim va tanadan kamida ikkita tasodifiy biopsiya, shuningdek, burchak kesmasidan qo'shimcha biopsiya o'tkazishni tavsiya etadi.

Sidney tasnif tizimi gastritning darajasi va og'irligini standartlashtirilgan va qisqa usulda hujjatlashtirish imkonini bersada, u kelajakdagi morfologik o'zgarishlarni bashorat qilish yoki prognozlash usulini taklif etmaydi.

Gastritlarning etiologik omillar bo'yicha tasnifi

Gastritni tasniflashga muqobil yondashuv yallig'lanishning ham etiologiyasini, ham uning surunkaliligini hisobga oladi. Bu yondashuv gastritni 3 asosiy kichik turga ajratadi: o'tkir, surunkali va "maxsus". O'ziga xos kichik turlarga etiologiyasi noma'lum bo'lgan gastropatiya va gastrit kiradi.

Infeksion gastrit ko'pincha butun dunyoda keng tarqalgan *H. pylori* infeksiyasi bilan bog'liq. Infeksion gastritning boshqa turlariga quyidagilar kiradi: flegmonoz gastrit (yiring hosil qiluvchi bakteriyalar keltirib chiqaradi), mikobakterial gastrit (sil mikobakteriyasi keltirib chiqaradi), sifilitik gastrit, virusli gastrit (sitomegalovirus (SMV) va oddiy herpes virusi (OGV) keltirib chiqaradi), parazitar gastrit (*Anisakis*, *Cryptosporidium*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia*, *Toxoplasma* va *Schistosoma* keltirib chiqaradi) va zamburug'li gastrit (*Candida*, *Aspergillus*, *Mucor*, *Coccidioides*, *Histoplasma*, *Cryptococcus neoformans*, *Pneumocystis carinii* va *Torulopsis glabrata* keltirib chiqaradi).

Granulematoz gastrit - Kron kasalligi va sarkoidozga chalingan bemorlarda kuzatiladigan "o'ziga xos" gastrit turi. Limfotsitar gastrit, kollagenli gastrit va eozinofilli gastrit - etiologiyasi noaniq bo'lgan gastritning qo'shimcha "o'ziga xos" kichik turlari hisoblanadi. Limfotsitar va kollagenli gastrit seliakiya bilan bog'liq bo'lsa, eozinofilli gastrit atopik holatlar va oziq-ovqat allergenlari bilan bevosita aloqador.

Kioto konsensus konferensiyasiga ko'ra, etiologik omillarga asoslangan gastritning keng qamrovli tasnifi quyidagicha shakllantirilgan:

- ✓ Autoimmun gastrit
- ✓ Infeksion gastrit
- ✓ *H. pylori* qo'zg'atgan gastrit
- ✓ *H. pylori* dan tashqari bakterial gastrit
- ✓ Xeylman gastriti
- ✓ Enterokokkli gastrit
- ✓ Mikobakterial gastrit
- ✓ Ikkilamchi sifilitik gastrit
- ✓ Oshqozon flegmonasi
- ✓ Virusli gastrit
- ✓ Enterovirusli gastrit
- ✓ Sitomegalovirusli gastrit
- ✓ Zamburug'li gastrit
- ✓ Mukormikoz tufayli gastrit
- ✓ Oshqozon kandidozi
- ✓ Oshqozon gistoplazmozi
- ✓ Parazitar gastrit
- ✓ Kriptosporidiyali gastrit

- ✓ Oshqozon strongiloidozi
- ✓ Oshqozon anisakiazi
- ✓ Dori vositalari keltirib chiqargan gastrit
- ✓ Alkogol sabab bo'lgan gastrit
- ✓ Nurlanish tufayli gastrit
- ✓ Kimyoviy gastrit
- ✓ O'n ikki barmoqli ichak refluksi tufayli gastrit
- ✓ Limfotsitar gastrit
- ✓ Menetriye kasalligi
- ✓ Allergik gastrit
- ✓ Eozinofilli gastrit
- ✓ Granulematoz gastrit
- ✓ Sarkoidoz tufayli gastrit
- ✓ Vaskulit fonidagi gastrit
- ✓ Kron kasalligi tufayli gastrit

10.6. Epidemiologiya

O'tkir gastrit bilan kasallanishni aniqlash murakkab vazifa bo'lishi mumkin, chunki bu holatning keng tarqalgan sabablari, masalan, enterovirusli infeksiyalar, odatda yengil va o'z-o'zidan o'tib ketuvchi, ko'pincha xabar qilinmaydigan holatlarga olib keladi. O'tkir gastritga sabab bo'luvchi boshqa omillar, jumladan sepsis, ishemiya va kaustik shikastlanish, *H. pylori* bilan bog'liq surunkali gastrit va surunkali atrofik (autoimmun) gastritga nisbatan kamroq uchraydi. So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, dunyo aholisining taxminan 25 foizi surunkali atrofik gastritdan aziyat chekmoqda. Bundan tashqari, *H. pylori* bilan zararlanganlar orasida surunkali atrofik gastrit rivojlanish xavfi taxminan 2,4 barobar yuqori.

G'arb aholisi orasida olingan ma'lumotlar *H. pylori* keltirib chiqaradigan yuqumli gastrit bilan kasallanishning kamayishi va autoimmun gastritning tarqalishi ortib borayotganini ko'rsatmoqda. Autoimmun gastrit ko'proq ayollar va keksa yoshdagilarda uchraydi, uning tarqalish darajasi 2% dan 5% gacha. Biroq, mavjud ma'lumotlarning ishonchliligi cheklangan bo'lishi mumkin.

H. pylori bilan bog'liq surunkali noatrofik gastrit rivojlanayotgan mamlakatlarda hamon keng tarqalgan. G'arb aholisida bolalarda *H. pylori* infeksiyasining tarqalishi taxminan 10% ni tashkil etsa, rivojlanayotgan mamlakatlarda bu ko'rsatkich ancha yuqori bo'lib, taxminan 50% ga yetadi. Rivojlanayotgan mamlakatlarda *H. pylori* infeksiyasining tarqalishi geografik hudud va ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlarga qarab sezilarli darajada farqlanadi. Masalan, taxminlarga ko'ra, bu ko'rsatkich Afrikada 69%, Janubiy Amerikada 78% va Osiyoda 51% ni tashkil etadi.

H. pylori infeksiyasining global tarqalishida ijtimoiy-iqtisodiy va ekologik omillar hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bu omillarga oilaviy gigiyena amaliyoti, uy-joy zichligi va ovqatlanish odatlari kiradi. Hozirgi kunda *H. pylori* infeksiyasining bolalikda yuqishi jamiyatda *H. pylori* bilan bog'liq gastritni belgilovchi asosiy omil deb hisoblanadi.

Taxminlarga ko'ra, AQShda atrofik gastritning tarqalishi 15% gacha yetishi mumkin. Joriy baholashlar shuni ko'rsatmoqdaki, bu tarqalish *H. pylori* infeksiyasining boshlang'ich tarqalishi yuqori bo'lgan aholi guruhlarida, masalan, oq tanli bo'lmagan irqiy va etnik ozchiliklar hamda *H. pylori* infeksiyasi yuqori bo'lgan mamlakatlardan kelgan birinchi avlod muhojirlarida yuqoriroq bo'lishi ehtimoli katta.

H. pylori infeksiyasi bilan bog'liq bo'lmagan atrofik gastrit nisbatan kam uchraydi, uning tarqalishi 0,5% dan 2% gacha bo'lib, bu ko'rsatkich ehtimol haddan tashqari yuqori hisoblanadi. Boshqa autoimmun kasalliklarning mavjudligi bu holatning tarqalishini oshiradi: qalqonsimon bezning autoimmun kasalligi bilan og'riqan bemorlarning uchdan bir qismigacha autoimmun gastrit hamroh bo'lishi mumkin. *H. pylori* bilan bog'liq atrofik gastritdan farqli o'laroq, sof autoimmun gastrit irqiy yoki etnik farqlarga ega emas.

10.7. Patofiziologiya

H. pylori bilan bog'liq gastrit

H. pylori - bu xivchinli gram-manfiy bakteriya bo'lib, u atrof-muhit omillari, fekal-oral yoki oral-oral yo'llar orqali yuqishi mumkin. *H. pylori* qo'zg'atgan gastritning patofiziologiyasi bakterial virulentlik omillari va organizm immun reaksiyalari o'rtasidagi murakkab o'zaro ta'sirni o'z ichiga oladi. Bu o'zaro ta'sir me'da shilliq qavatini buzadi va surunkali yallig'lanishga olib keladi. *H. pylori* hujayra adgeziyasiga yordam beradigan turli xil virulentlik omillariga ega, jumladan BabA/B, sabA va OipA; u hujayralarni shikastlaydi, Ure A/B kabi zich birikmalarni parchalaydi va LPS kabi organizm immun javobidan qochadi. E'tiborga loyiq jihati shundaki, sitotoksin bilan bog'liq A geni (*CagA*) kuchli yallig'lanish qo'zg'atuvchisi hisoblanib, oshqozon saratoni rivojlanishi bilan bog'liq.

*H. pylori*ning oshqozonda yashab qolishi va koloniyalanishi bakteriya tomonidan ishlab chiqariladigan ureazaga bog'liq. Ureaza mochevina gidrolizini tezlashtiradi, natijada ammiak ajralib chiqadi va bakteriya atrofida himoya qatlami hosil bo'ladi. Ammiak, shuningdek, oshqozonning kislotali mikromuhitini neytrallashtirishga yordam beradi, bu esa bakteriyalarga oshqozonning past pH sharoitida rivojlanish imkonini beradi. Keyinchalik xivchin va boshqa shilimshiq parchalovchi fermentlar organizmning shilliq qavatidan o'tib, me'da epiteliysiga yetib borishiga ko'maklashadi va oxir-oqibat epiteliy hujayralariga yopishadi.

*H. pylori*ning epiteliyal hujayralarga birikishi gastritning o'ziga xos xususiyati bo'lgan yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi. Organizmning makrofaglari va faollashgan T-hujayralari turli antigen substratlarni o'zlashtiradi. Jalb etilgan T-hujayralar oshqozon epiteliyal hujayralarida B7-H1 (dasturlashtirilgan o'lim-1 ligandi) ekspressiyasi tufayli paradoksal tarzda ingibirlanadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, *H. pylori* oshqozon epiteliyal hujayralarida B7-H1 ekspressiyasini keltirib chiqaradi, bu esa bakterial infeksiyaning surunkali kechishiga yordam beradi. Yallig'lanishning keyingi kuchayishi *H. pylori* tomonidan indutsirlangan oshqozon epiteliyal hujayralarining interleykin (IL)-8 ishlab chiqarishining ortishi

hisobiga sodir bo‘ladi. IL-8 keyinchalik neytrofilarni faollashtiradi va boshqa yallig‘lanish hujayralarini shilliq qavatga jalb qiladi. Davomli yallig‘lanish oxir-oqibat oshqozon shilliq qavatidagi gastrin (G) ishlab chiqaruvchi hujayralar va kislota ishlab chiqaruvchi pariyetal hujayralarning kamayishiga olib keladi. Vaqt o‘tishi bilan atrofiya va ichak metaplaziyasi rivojlanadi.

10.8. Autoimmun gastrit

Autoimmun metaplastik atrofik gastrit T-hujayralar tomonidan oksintik shilliq qavatining parchalanishi va parietal hujayralar hamda ichki faktorga qarshi autoantitanalar ishlab chiqarilishi natijasida rivojlanadi. H. pylori qo‘zg‘atgan atrofik gastritli bemorlarda ushbu kasallikning taxminiy rivojlanish mexanizmi bakteriyaga qarshi va shu sohadagi xo‘jayin antigenlariga, jumladan parietal hujayralar va ichki faktorga qaratilgan kesishma antigen faollikni nazarda tutadi. Birlamchi autoimmun atrofik gastritda esa immun javob H. pylori infeksiyasidan qat’i nazar, bu antigenlarga qarshi yo‘naltirilgan bo‘ladi. Biroq, autoimmun javobni keltirib chiqaradigan va kasallik patogenezini boshlab beradigan molekulyar omillar hali ham aniqlanmagan. Vaqt o‘tishi bilan oksintik shilliq qavatning immun vositachiligidagi yemirilishi oshqozon shilliq qavatida shilimshiq hujayralar va metaplastik bezlar, shu jumladan ham ichak, ham psevdopilorik turdagi bezlarning paydo bo‘lishiga olib keladi.

10.9. Gistopatologiya

Gistologik jihatdan gastrit oshqozon biopsiyasining kamida bitta joyida ikkinchi darajali neytrofillar yoki mononuklearlar mavjudligi bilan, yoki kamida ikkita joyda birinchi darajali neytrofillar yoki mononuklearlar topilishi bilan tasdiqlanadi. Sidney tasniflash tizimi oshqozonning beshta turli qismidan, jumladan antral qism (katta va kichik egrilik), insizura va tana (katta va kichik egrilik) qismlaridan gistologik namunalari olishni tavsiya etadi. Namunalari alohida-alohida idishlarga joylashtirilishi va shikastlanish joyiga qarab guruhlariga ajratilishi lozim. Bunday yondashuv H. pylori ni aniqlash imkoniyatini oshiradi va tashxisni o‘tkazib yuborish ehtimolini kamaytiradi.

10.10. Oshqozon shilliq qavatining normal gistologiyasi

Oshqozon shilliq qavati ikki asosiy hududga bo‘linadi: tub va tanani o‘z ichiga olgan oksintik soha hamda antral qism va burchak o‘ymasidan iborat shilliq ishlab chiqaruvchi hudud. Oksintli shilliq pardada maxsus bezlarni kuzatish mumkin, ular tarkibida pariyetal (oksintli) hujayralar, bosh (zimogen) hujayralar va enteroxromaffin hujayralar mavjud. Pariyetal hujayralar yirik o‘lchamlari, yuqori atsidofilligi va yumaloq yoki piramidasimon shakli bilan ajralib turadi, bosh hujayralar esa kichikroq bo‘lib, bazofilligi bilan farqlanadi. Antral qismning shilliq pardasi me‘da chuqurchalari yoki botiqliklar, ko‘p miqdorda shilliq ishlab

chiqaruvchi hujayralar bilan tavsiflanadi. Bu foveolyar hujayralar ustunsimon shaklda bo‘lib, och eozinofil sitoplazmaga ega. Me‘da chuqurchalarining ichki qismida joylashgan hujayralar shilliq bo‘yin hujayralari deb ataladi va ular bez bo‘ylab yuqoriga ko‘tarilgan sari yetiladi, shu tariqa yuzadagi shilliq hujayralarning o‘rnini egallaydi.

Oraliq shilliq qavatning mavjudligi antral bo‘lim va tana, tana va kardiya, antral bo‘lim va o‘n ikki barmoqli ichak o‘rtasidagi o‘tish chegaralarini aniqlashga yordam beradi. O‘tish zonalarida turli xil shilliq pardalarning asta-sekin qo‘shilib ketishi kuzatiladi. Tanadan antral bo‘limga o‘tishning eng ma‘lumotli gistologik ko‘rsatkichi asosiy hujayralarning yo‘qligi va bezlar shaklining oddiy naysimondan shoxlanganga o‘zgarishidir. Kislotasi ishlab chiqaruvchi shilliq qavatda qisqa me‘da chuqurchalari bo‘lib, ularning bezlari uzun va zich joylashgan. Aksincha, antral sohadagi shilliq qavat qalinligining taxminan 50 foizini foveolar hujayralar bilan qoplangan yirik shilliq ishlab chiqaruvchi bezlar tashkil etadi. Kardiya me‘da chuqurchalari ko‘p, ammo asosiy va pariyetal hujayralar kam uchraydi. Tana va kardiya o‘rtasidagi o‘tish zonasida ko‘p miqdorda asosiy va pariyetal hujayralar paydo bo‘ladi.

10.11. Klinikasi

Ko‘pincha gastritni faqat klinik belgilar asosida aniqlash qiyin bo‘lgani uchun, simptomlarning og‘irligi bilan bog‘liq bo‘lmashligi mumkin bo‘lgan gistologik yoki endoskopik tekshiruv o‘tkazish zarur. O‘tkir gastrit to‘satdan epigastral sohada og‘riq paydo bo‘lishi, qorinning dam bo‘lishi, ko‘ngil aynishi va qusish (dispepsiya) bilan namoyon bo‘lishi mumkin, bu belgilar odatda o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi. Surunkali gastrit ko‘pincha dispeptik alomatlarining sinonimi sifatida ishlatilsa-da, alomatlarining mavjudligi gastritning haqiqiy gistologik yoki endoskopik tashxisi bilan yaxshi mos kelmaydi.

H. pylori bilan bog‘liq surunkali gastrit belgilarisiz kechishi va asta-sekin oshqozon saratoni kabi og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Biroq, kasallikning rivojlanish tezligini aniq bashorat qilib bo‘lmaydi. E‘tiborli jihati shundaki, surunkali dispepsiyasi bor har bir bemor H. pylori bilan zararlanmagan bo‘ladi. Boshlang‘ich yoki o‘tkir H. pylori infeksiyasi ayrim bemorlarda o‘tkir dispepsiyani keltirib chiqarishi mumkin, bu odatda o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi. Doimiy kolonizatsiya har doim surunkali gastritga olib kelsa-da, ko‘pchilik odamlarda faqat vaqtinchalik dispeptik alomatlar paydo bo‘ladi. Shu sababli, hozirgi konsensusga ko‘ra, agar muvaffaqiyatli eradikatsion davodan so‘ng ularning alomatlari yaxshilansa, bemorlar H. pylori tufayli dispepsiyaga chalingan deb hisoblanadi. Biroq, muvaffaqiyatli eradikatsion davo simptomlarning darhol yaxshilanishiga olib kelmaydi va yaxshilanish ko‘rinishi uchun 6 oygacha vaqt talab etilishi mumkin.

Aksincha, funksional dispepsiya ovqatdan keyin to‘yinib qolish, erta to‘yinish, epigastral sohada og‘riq yoki kuyish hissi kabi doimiy dispeptik alomatlarining mavjudligi bilan tavsiflanadi. Bu alomatlariga sabab bo‘lishi mumkin bo‘lgan strukturaviy o‘zgarishlar yo‘qligi yuqori endoskopiya tekshiruvi bilan tasdiqlanadi. Amaldagi konsensus tavsiyalariga ko‘ra, H. pylori eradikatsion davosi

muvaffaqiyatli o'tkazilgandan so'ng ham doimiy ravishda surunkali dispeptik alomatlarni boshdan kechirayotgan shaxslarga funksional dispepsiya tashxisi qo'yilishi kerak.

H. pylori qo'zg'atadigan o'tkir gastritga o'xshab, autoimmun gastrit ko'pincha alomatlarsiz kechadi va bemorlar odatda tasodifan, megaloblastik, pernitsioz yoki temir tanqisligi anemiyasi aniqlanganda tibbiy yordamga murojaat qilishadi. Autoimmun gastritli odamlarda oshqozon-ichak belgilari kam uchrasada, aksariyat bemorlar alomatlar paydo bo'lganda ovqatdan keyingi hazm qilish qiyinligi haqida xabar berishadi. Kamroq hollarda bemorlar epigastriy sohasidagi noaniq og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, qorindagi funksional og'riq sindromi va qorinning funksional dam bo'lishiga shikoyat qilishlari mumkin.

Butun dunyoda dispepsiya alomatlari keng tarqalgani sababli, ularni ehtiyotkorlik bilan talqin qilish muhim. Ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, tez to'yinish va ovqatdan keyin qorin to'lishi kabi dispepsiya alomatlari autoimmun gastrit bilan bog'liq bo'lishi mumkin, ayniqsa anemiya yoki chekish tarixi bo'lmagan yosh bemorlarda yoki hozirda chekmaydigan kishilarda.

Autoimmun gastrit ko'pincha boshqa autoimmun kasalliklar, ayniqsa qalqonsimon bez kasalliklari bilan bir vaqtda yuzaga keladi. Bu bog'liq autoimmun holatlarga Xashimoto tireoiditi, Addison kasalligi, surunkali spontan eshakyemi, miasteniya, 1-tur qandli diabet, vitiligo va og'iz atrofi teri autoimmun kasalliklari, xususan og'iz bo'shlig'ining eroziv yassi temiratkisi kiradi. Surunkali atrofik autoimmun gastrit va qalqonsimon bezning autoimmun kasalligi o'rtasidagi aloqa 1960-yillar boshida bu bog'liqlikni ifodalash uchun "tireogastral sindrom" atamasining paydo bo'lishiga sabab bo'ldi.

Gastrit tashxisi asosan oshqozon biopatlarni gistopatologik tekshirishga asoslanadi. Kasallik tarixi va laboratoriya tekshiruvlari qimmatli ma'lumotlar bersada, endoskopiya va biopsiya gastrit tashxisining oltin standarti hisoblanadi, chunki ular uning tarqalishi, og'irligi va asosiy sababini aniqlashga yordam beradi.

10.12. Dispepsiyani baholash va H. pylori testi

Gastritni baholash uning sababini to'g'ri aniqlash va keraksiz invaziv tadqiqotlarni kamaytirishni ta'minlash uchun bosqichma-bosqich o'tkazilishi lozim. Funksional dispepsiyaga shubha qilingan bemorlarda tashxis qo'yish uchun oshqozon-ichak traktining yuqori qismlarida endoskopiya talab etilmaydi. Shunga qaramay, H. pylori infeksiyasi mavjudligini aniqlash ko'rsatilgan.

Funksional dispepsiyani tashxislash bo'yicha amaldagi ko'rsatmalarga ko'ra, keksa yoshda ilk bor paydo bo'lgan alomatlar, vazn yo'qotish, qon ketish belgilari, yutish qiyinligi, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi, isitma, to'xtovsiz qusish yoki oilaviy anamnezida qizilo'ngach yoki oshqozon saratoni mavjud bemorlar xavfli belgilarga ega deb hisoblanishi lozim. Bunday bemorlar qo'shimcha tekshiruvdan o'tkazilishi va H. pylori infeksiyasiga tekshirilishi kerak. Ko'p hollarda bu tekshiruv oshqozon-ichak traktining yuqori qismlarini endoskopik baholash va endoskopiya vaqtida olingan biopsiya namunalarini keng qamrovli gistologik tekshirishni o'z ichiga oladi. Biroq, dispepsiya bilan og'rikan, ammo

oilaviy anamnezida oshqozon saratoni bo'lmagan 60 yoshdan kichik bemorlarda oshqozonning xavfli o'smalarini istisno qilish uchun endoskopik tekshiruv o'tkazish tavsiya etilmaydi.

Funksional dispepsiyaning organik sabablari bo'lgan bemorlarni haqiqiy funksional dispepsiya bilan og'rikan bemorlardan farqlash uchun oshqozon-ichak traktining funksional testlaridan foydalanishning klinik ahamiyati cheklangan. Shu sababli, Amerika gastroenterologiya assotsiatsiyasi (AGA) va funksional dispepsiya bo'yicha Osiyo kelishuvi tavsiyalari ushbu alomatlarni boshdan kechirayotgan bemorlarda funksional oshqozon-ichak testlarini muntazam ravishda qo'llashni tavsiya etmaydi.

H. pylori mavjudligini o'rganish tavsiya etiladi va sinchkovlik bilan baholashni talab qiladi. Buning uchun siydikchil bilan nafas olish testi va najasdagi H. pylori antigeniga test o'tkazish tavsiya etiladi. Yaqinda o'tkazilgan Kokreyn sharhiga ko'ra, mualliflar shunday xulosaga keldilarki, ilgari oshqozon rezeksiyasi o'tkazmagan yoki antibiotiklar yoki proton pompasi ingibitorlarini (PPI) qabul qilmagan bemorlarda siydikchil bilan nafas olish testi serologik tekshiruv yoki najasda antigenni aniqlash kabi boshqa noinvaziv usullarga qaraganda tashxis qo'yishda aniqroq ekan. Ko'pchilik konsensus bayonotlariga ko'ra, bitta ijobiy noinvaziv test, masalan, chiqarilgan havodagi siydikchil testi yoki najasdagi antigen testi, dispepsiya bilan og'rikan bemorlarda hatto xavotirli alomatlarsiz ham bakteriyani yo'qotish davolanishini boshlashi mumkin.

Bundan tashqari, noinvaziv tekshiruv boshqa ko'rsatmalar bo'yicha endoskopiyaga muhtoj bo'lmagan bemorlarda bakteriyani yo'qotish davolash samaradorligini tasdiqlash uchun ham qo'llanilishi mumkin. Bunday hollarda, bakteriyani yo'qotish terapiyasidan so'ng H. pylori ni aniqlash uchun noinvaziv testni antibiotiklar yoki PPI terapiyasi tugaganidan 4-6 hafta o'tgach o'tkazish lozim.

60 va undan katta yoshdagi dispepsiya bilan og'rikan bemorlarga gastritni baholash va tasniflash uchun endoskopik va gistologik tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi.

10.13. Atrofik gastrit tashxisi

Autoimmun gastrit tashxisi odatda quyidagi mezonlarni o'z ichiga olgan laboratoriya va gistologik tekshiruvlarga asoslanadi:

Oshqozon tanasi va tubining zararlanishi bilan kechuvchi atrofik gastrit belgilari.

Ichki omil va pariyetal hujayralarga qarshi autoantiternalarning mavjudligi.

Qon zardobidagi pepsinogen I miqdori.

Pepsinogen I va pepsinogen II nisbati.

Pernitsioz anemiya - ko'pincha atrofik gastrit bilan bog'liq bo'lgan va pariyetal hujayralarga yoki ichki omillarga qarshi antitanelar mavjudligi bilan tavsiflanadigan makrositar anemiya turi. Autoimmun gastritni tashxislashda muhim bo'lishi mumkin bo'lgan qo'shimcha testlarga gastrin-17 darajasi, H. pyloriga qarshi

antitanalar, IL-8 kabi sitokinlar va asosan oshqozon tubi shilliq qavatida ishlab chiqariladigan o'sish gormonini ajratuvchi peptid - grelin kiradi.

Pernitsioz anemiya autoimmun gastritning kechki namoyon bo'lishi sifatida tan olish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Pariyetal hujayralarga qarshi antitanalar autoimmun atrofik gastritning eng sezgir qon zardobi biomarkeri bo'lsa-da, ularning o'ziga xosligi cheklangan, chunki ularning darajasi H. pylori infeksiyasi va boshqa autoimmun holatlari bo'lgan odamlarda ham ko'tarilishi mumkin. Aksincha, ichki omilga qarshi antitanalar ushbu kasallikka nisbatan past sezuvchanlikka, ammo yuqori o'ziga xoslikka ega. Ushbu serologik markerlar ko'pincha autoimmun gastritning klinik ko'rinishidan oldin paydo bo'lishi mumkin. Shu sababli, pernitsioz anemiya bilan yangi tashxis qo'yilgan bemorlar atrofik gastrit mavjudligini aniqlash uchun topografik biopsiya bilan endoskopik tekshiruvdan o'tishlari lozim.

Amerika gastroenterologiya uyushmasining (AGU) 2021-yilda atrofik gastritni tashxislash va davolash bo'yicha klinik amaliyot yangilanishiga ko'ra, atrofik gastrit tashxisini tasdiqlash uchun gistopatologik baholash o'tkazish zarur. Oshqozonning gistologik tekshiruvda ichak metaplaziyasi aniqlangani atrofik gastritga xos bo'lgan patognomonik belgi hisoblanadi.

Endoskopik nuqtai nazardan atrofik gastrit me'da shilliq pardasining oqarishi, sezilarli darajada yupqalashishi bilan namoyon bo'ladi. Buni tomirlar to'rining aniq ko'rinishi va me'da burmalarining yo'qolishi tasdiqlaydi. Yuqori aniqlikdagi oq yorug'lik va tor polosali tasvirlash endoskopiya bilan foydalanish, hatto kattalashtiruvchi endoskopiya bilan ham ichak metaplaziyasini aniqlashda 87% sezuvchanlik va 97% o'ziga xoslikni namoyish etadi. Endoskopiya metaplastik sohalar shilliq qavatning naysimon-so'rg'ichsimon naqshi bilan biroz tugunli ko'rinadi. Epiteliy yuzasidagi mayda ko'k-oq qirralar endoskopiya paytida ichak metaplaziyasining tashxis belgilari hisoblanadi, ularning sezuvchanligi va o'ziga xosligi taxminan 90% ni tashkil etadi. Me'da o'smalari va ichak metaplaziyasi mavjud joylarda shilliq qavatda lipidlarning mikroskopik to'planishi oq, tiniq bo'lmagan maydonlar shaklida namoyon bo'ladi va bu deyarli 100% diagnostik o'ziga xoslikka ega. E'tiborli jihati shundaki, ushbu endoskopik tekshiruvning sezuvchanligi nisbatan cheklangan. Tashxisni tasdiqlash va xavf darajasini baholash uchun taxmin qilingan atrofik yoki metaplastik sohalardan biopsiyalar olinishi va gistopatologik tahlilga yuborilishi lozim.

AGA tavsiyalariga ko'ra, atrofik gastritni baholashda topografik biopsiya olishning yangilangan Sidney protokoli amal qilish tavsiya etiladi. Bu quyidagi joylardan 5 ta alohida biopsiya olishni nazarda tutadi, ularning har biri tegishli belgilar bilan konteynerga joylashtiriladi:

Pilorusdan 2-3 sm masofada joylashgan antral qismning kichik egriligi.

Pilorusdan 2-3 sm ichida joylashgan antral qismning katta egriligi.

Burchak kesimasidan taxminan 4 sm proksimal joylashgan me'da tanasining kichik egriligi.

Kardiyadan 8 sm masofada joylashgan me'da tanasining katta egriligi.

Atrofik gastrit tashxisi qo'yilganda, agar ilgari atrofik gastrit aniqlanmagan bo'lsa, H. pylori uchun test o'tkazish tavsiya etiladi. Ijobiy natija bo'lsa, eradikatsion

davolash o'tkaziladi va eradikatsiyaning muvaffaqiyatini tasdiqlash uchun keyingi tekshiruvlar amalga oshiriladi.

Qo'shimcha tekshiruvlarni, jumladan, pariyetal hujayralarga qarshi antitanalar va ichki omilga qarshi antitanalarni o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish lozim. Bundan tashqari, B-12 vitamini va temir tanqisligi tufayli kamqonlik mavjudligini aniqlash uchun qo'shimcha serologik tekshiruvlar o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Ilgari bosqichdagi atrofik gastritga chalingan bemorlarda me'da xavfli o'smalarining rivojlanishini kuzatib borish uchun har 3 yilda bir marta nazorat endoskopiyasini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

Pepsinogen I va II uchun serologik testlar, agar mavjud bo'lsa, atrofik gastrit bilan og'rikan bemorlarni baholashda qimmatli ma'lumot berishi mumkin. Me'da saratoni bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lgan hududlarda qon zardobidagi pepsinogen I miqdorining 70 mkg/l dan pastligi va pepsinogen I ning pepsinogen II ga nisbati pastligi tananing og'ir atrofiyasini aniqlashda yuqori sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega.

10.14. Davolash

Yuqorida ta'kidlanganidek, diagnostik tekshiruvda gastrit belgilari aniqlangan barcha bemorlarga H. pylori ni yo'q qilish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, H. pylori infeksiyasi tasdiqlangan dispepsiya bilan og'rikan bemorlarni davolashda yo'q qilish terapiyasi dastlabki usul sifatida qo'llaniladi. Shuningdek, yara kasalligi, funksional dispepsiya, idiopatik trombositopenik purpura (ITP), sababi noma'lum temir tanqisligi anemiyasi belgilari bo'lgan bemorlarga, hamda nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni uzoq vaqt qabul qilgan hollarda H. pylori ni yo'q qilish terapiyasi ko'rsatilgan. Ayniqsa, anamnezida yara kasalligi bo'lgan bemorlarda nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar bilan davolash rejalashtirilganda ham bu terapiya tavsiya etiladi. Funksional dispepsiya bilan og'rikan bemorlarda yo'q qilish terapiyasi simptomlarni yengillashtirishga cheklangan ta'sir ko'rsatadi. Shunga qaramay, bu usul ushbu bemorlarda yara kasalligi rivojlanish xavfini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin.

Atrofik bo'lmagan surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarda H. pylori eradikatsion davolash usuli qat'iy tavsiya etiladi, chunki u bemorlarning sog'ayishiga yordam beradi va ularda oshqozon saratoni rivojlanish xavfini kamaytiradi. Atrofik gastritli bemorlar uchun organizmga yo'naltirilgan eradikatsion davolash usuli gastritning qisman chekinishiga olib kelishi va oshqozon saratoni xavfini kamaytirishda ayrim potentsial afzalliklarni taqdim etishi mumkin. Ichak metaplaziyasi mavjud bemorlarda eradikatsion davolash usuli metaplastik o'zgarishlarni ortga qaytarmasa-da, oshqozon saratonining umumiy xavfini sezilarli darajada kamaytirmasdan, ularning neoplaziyaga o'tishini sekinlashtirishi mumkin. Shu sababli, ushbu holatda ehtiyotkorona yoki kuchsiz tavsiyani ko'rib chiqish lozim.

H. pylori testi manfiy bo'lgan bemorlarda surunkali gastritni davolash bo'yicha standartlashtirilgan tavsiyalar mavjud emas va bu jarayon sezilarli darajada o'zgaruvchanlik ko'rsatishga moyil. PPI ni empirik qo'llash ushbu bemorlarda

alomatlarni yengillashtirishda samaradorligini namoyon etdi. Amaldagi tavsiyalarga ko'ra, 60 yoshgacha bo'lgan, dispepsiyadan aziyat chekayotgan shaxslarda H. pylori testi manfiy bo'lsa yoki eradikatsion terapiyadan so'ng ham barqaror alomatlar kuzatilsa, PPI bilan empirik davolash tavsiya etiladi. Ushbu davolanishdan foyda ko'rmagan bemorlarga prokinetik terapiya yoki uch halqali antidepressantlar tayinlash masalasini ko'rib chiqish mumkin. E'tiborga loyiq jihati shundaki, ushbu tavsiyani tasdiqlovchi dalillarning sifati pastdan o'rtagacha baholanadi.

Hozirgi kunda atrofik gastrit bilan og'rikan bemorlarni to'liq davolash usuli mavjud emas. Atrofik gastritli bemorlarni davolashning eng muhim jihati kasallik og'irligini baholash va oshqozon xavfli o'smalari xavfini aniqlash uchun xavf darajasini tabaqalashtirish tizimlarini qo'llashdir. Bu maqsadda "Gastritni baholash operativ bo'g'ini" (GBOB) va "Oshqozon-ichak metaplaziyasini baholash operativ bo'g'ini" (OIMBOB) baholash tizimlaridan foydalanish tavsiya etiladi. GBOB va OIMBOB tizimlaridan foydalangan holda gastritni III yoki IV bosqichga kiritish oshqozon saratoni rivojlanish xavfining sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq. Ushbu yondashuv atributiv xavfni baholashning oson qo'llaniladigan usulini ta'minlaydi. Bu tizimlar oshqozon biopsiyalarini gistologik baholash orqali aniqlanadigan atrofiyani baholashni o'z ichiga oladi va klinik bosqichlarni aniqlash uchun atrofiya topografiyasini hisobga oladi.

Gastritning gistologik tasnifi

Oshqozonning normal shilliq qavatida odatda 2 tadan 5 tagacha limfotsit, plazmatik hujayra yoki makrofag bo'lishi mumkin. Bu raqamlarning ko'payish darajasi gastritning og'irligini belgilaydi va u yengil (+--), o'rtacha (++-) yoki kuchli (+++) deb tasniflanadi. E'tiborga loyiq jihati shundaki, bu zichlikni o'lchash mavjud limfoid follikulalardan uzoqda o'tkazilishi lozim, chunki ular asosiy H. pylori infeksiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Agar bez epiteliysining 100 ta epiteliyal hujayrasiga 25 tadan ortiq limfotsit to'g'ri kelsa, limfotsitar gastrit yuzaga keladi.

Neytrofillar zichligi gastrit faolligini ko'rsatadi. Gastrit faolligi quyidagicha tasniflanadi: shilliq qavat xususiy plastinkasidagi neytrofillar yengil (+--) faollikni, epiteliyidagi neytrofillar o'rtacha (++-) faollikni, bez bo'shlig'idagi neytrofillar esa kuchli (+++) faollikni bildiradi.

Me'da shilliq pardasining anatomik qismida kutilgan bezlar bilan haqiqatda kuzatilgan bezlar o'rtasidagi nomuvofiqlik atrofiya hisoblanadi. Bez birliklarining kamayishi yoki butunlay yo'qolishi shilliq pardaning xususiy plastinkasida kollagen to'planishiga olib keladi. Metaplastik o'zgarishlarga normal bez birliklarining metaplastik va displastik birliklar bilan almashishi kiradi. Bez arxitektonikasining 1-30% yo'qolishi va/yoki uning metaplastik o'zgarishi 1 ball, 31-60% yo'qolishi 2 ball, 60% dan ortiq yo'qolishi esa 3 ball bilan baholanadi.

OZOT bosqichlash tizimi gastritni 5 bosqichga ajratadi, ularning har biri atrofiya darajasiga qarab aniqlanadigan saraton rivojlanish xavfining progressiv ortishi bilan bog'liq. Bundan tashqari, topografiyaga asoslanib, umumiy atrofiya ko'rsatkichi belgilanadi, so'ngra u OZOTning tegishli bosqichini aniqlash uchun hisoblab chiqiladi. O'KBKM bosqichlash tizimi atrofiyani baholash uchun faqat ichak metaplaziyasiga tayanadi, bu kuzatuvchilar o'rtasida natijalarning

takrorlanishini oshirsa-da, yuqori xavfli bemorlarni aniqlashda sezgirlikning sezilarli darajada pasayishiga olib keladi.

OZOT/OZOJKM bo'yicha III yoki IV bosqichga kiritilgan bemorlar oshqozon adenokarsinomasi rivojlanishining jiddiy xavfi ostida bo'lishadi. Shu sababli, bunday bemorlarga muntazam endoskopik tekshiruv o'tkazish qat'iy tavsiya etiladi, chunki bu oshqozon saratonini erta bosqichlarda aniqlash imkoniyatini oshiradi va radikal jarrohlik davolash imkonini beradi. AGA bunday bemorlarda har 3 yilda bir marta endoskopik tekshiruv o'tkazishni tavsiya qiladi. Tekshiruv chastotasini belgilashda e'tiborga olinishi kerak bo'lgan boshqa klinik omillarga oilaviy oshqozon saratoni tarixi, oshqozon saratoni ko'p uchraydigan hududlarda istiqomat qilish, H. pylori surunkali infeksiyasi tarixi, chekish va ovqatlanish odatlari kiradi.

10.15. Differensial diagnostika

Gastritning qiyosiy tashxisi quyidagi holatlarni o'z ichiga oladi:

- ✓ Funktsional dispepsiya
- ✓ Oshqozon yarasi kasalligi
- ✓ Oshqozon saratoni
- ✓ O't pufagi yallig'lanishi
- ✓ Zollinger-Ellison sindromi
- ✓ Me'da osti bezi yallig'lanishi
- ✓ Yurak mushagi ishemiyasi
- ✓ Oshqozon limfomasi
- ✓ Seliakiya
- ✓ Ko'p sonli endokrin o'smalar

10.16. Prognoz

Gastritning prognozi uning turiga, asosiy sababiga va bemorning individual xususiyatlariga qarab farqlanadi. To'g'ri davolansa, gastritning ko'plab holatlari samarali nazorat qilinishi va asoratlar xavfi kamaytirilishi mumkin. Ishemiyaga bog'liq o'tkir gastrit va emfizematoz gastrit, agar asosiy sabab tez va to'g'ri davolanmasa, og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Aksincha, atrofik gastritning prognozi atrofiya yoki metaplaziyaning og'irlik darajasiga bog'liq. Ko'plab tadqiqotlar atrofik gastritli bemorlarda oshqozon xavfli o'smalari xavfi yuqori ekanligini ko'rsatmoqda. Bu holatni dastlabki boshqarishda asosiy yondashuv asoratlarni erta aniqlashni osonlashtirish uchun kasallik bosqichini aniqlashga qaratilgan. Tadqiqotda atrofik gastritli bemorlarda oshqozon saratoni bilan yillik kasallanish har bir kishiga 0,25% va I turdagi oshqozon karsinoidlari bilan 0,68% ni tashkil etishi qayd etilgan. Autoimmun metaplastik atrofik gastritli bemorlarda oshqozon adenokarsinomasi bilan kasallanish 1000 kishi-yiliga taxminan 14,2 holatni tashkil etishi, umumiy aholidagi 0,073 holat bilan taqqoslaganda, ma'lum qilingan. Atrofiyaning xususiyati, darajasi va og'irligi

atrofik gastritli bemorlarda saraton rivojlanish xavfining eng muhim bashorat qiluvchi omillari hisoblanadi. Aksincha, oshqozon-ichak metaplaziyasining kichik turlari cheklangan bashorat qilish ahamiyatiga ega.

Dunyoning turli mintaqalarida o'tkazilgan tadqiqotlar xavfli o'smalar xavfining sezilarli geografik farqlari tufayli saraton rivojlanish xavfini kamaytirishda H. pylori ni davolash samaradorligi haqida zid ma'lumotlarni taqdim etmoqda. Shunday bo'lsa-da, eradikatsion davolash prognozini yaxshilashi haqidagi umumiy fikr saqlanib qolmoqda. Tizimli tahlil H. pylori muvaffaqiyatli yo'q qilinganidan so'ng saraton xavfi uchdan bir qismga kamayganini ko'rsatdi. Ilmiy adabiyotlarda "qaytarib bo'lmas nuqta" hodisasi ta'kidlanadi: tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, atrofik gastrit yoki oshqozon-ichak metaplaziyasi kabi saraton oldi kasalliklari bo'lmagan H. pylori tashuvchisi bo'lgan bemorlarda oshqozon saratoni bilan kasallanish kamayadi.

10.17. Asoratlari

H. pylori keltirib chiqargan gastrit turli xil holatlarga, jumladan oshqozon yarasi, ITP, temir tanqisligi kamqonligi va B12 vitamini yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. So'nggi ma'lumotlar, shuningdek, insulinga chidamlilik, metabolik sindrom va jigarning alkogolsiz yog'lanishi bilan potentsial bog'liqlikni ko'rsatmoqda. Ushbu bog'liqliklar asosida yotgan taxminiy mexanizm molekulyar taqlid va sust kechuvchi yallig'lanishning surunkali holatini o'z ichiga oladi. Biroq, hozirgi vaqtda gastrit va ushbu metabolik holatlar o'rtasidagi sabab-oqibat bog'liqligini aniq belgilash uchun yetarli dalillar mavjud emas.

Me'da saratoni atrofik gastritning eng og'ir asorati hisoblanadi. Atrofik gastrit va oshqozon-ichak metaplaziyasi mavjudligi bu asorat xavfini, ushbu shikastlanishlar bo'lmagan surunkali gastritga nisbatan, sezilarli darajada oshiradi. Atrofiyaning og'irligi ham u bilan bog'liq xavfni kuchaytiradi: me'da saratonining nisbiy xavfi o'rtacha atrofik gastritda 1,7% ni, og'ir atrofik gastritda esa 4,9% ni tashkil etadi. Bu ko'rsatkichlar faqat yengil atrofik o'zgarishlar mavjud bo'lganda kuzatiladigan xavf darajasidan ancha yuqori.

Ekstranodal marginal soha B-hujayrali limfomasi H. pylori qo'zg'atgan gastrit bilan bog'liq. Gistologik ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, limfoma ilgari surunkali gastrit uchun namunalar olingan joydagi B-hujayralar klonlaridan kelib chiqqan bo'lishi mumkin.

Ham autoimmun, ham H. pylori tufayli kelib chiqqan gastrit temir tanqisligi anemiyasiga olib kelishi mumkin. Bemorlarni o'qitish gastritni davolashda muhim ahamiyatga ega, chunki bu odamlarga uning paydo bo'lishi yoki takrorlanishining oldini olish uchun faol choralar ko'rish va ushbu holatni samarali boshqarish imkonini beradi. H. pylori keltirib chiqaradigan gastrit holatlarida bemorlarga quyida ko'rsatilgan bir nechta muhim jihatlarni tushuntirish juda muhim.

Yuqish yo'li: Bemorlar H. pylorining yuqish yo'li haqida xabardor bo'lishlari lozim. Bu odatda odamlar o'rtasida yaqin muloqot paytida sodir bo'ladi. Shuningdek, ularga zararlanish xavfini kamaytirish uchun gigiyena qoidalariga rioya qilish muhimligini uqtirib o'tish kerak.

Profilaktika choralari. Bemorlarni turli xil oldini olish choralari, xususan, ifloslangan oziq-ovqat va suv manbalaridan saqlanish haqida xabardor qilish lozim, chunki bu harakatlar *H. pylori* yuqish xavfini sezilarli darajada kamaytirishga yordam beradi.

Antibiotiklar bilan davolash. *H. pylori* infeksiyasi aniqlangan bemorlar shifokor tayinlagan antibiotiklar kursini to'liq o'tashlari shart. Bu qadam bakteriyalarni butunlay yo'q qilish va kasallikning qayta yuzaga chiqish xavfini minimallashtirish uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Autoimmun gastrit va B12 vitamini tanqisligi bor bemorlar uchun B12 vitamini qo'shimchalarini muntazam qabul qilishning muhimligi haqida ma'lumot berishni ta'minlash juda zarur. Bu chora kamqonlik va u bilan bog'liq boshqa asoratlarning oldini olishga ko'maklashadi. Bemorlarga qon ketish yoki oshqozon yarasi kabi gastritning ehtimoliy asoratlari to'g'risida, shuningdek, bunday asoratlar yuzaga kelganda zudlik bilan tibbiy yordamga murojaat qilish zarurligi haqida ma'lumot berish kerak.

Buning ustiga, bemorlarni NSYQ va aspirin kabi gastritni keltirib chiqarishi yoki og'irlashtirishi mumkin bo'lgan dori-darmonlarni uzoq muddat yoki me'yoridan ortiq ishlatish bilan bog'liq potensial xavflar haqida ogoh etish nihoyatda muhim. Bu bilimlar bemorlarning dori-darmonlardan foydalanish bo'yicha asosli qarorlar qabul qilishiga va gastritning kuchayish xavfini kamaytirishga qaratilgan choralar ko'rishiga yordam beradi.

XI-BOB. OSHQOZON VA 12-BARMOQ ICHAK (DUODENAL) YARA KASALLIGI (*Peptik yara kasalligi – PUD*)

Peptik yara kasalligi – oshqozon yoki 12-barmoq ichak shilliq qavatida kislota va pepsin ta'sirida hosil bo'ladigan chuqur defekt (yara)dir.

11.1. Epidemiologiyasi

1. Tarqalishi

- Jahon bo'yicha aholining **5–10 %** hayoti davomida peptik yara bilan kasallanadi.
- Har yili yangi kasallanish darajasi: **0,1–0,3 %**.
- 12-barmoq ichak yarasi oshqozon yarasiga nisbatan **2–4 barobar ko'p** uchraydi.

2. Yosh va jins bo'yicha

- **Duodenal yara:** ko'proq 20–50 yosh oralig'ida.
- **Oshqozon yarasi:** ko'proq 40–60 yoshda.
- Erkaklarda duodenal yara ayollarga qaraganda 1,5–2 barobar ko'p.
- Postmenopauza davrida ayollarda oshqozon yarasi ko'payadi.

3. Geografik xususiyatlar

- Rivojlanayotgan davlatlarda *H. pylori* yuqori tarqalganligi sababli yara kasalligi ko'proq uchraydi.
- Urbanizatsiya, stress, NSAID dorilarni keng qo'llash epidemiologiyani o'zgartirmoqda.

4. So'nggi yillardagi tendensiya

- *H. pylori* ni aniqlash va eradikatsiya qilish tufayli klassik yara kasalligi kamaymoqda.
- Ammo **NSAID-induktsiyalangan yaralar** va qariyalar orasida asoratli yaralar oshmoqda.

5. Asoratlar epidemiologiyasi

- Qon ketish – eng ko'p asorat (15–20 %).
- Perforatsiya – 5–10 %.
- Letallik: asoratli yaralarda 5–15 %, qariyalarda yuqori.

11.2. Etiologiyasi

Peptik yara kasalligi – agressiv va himoya omillari o'rtasidagi muvozanat buzilishi natijasidir.

a) Asosiy etiologik omillar

1. Helicobacter pylori infeksiyasi

Eng muhim sabab.

- Duodenal yaralarning **90–95 %**
- Oshqozon yaralarining **60–80 %** *H. pylori* bilan bog'liq

Patogenez mexanizmi:

- Ureaza fermenti → ammiak hosil qiladi → shilliq qavatni zararlaydi
- Yallig‘lanish chaqiradi
- Gastrin sekretsiasini oshiradi
- Kislota ishlab chiqarishni ko‘paytiradi

Natijada shilliq qavat himoyasi pasayadi.

2. NSAID va aspirin

Ikkinchi eng muhim sabab.

- Prostaglandin sintezini bloklaydi
- Shilliq qavat qon ta‘minotini kamaytiradi
- Bikarbonat va shilliq ishlab chiqarishni pasaytiradi

Xavf yuqori:

- Qariyalar
- Antikoagulyant qabul qiluvchilar
- Kortikosteroidlar bilan birga qo‘llanganda

3. Oshqozon kislotasi va pepsin gipersekretsiasiyasi

- Ayniqsa duodenal yarada muhim.
- Zollinger–Ellison sindromida (gastrinoma) juda yuqori.

4. Stress omili

- Og‘ir travma
- Kuyish (Curling yarasi)
- Miya jarohati (Cushing yarasi)
- Sepsis

Stress yaralari ko‘pincha reanimatsiya bemorlarida uchraydi.

5. Genetik moyillik

- I (O) qon guruhi – duodenal yara xavfi yuqori
- Oilaviy moyillik mavjud

6. Chekish

- Kislota sekretsiasini oshiradi
- Yara bitishini sekinlashtiradi
- Qaytalanishni kuchaytiradi

7. Spirtli ichimlik

- Shilliq qavatni to‘g‘ridan-to‘g‘ri zararlaydi
- Himoya mexanizmlarini susaytiradi

8. Boshqa sabablar

- Kortikosteroidlar
- Sitostatiklar
- Og‘ir jigar kasalliklari
- Surunkali buyrak yetishmovchiligi
- Giperkaltsiemiya
- Zollinger–Ellison sindromi

11.3. Patogenetik muvozanat nazariyasi

Agressiv omillar:

- HCl
- Pepsin
- H. pylori
- NSAID
- O't refluksi

Himoya omillari:

- Shilliq (mucus) qatlami
- Bikarbonat sekretiysi
- Qon aylanish
- Prostaglandinlar
- Eitelial regeneratsiya

Muvozanat buzilganda → yara hosil bo'ladi.

Oshqozon va duodenal yara o'rtasidagi etiologik farqlar

Belgilar	Oshqozon yarasi	Duodenal yara
H. pylori	60–80 %	90–95 %
Kislota sekretiysi	Normal yoki Pasaygan	Odatda oshgan
NSAID roli	Juda muhim	Kamroq
Yosh	Katta yosh	Yoshroq

Oshqozon va 12-barmoq ichak yara kasalligi (peptik yara) patogenezi

Peptik yara kasalligi — oshqozon yoki 12-barmoqli ichak (duodenum) shilliq qavatida chuqur nuqson (defekt) hosil bo'lishi bilan kechadigan surunkali kasallikdir. Patogenezining asosida **agressiv omillar** va **himoya mexanizmlari** o'rtasidagi muvozanat buzilishi yotadi.

Asosiy patogenetik mexanizm

1. "Agressiya – Himoya" muvozanati buzilishi

Agressiv omillar:

- Xlorid kislota (HCl)
- Pepsin
- Helicobacter pylori

- Safro refluksi
- Nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar (NYQD)
- Stress, chekish, alkogol

Himoya omillari:

- Shilliq-bikarbonat to‘sig‘i
- Prostaglandinlar (PGE₂)
- Yetarli qon aylanish
- Eiteliy regeneratsiyasi
- Immun himoya

Agar agressiv omillar ustun kelsa → shilliq qavat zararlanadi → eroziya → yara hosil bo‘ladi.

11.4. *Helicobacter pylori* roli (eng muhim omil)

H. pylori — spiralsimon, grammanfiy bakteriya.

Patogenezdagi roli:

1. **Ureaza fermenti ishlab chiqaradi**
 - Urea → ammiak
 - Ammiak shilliqni shikastlaydi
2. **Sitotoksinlar (CagA, VacA) ajratadi**
 - Eiteliy hujayralarini zararlaydi
 - Yallig‘lanish chaqiradi
3. **Gastrin sekretsiyasini oshiradi**
 - Parietal hujayralar faollashadi
 - Kislota sekretsiyasi ko‘payadi
4. **Somatostatin kamayadi**
 - Kislota nazorati yo‘qoladi

Natija:

- 12-barmoqli ichakda kislota ko‘payadi
- Metaplaziya rivojlanadi
- Yara hosil bo‘ladi

👉 12-barmoqli ichak yaralarining 90–95% *H. pylori* bilan bog‘liq.

Oshqozon yarasida patogenez

Oshqozon yarasida asosiy muammo:

👉 **Himoya mexanizmlarining zaiflashuvi**

Sabablari:

- *H. pylori* (60–70%)
- NYQD (aspirin, ibuprofen)
- Safro refluksi
- Qon aylanish buzilishi

NYQD ta‘siri:

- COX-1 bloklanadi

- Prostaglandin sintezi kamayadi
- Shilliq ishlab chiqarish kamayadi
- Bikarbonat sekretyasi kamayadi
- Qon aylanish pasayadi

Natija:

- Shilliq qavat himoyasi buziladi
- Kislota normal bo'lsa ham yara paydo bo'ladi

12-barmoq ichak yarasida patogenez

Bu yerda asosiy omil:

👉 **Kislota va pepsinning ortiqcha sekretyasi**

Mexanizm:

1. H. pylori antrumda joylashadi
2. Somatostatin kamayadi
3. Gastrin oshadi
4. Kislota sekretyasi kuchayadi
5. Duodenumda epiteliy metaplaziyasi
6. Yallig'lanish
7. Yara

Sress va nerv-gumoral omillar

Stress paytida:

- Kortizol oshadi
- Adrenalin oshadi
- Qon tomir spazmi
- Shilliq qavat ishemiyasi

Natija:

- Himoya zaiflashadi
- O'tkir "stress yarasi" paydo bo'lishi mumkin

Mikrosirkulyatsiya buzilishi

- Tromboz
- Ishemiya
- Gipoksiya

Bu omillar:

- Hujayra nekrozi
- Shilliq qavat defekti
- Yara

Yara shakllanish bosqichlari

1. Shilliq qavat yallig‘lanishi
2. Eroziya
3. Submukoza shikastlanishi
4. Muskulyar qatlam zararlanishi
5. Chandiqlanish

Oshqozon va duodenal yaraning farqi (patogenez)

Belgilar	Oshqozon yarasi	12-barmoq yarasi
Kislota	Normal yoki past	Yuqori
Asosiy omil	Himoya buzilishi	Agressiya ortishi
H. pylori	60–70%	90–95%
NYQD	Juda muhim	Kamroq

Asoratlarning rivojlanish mexanizmi

1. **Qon ketish**
 - Yara qon tomirni yemiradi
2. **Perforatsiya**
 - Yara butun devorni teshib o‘tadi
3. **Penetratsiya**
 - Qo‘shni organga o‘tadi (oshqozon osti beziga)
4. **Stenoz**
 - Chandiqlanish → torayish

Peptik yara kasalligi patogenezida asosiy mexanizm: Agressiv omillar (HCl, pepsin, H. pylori, NYQD) va Himoya mexanizmlari (prostaglandin, shilliq, qon aylanish) o‘rtasidagi muvozanat buzilishi, 12-barmoq yarasida → kislota ustun, Oshqozon yarasida → himoya zaif.

11.5. Tasnif (2020–2025 yillar yondashuvi)

A. Klinik va endoskopik tasnif

Bu tasnif kasallik jarayonining yallig‘lanish darajasini va yaralar faolligini baholashga yordam beradi:

1. **Yangi yara** – endoskopda yaqinda paydo bo‘lgan yara.
2. **Epitelyatsiya boshlanishi** – shilliq qavat tiklana boshlagan yara.
3. **Yara bitishi** – to‘liq yoki qisman shifo topgan yara.
4. **Klinik remissiya** – alomatlar sezilmaydi.
5. **Klinik remissiya yo‘q** – doimiy alomatlar mavjud.

B. Kasallik fazasi bo'yicha

Bu tasnif bemorning klinik holatiga qarab ajratiladi:

- O'tkir
- Surunkali – eng ko'p uchraydigan shakl.

C. Lokalizatsiya bo'yicha

- Oshqozon yaralari
- 12-barmoq ichak yaralari
- Ikkala hududda (mixed)

3. Asoratlarni bo'yicha tasnif

Surunkali kechadigan yara kasalligi asoratlarni bilan og'irlashishi mumkin:

- ◆ **Qon ketish** (gastrointestinal hemorragiya)
- ◆ **Perforatsiya** (yara devorining teshilishi)
- ◆ **Penetratsiya** (atrofdagi to'qimalar ichiga kirib borish)
- ◆ **Pilorik yoki duodenal stenoz** (to'silib qolish)
- ◆ **Malignizatsiya** (kam uchraydigan, lekin xavfli holat)

4. 2020–2025 yillardagi klinik yondashuvlar

4.1 Epidemiologiya va yondashuvlar

- Dunyo bo'yicha peptik yara kasalligi uchrashi taxminan 5–10% atrofida.
- Erkaklarda ayollarga nisbatan ko'proq uchraydi.

4.2 Zamonaviy klinik ko'rsatmalar

2020 yilda gastroduodenal yara kasalligi bo'yicha klinik ko'rsatmalar qayta ko'rib chiqildi. Ular quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Epidemiologiya va diagnostika yo'nalishlari.
- Hemorragik yaralar bilan ishlash bo'yicha ko'rsatmalar.
- Helicobacter pylori'ni yo'qotish (eradikatsiya) terapiyasi.
- NSAID yoki aspirin bilan bog'liq yaralarni boshqarish.

Tavsiya etilgan davolash:

- H. pylori'ni yo'qotish uchun antibiotiklar + proton nasos ingibitorlari (PPI).
- NSAID bilan bog'liq yaralarda NSAIDLarni to'xtatish va PPI terapiyasi.
- Perforatsiya yoki stenoz bo'lsa jarrohlik ko'rib chiqiladi.

5. Klinik yillar bo'yicha tendensiyalar

Yil	Asosiy yondashuv / maqola
2020	Peptik ulcer kasalligi asoslari, H. pylori va NSAID roli ilmiy tahlil qilingan.
2021–2022	Ko'p milliy va xalqaro klinik ko'rsatmalar e'lon qilindi (masalan, Yapon KO'rsatmalari 2020 ni ingliz tilida 2021 da).

Yil	Asosiy yondashuv / maqola
2023	O‘zbekiston shifokorlari tomonidan klinik belgilar va uchrash darajasi bo‘yicha ilmiy maqolalar chop etildi.
2024	Milliy sog‘liqni saqlash vazirligi tavsiyalari va diagnostika yo‘riqnomalari davom ettirildi.
2025	Yangi konferensiya maqolalari yara kasalligi klinikasi, davolash yo‘nalishlari bo‘yicha chop etildi.

Oshqozon va 12-barmoq ichak yara kasalligi klinik, etiologik va asoratga qarab tasniflanadi. 2020-2025 yillar davomida ilmiy ko‘rsatmalar H. pylori’ni eradikatsiya qilish, NSAID bilan bog‘liq yaralarga yondashuv va asoratlarni oldini olishga qaratilgan. Zamonaviy klinik ko‘rsatmalar diagnostika va terapiyaga ilmiy asos bilan yondashadi, bemorning yoshi, asoratlarning holati va kasallik bosqichiga qarab davolashni yo‘naltiradi

11.6. Oshqozon shilliq qavatining normal fiziologiyasi

Oshqozon shilliq qavati (tunica mucosa ventriculi) — bu oshqozon devorining ichki, funksional jihatdan eng muhim qavati bo‘lib, ovqatni mexanik va kimyoviy qayta ishlashda asosiy rol o‘ynaydi. Quyida uning **normal gistologiyasi** to‘liq va tizimli tarzda bayon qilinadi.

I. Oshqozon devorining umumiy tuzilishi

Oshqozon devori 4 qavatdan iborat:

1. Tunica mucosa (shilliq qavat)
2. Tunica submucosa (shilliq osti qavati)
3. Tunica muscularis (muskul qavati)
4. Tunica serosa (seroz qavat)

Biz asosan **tunica mucosa** ni ko‘rib chiqamiz.

II. Shilliq qavatning umumiy tuzilishi

Shilliq qavat 3 asosiy qismdan iborat:

1. Eiteliy (yuzaki qavat)
2. Lamina propria (xususiy plastinka)
3. Lamina muscularis mucosae (mushak plastinkasi)

III. Eiteliy qavati

1. Eiteliy turi

- Bir qavatli silindrsimon (prizmatik) eiteliy
- Barcha hujayralar shilliq (mukus) ishlab chiqaradi

2. Yuzaki mukotsitlar

- Apikal qismida ko‘p miqdorda mukus granulalari mavjud
- Sitoplazma och rangli
- Yadro bazal joylashgan
- Himoya vazifasini bajaradi

Vazifasi:

- Oshqozon devorini HCl va pepsindan himoya qilish
- Himoya-mukus barerini hosil qilish

- Bikarbonat sekretsiyasi orqali pH ni muvozanatlash

IV. Oshqozon chuqurchalari (Foveolae gastricae)

Epiteliy pastga qarab oshqozon chuqurchalarini hosil qiladi.

- Ular lamina propriaga kirib boradi
- Pastki qismida bezlar ochiladi
- Turli sohalarda chuqurligi farq qiladi:
 - Fundal qismda: sayoz
 - Pilorik qismda: chuqurroq

V. Lamina propria

Tarkibi:

- Bo'sh tolali biriktiruvchi to'qima
- Qon tomirlar
- Limfa tomirlari
- Nerv tolalari
- Immun hujayralar (limfotsit, plazmotsit, makrofag)

Asosiy tuzilma:

- **Oshqozon bezlari (Glandulae gastricae)** shu qatlamda joylashgan

VI. Oshqozon bezlari

Oshqozon bezlari joylashuviga qarab 3 turga bo'linadi:

1. Kardial bezlar
2. Fundal (asosiy) bezlar
3. Pilorik bezlar

1 Fundal (asosiy) bezlar – eng muhim

Joylashuvi: fundus va corpus

Turi: oddiy nayli bezlar

Asosiy hujayralari:

1. Parietal (oksin) hujayralar

- Yirik, eozinofil
- Ko'p mitoxondriyal
- HCl va ichki faktor (B12 so'rilishi uchun) ishlab chiqaradi

2. Asosiy (zimogen) hujayralar

- Bazofil
- Pepsinogen ishlab chiqaradi
- Apikal qismida sekretsiyon granulalar

3. Mukus bo'yin hujayralari

- Bez bo'yin qismida
- Himoya mukusi ishlab chiqaradi

4. Endokrin (enteroendokrin) hujayralar

- Bazal qismda joylashgan
- Gormonlar ishlab chiqaradi:
 - G hujayra – Gastrin
 - D hujayra – Somatostatin
 - ECL – Histamin

2 Kardial bezlar

- Asosan mukus ishlab chiqaradi

- Qisqa va tarmoqlangan
- Himoya vazifasini bajaradi

3 Pilorik bezlar

- Uzun, tarmoqlangan
- Asosan mukus ishlab chiqaradi
- Ko'p miqdorda G-hujayralar mavjud

VII. Lamina muscularis mucosae

- 2–3 qatlam silliq mushak tolalaridan iborat
- Bez sekretsiyasini chiqarishga yordam beradi
- Shilliq qavat harakatini ta'minlaydi

VIII. Shilliq qavatning funksional xususiyatlari

1. Sekretor funksiya:
 - HCl
 - Pepsinogen
 - Mukus
 - Gormonlar
2. Himoya funksiyasi:
 - Mukus-bikarbonat bareri
 - Epiteliy regeneratsiyasi
3. Immun funksiyasi:
 - MALT elementlari
 - Limfoid hujayralar

IX. Mikroskopik ko'rinish (gistologik preparatda)

Agar mikroskop ostida ko'rsak:

- Yuqorida bir qavatli silindrsimon epiteliy
- Chuqurchalar (foveolalar)
- Ularning ostida bezlar
- Parietal hujayralar pushti (eozinofil)
- Asosiy hujayralar ko'kimtir (bazofil)
- Pastki qismda muscularis mucosae

X. Regeneratsiya

- Oshqozon epiteliysi tez yangilanadi
- Stem hujayralar bez bo'yin qismida joylashgan
- 3–5 kunda epiteliy yangilanadi

XI. Yoshga bog'liq o'zgarishlar (normal)

- Sekretsiya kamayishi
- Bez atrofiyasi
- Parietal hujayralar kamayishi

XII. Klinik ahamiyati

Normal gistologiyani bilish:

- Gastritlarni farqlash
- Atrofik o'zgarishlarni aniqlash
- Metaplaziya va displaziyani baholash
- Oshqozon saratonini erta aniqlash

Oshqozon shilliq qavatining gistopatologiyasi

1 O‘TKIR GASTRIT

Mikroskopik belgilar:

- Neutrofil infiltratsiyasi
- Epiteliyning deskvamatsiyasi
- Eroziya
- Shilliq qavat shishi (edema)
- Qon tomirlar kengayishi

Sabablari:

- NSAID
- Spirtli ichimlik
- Stress
- Helicobacter pylori

2 SURUNKALI GASTRIT

Mikroskopik belgilar:

- Limfotsit va plazmotsit infiltratsiyasi
- Bezlar atrofiyasi
- Metaplaziya
- Fibroz

Turlari:

1. A tipi (autoimmun)
2. B tipi (H. pylori bilan bog‘liq)
3. C tipi (kimyoviy)

3 ATROFIK GASTRIT

Belgilar:

- Bezlar sonining kamayishi
- Parietal hujayralar yo‘qolishi
- Ichak metaplaziyasi

Bu oshqozon raki uchun prekarsinoz holat hisoblanadi.

4 INTESTINAL METAPLAZIYA

- Oshqozon epiteliysi ichak tipiga o‘zgaradi
- Goblet hujayralar paydo bo‘ladi
- Displaziya rivojlanishi mumkin

5 DISPLAZIYA

- Yadro kattalashuvi
- Giperkromaziya
- Mitotik figurali ko‘payish
- Arxitektonikaning buzilishi

Low-grade va high-grade turlari mavjud.

6 OSHQOZON YARASI (ULCUS)

Mikroskopik qatlamlari:

1. Nekroz
2. Fibrinoid ekssudat
3. Granulyatsion to‘qima
4. Fibroz

7 OSHQOZON RAKI

Adenokarsinoma (eng ko‘p uchraydi)

Gistologik turlari:

1. Intestinal tip
 - Bez strukturalari saqlangan
 - Metaplaziya fonida
2. Diffuz tip
 - Signet-ring hujayralar
 - Infiltrativ o‘shish

8 HELICOBACTER PYLORI INFEKSIYASI

Mikroskopik belgilar:

- Spiral bakteriyalar (Warthin-Starry bo‘yog‘i)
- Neutrofil infiltratsiya
- Limfoid follikulalar

- MALT limfoma rivojlanishi mumkin

IV. Immunogistokimyoviy markerlar

Kasallik	Marker
Adenokarsinoma	CK7, CK20
Diffuz tip	E-cadherin yo‘qolishi
MALT limfoma	CD20
Neuroendokrin	Chromogranin A

V. Patogenez mexanizmi (umumiy)

1. Himoya faktorlari ↓
2. Agresiv faktorlar ↑ (HCl, pepsin, H. pylori)
3. Yallig‘lanish
4. Atrofiya
5. Metaplaziya
6. Displaziya
7. Karsinoma

Bu jarayon **Correa kaskadi** deb ataladi. Oshqozon shilliq qavatining gistopatologiyasi: yallig‘lanish, atrofiya, metaplaziya, displaziya, neoplaziya bosqichma-bosqich rivojlanadi.

11.8. Oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari, fizikal baholash.

Oshqozon va 12 barmoq ichak (duodenum) yara kasalligi—bu oshqozon yoki duodenum shilliq qavatida chuqur nuqson (yara) hosil bo‘lishi bilan kechadigan surunkali kasallikdir. Asosiy sabablari: **Helicobacter pylori infeksiyasi**, NSAI dorilar (diklofenak, ibuprofen va boshqalar), stress, chekish, alkogol, gipersekretor holatlar.

1. Asosiy shikoyatlar (anamnez)

◆ 1.1. Og‘riq sindromi (eng asosiy simptom)

✓ Duodenal yara:

- Og‘riq och qoringa
- Ovqatdan 2–3 soat o‘tib
- Tunda og‘riq (soat 1–3 atrofida)
- Ovqat yegandan yoki antatsid ichgandan keyin kamayadi
- Lokalizatsiya: epigastriy soha

✓ Oshqozon yarasi:

- Og‘riq ovqatdan 20–40 daqiqa keyin

- Ovqat og‘riqni kuchaytiradi
- Epigastriyda doimiy sanchiqli yoki achishuvchi og‘riq

◆ 1.2. Dispeptik belgilar

- Jig‘ildon qaynashi
- Kekirish (nordon)
- Ko‘ngil aynishi
- Qusish (yengillik beradi)
- Qorinda og‘irlik

◆ 1.3. Qon ketish belgilari (asorat bo‘lsa)

- Qora najas (melena)
- Qonli qusish
- Holsizlik
- Bosh aylanishi
- Arterial bosim pasayishi

◆ 1.4. Boshqa belgilar

- Ishtaha buzilishi
- Vazn yo‘qotish (oshqozon yarasida ko‘proq)
- Bahor-kuz mavsumiy kuchayish

2. Fizikal (obyektiv) tekshiruv

◆ 2.1. Ko‘rik

- Teri oqarishi (qon ketishda)
- Ozg‘inlik
- Til qoplangan bo‘lishi mumkin

◆ 2.2. Palpatsiya

- Epigastriyda og‘riq
- Duodenal yarada o‘ng epigastriy sezgir
- Mushaklar himoya tarangligi (perforatsiyada)

◆ 2.3. Perkussiya

- Perforatsiyada jigar sohasida timpanit (erkin gaz)

◆ 2.4. Auskultatsiya

- Odatda o'zgarishsiz
- Peritonitda ichak shovqinlari pasayadi

3. Laborator tekshiruvlar

◆ 3.1. Umumiy qon tahlili (UQT)

- Anemiya (Hb pasayishi)
- Leykotsitoz (asoratda)

◆ 3.2. Biokimyoviy qon

- Temir kamayishi (surunkali qon ketishda)
- CRP oshishi (yallig'lanishda)

◆ 3.3. Najasda yashirin qon

- Gregersen reaksiyasi (+)

◆ 3.4. Helicobacter pylori aniqlash

- Nafas testi (ureaza testi)
- Najas antigen testi
- Qon serologiyasi
- Biopsiya orqali ureaza testi

4. Instrumental tekshiruvlar

◆ 4.1. FGDS (Fibrogastroduodenoskopiya) – GOLD STANDART

Ko'rsatadi:

- Yara joyi
- Yara kattaligi
- Chuqurligi
- Qon ketish belgilari
- Biopsiya olish imkoniyati

Oshqozon yarasida — malignizatsiyani istisno qilish uchun biopsiya shart!

◆ 4.2. Rentgen (bariy bilan)

- "Nisha simptomi"
- Deformatsiya

- Hozir kamroq qo'llaniladi

◆ 4.3. UZI

- Asoratlarni aniqlashda yordamchi

◆ 4.4. KT (kompyuter tomografiya)

- Perforatsiya
- Penetratsiya
- Abstsess

5. Asoratlari

1. Qon ketish
2. Perforatsiya
3. Penetratsiya
4. Pilorostenoz
5. Malignizatsiya (oshqozon yarasi)

6. Duodenal va oshqozon yarasing farqlari

Belgilar	Duodenal yara	Oshqozon yarasi
Og'riq vaqti	Och qoringa	Ovqatdan keyin
Og'riqni ovqat	Kamaytiradi	Kuchaytiradi
Vazn	Odatda normal	Kamayadi
Malignizatsiya	Kam	Bor

7. Klinik tashxis qo'yish mezonlari

- ✓ Tipik og'riq
- ✓ Endoskopik tasdiq
- ✓ H. pylori aniqlanishi
- ✓ Asoratlarni istisno qilish

Oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi (peptik yara kasalligi) — oshqozon yoki duodenum shilliq qavatida nuqson (yara) hosil bo'lishi bilan kechadigan surunkali kasallikdir. Differensial diagnostika — bu o'xshash simptom beradigan boshqa kasalliklardan ajratib tashxis qo'yish jarayonidir.

Quyida **TO'LIQ** va **tizimli differensial diagnostika** keltiriladi:

11.9. Differensial diagnostika

I. Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasining asosiy klinik belgilari

1. Og‘riq xususiyati


Belgilar	Oshqozon yarasi	12 barmoq ichak yarasi
Og‘riq paydo bo‘lishi	Ovqatdan 30–60 min keyin	Ovqatdan 1,5–3 soat keyin
“Och qoringa” og‘riq	Kam	Ko‘p uchraydi
Tungi og‘riq	Kamroq	Juda xos
Ovqatdan keyin	Kuchayadi	Yengillashadi
Antasidlar ta’siri	Qisman	Yaxshi yordam beradi

II. Quyidagi kasalliklar bilan differensial diagnostika o‘tkaziladi:

1. Surunkali gastrit bilan farqlash

Belgilar	Yara	Surunkali gastrit
Og‘riq	Aniq lokalizatsiyalangan	Tarqoq
Mavsumiylik	Bahor-kuzda kuchayadi	Kam
EGD (FGDS)	Yara nuqsoni bor	Shilliq qavat yallig‘langan
Qon ketish	Bo‘lishi mumkin	Kam

2. Oshqozon raki bilan differensial diagnostika

 Ayniqsa 40 yoshdan katta bemorlarda muhim!

Belgilar	Yara	Oshqozon raki
Og‘riq	Periodik	Doimiy, progressiv
Vazn	Odatda saqlanadi	Tez ozadi
Ishtaha	Saqlangan	Pasaygan
Anemiya	Asoratda	Tez-tez
FGDS + biopsiya	Oddiy yara	O‘sma hujayralari

 Eng muhim usul: **Endoskopiya + biopsiya**

3. O'tkir pankreatit bilan farqlash

Belgilar	Yara	Pankreatit
Og'riq	Epigastriyda	Belga tarqaladi
Qusish	Kam	Ko'p
Amilaza	Normal	Oshgan
Tana harorati	Odatda normal	Ko'tariladi

4. O't-tosh kasalligi bilan differensial

Belgilar	Yara	O't tosh
Og'riq joyi	Epigastriy	O'ng qovurg'a osti
Ovqatga bog'liqligi	Bor	Yog'li ovqatdan keyin
UTT	Normal	Tosh aniqlanadi

5. Funktsional dispepsiya bilan farqlash

Belgilar	Yara	Funksional dispepsiya
Endoskopiya	Yara bor	Organik o'zgarish yo'q
Og'riq	Aniq ritimli	Nospetsifik

6. Miokard infarkti (qorin turi) bilan differensial

 Ayniqsa keksa yoshda!

Belgilar	Yara	MI
Og'riq	Ovqatga bog'liq	Jismoniy zo'riqish
EKG	Normal	O'zgarish bor
Troponin	Normal	Oshgan

III. Asoratlar bilan differensial

1. Perforatsiya

- “Xanjar sanchgandek” og'riq

- Qorin taxtadek qattiq
- Rentgen: diafragma ostida erkin gaz

2. Qon ketish

- Qusishda “qahva quyqasi”
- Melena
- Gemoglobin pasayadi

3. Penetratsiya

- Og‘riq doimiy
- Orqa tomonga tarqaladi

IV. Diagnostika usullari

1. FGDS (oltin standart)
2. Biopsiya
3. H. pylori aniqlash:
 - Ureaza testi
 - Nafas testi
 - Antigen testi
4. Qon tahlili (anemiya)
5. UTT
6. Rentgen

V. Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasini bir-biridan farqlash

Belgilar	Oshqozon	12 B/I
Yosh	>40 yosh	20–40 yosh
Og‘riq	Ovqatdan keyin	Och qoringa
Vazn	Ozadi	Normal
Kislotalik	Normal/pasaygan	Oshgan

VI. Klinik algoritm

1. Shikoyatlarni baholash
2. Fizik ko‘rik
3. Laborator tekshiruv
4. FGDS
5. Biopsiya
6. H. pylori aniqlash

11.10. Peptik yaralarning asoratlari va oqibatlari

1. Qon ketish (Gastrointestinal bleed)

- Eng tez-tez uchraydigan asorat.
- Yara qon tomirga yetganda paydo bo‘ladi.
- Belgilari:

- Qora najas (melena)
 - Qon qusish (hematemesis)
 - Tashvish, zaiflik, bosh aylanishi
 - Og‘ir hollarda hayot uchun xavfli bo‘lishi mumkin.
2. **Perforatsiya (Shilliq qavatning teshilishi)**
- Yaralar oshqozon yoki duodenal devorini teshib, **peritonit** (qorin bo‘shlig‘ida yallig‘lanish) hosil qiladi.
 - Belgilari:
 - To‘satdan qattiq qorin og‘rig‘i
 - Qorinda taxta kabi qattiqlik
 - Tez nafas olish, puls tezligi oshishi
 - Bu holat **shoshilinch jarrohlik talab qiladi**.
3. **Penetratsiya**
- Yara yaqin organga kirib boradi (jigar, pankreas, o‘n ikki barmoqli ichak).
 - Belgilari:
 - Belirli bir organ bilan bog‘liq og‘riq
 - Kronik va qattiq og‘riq bo‘lishi mumkin
4. **Qorin bo‘shlig‘ida ichki fistulalar**
- Yaralar rivojlanib, oshqozon yoki duodenal bo‘shliq bilan boshqa organlar orasida **abnormal aloqa** hosil qilishi mumkin.
5. **Stenoz (Torayish)**
- Surunkali yara va shifo jarayonida yarada **fibroz to‘qima hosil bo‘ladi**, natijada pylorus yoki duodenal o‘tkazuvchanlik torayadi.
 - Belgilari:
 - Tez to‘yish hissi
 - Qorin shishishi
 - Qusish
6. **O‘tkir pankreatit (kamroq uchraydi)**
- Duodenal yara pankreasga yaqin joyda bo‘lsa, yallig‘lanishni qo‘zg‘atishi mumkin.
7. **Rak (Malignizatsiya)**
- Oshqozon yarasi uzoq yillik surunkali davrda **oshqozon saratoni** rivojlanishiga olib kelishi mumkin.
 - Duodenal yaralarda malignizatsiya kam uchraydi.

Asoratlarning oqibatlari

Asorat	Oqibatlari
Qon ketish	Gemoglobin kamayishi, anemiya, charchash, hatto o‘lim
Perforatsiya	Peritonit, sepsis, shoshilinch jarrohlik talab qiladi
Penetratsiya	Doimiy og‘riq, organ disfunktsiyasi
Stenoz	Ovqat hazm qilinmasligi, suvsizlanish, vazn yo‘qotish



Asorat	Oqibatlari
Malignizatsiya	Oshqozon saratoni, jiddiy prognoz yomon

Oldini olish va davolashga ta'siri



- **Erta tashxis:** Gastroskopiya orqali yara aniqlansa, asoratlarni kamaytiradi.
- **H. pylori eradikatsiyasi:** Antibiotiklar va antisekretor preparatlar.
- **NSAIDlarni kamaytirish:** Yoki ularni himoya qiluvchi dorilar bilan qabul qilish.
- **Oziqlanish va turmush tarzini nazorat qilish:** Spirtli ichimlik, chekish va stressni kamaytirish.

Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi profilaktikasi va rivojlanishni kamaytirish sxemasi



1. Hayot tarzi va odatlar

-  **Noxush odatlar:** Spirtli ichimlik, chekish, ortiqcha qahva va gazli ichimliklar
-  **Sog'lom odatlar:**
 - Me'yorida ovqatlanish (3–5 mahal kichik porsiyalar)
 - Stressni boshqarish (yengil mashqlar, meditatsiya)
 - Uyquni yetarli olish



2. Ovqatlanish profilaktikasi

-  **Tavsiya etiladi:**
 - Yog'siz go'sht, sabzavot, meva, donli mahsulotlar
 - Irritativ ovqatlardan saqlanish (achchiq, juda tuzli, qovurilgan, konservalangan)
-  **Tavsiyalangan emas:**
 - Spirtli ichimlik, kafein, achchiq ziravorlar

3. Infeksiya profilaktikasi (*Helicobacter pylori*)

-  **Tekshiruv va davolash:**
 - Agar H. pylori mavjud bo'lsa – antibiotik va antisekretor davolash
-  **Oldini olish:**
 - Gigiyena (qo'l yuvish, oziq-ovqatni tozalash)

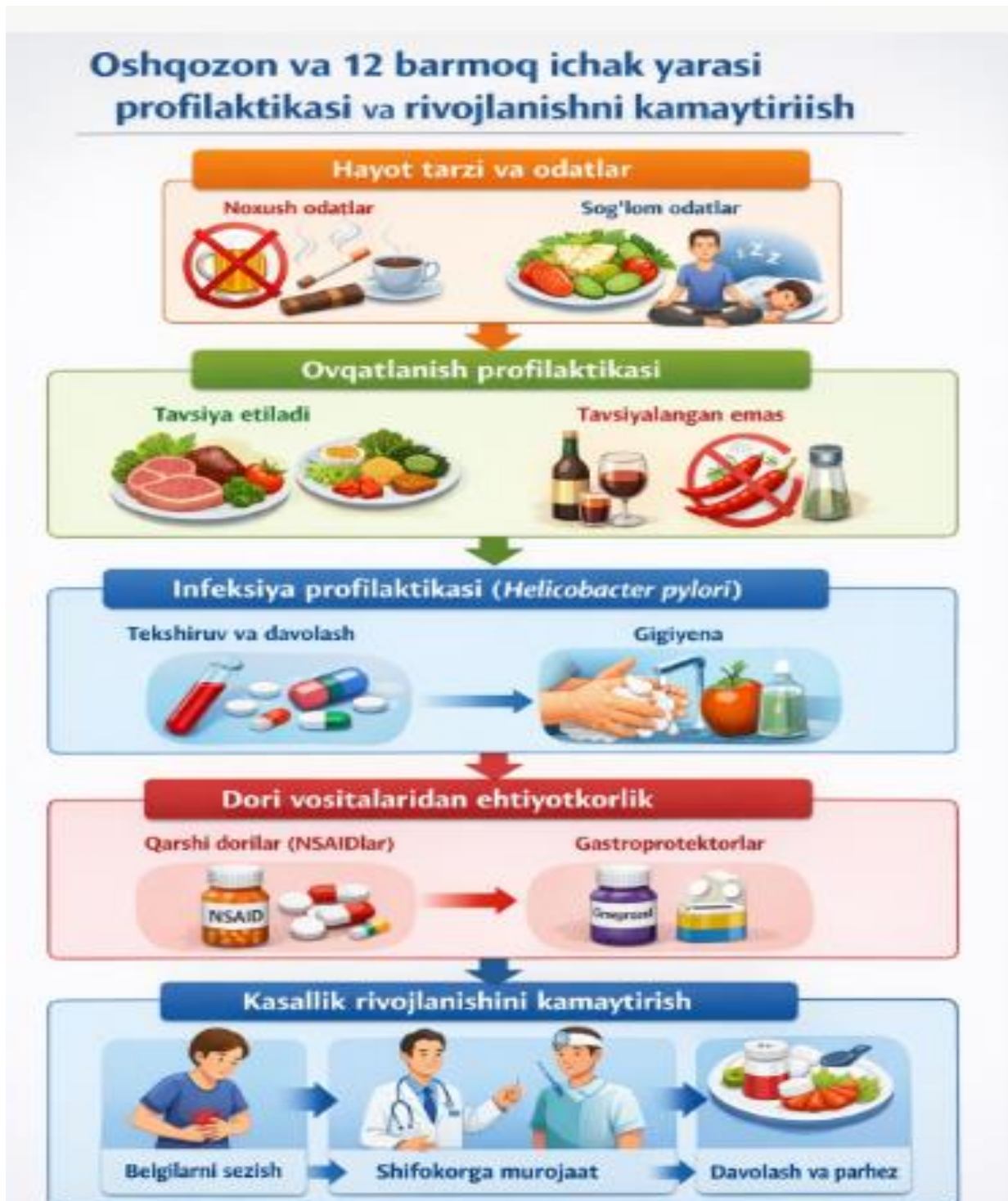
4. Dori vositalari ishlatishda ehtiyotkorlik

-  **Qarshi ta'sir ko'rsatadigan dorilar:** NSAIDlar (ibuprofen, aspirin)
-  **Profilaktika:**
 - Zarur bo'lsa, gastroprotektorlar (omeprazol, pantoprazol)

5. Kasallik rivojlanishini kamaytirish

-  **Belgilarga e'tibor berish:** Qorin og'rig'i, qayt qilish, ishtaha yo'qolishi

- ◆ **Shifokorga murojaat:** Erta tashxis va davolash kasallik rivojlanishini kamaytiradi
- ◆ **Dori va parhezni davom ettirish:** Shifokor tavsiyalariga qat'iy rioya qilish



11.11. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini davolash

1. Nomedikamentoz (dori ishlatilmaydigan) davolash usullari:

Usul	Ta'rif / Qo'llanishi
Ovqatlanish rejimi	5-6 marta kichik porsiyalar bilan ovqatlanish, juda achchiq, yog'li va qovurilgan taomlardan voz kechish
Spirтли ichimlik va tamaki	Alkogol va sigaretni butunlay cheklash
Stressni kamaytirish	Meditatsiya, yoga, tinchlantiruvchi mashqlar
Fizik mashqlar	Yumshoq jismoniy mashqlar, yurish, cho'zish
Uyqu va hayot tarzi	Yetarli uyqu, tartibli kun tartibi, oshqozonni ortiqcha yuklamaslik

2. Medikamentoz davolash (dori guruhlari bo'yicha)

A. Proton nasos inhibitori (PPI)

Yara tuzalishini tezlashtiradi, oshqozon kislotasini kamaytiradi.

Dori nomi	Kunlik doza	Qo'llanish tartibi
Omeprazol	20–40 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta
Esomeprazol	20–40 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta
Pantoprazol	40 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta
Lansoprazol	30 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta
Rabeprazol	20 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta

B. H₂ retseptor blokatorlari

Oshqozon kislotasini kamaytiradi, PPI alternativasi.

Dori nomi	Kunlik doza	Qo'llanish tartibi
Ranitidin	150 mg	2 marta kuniga yoki 300 mg kechasi
Famotidin	20 mg	2 marta kuniga yoki 40 mg kechasi
Nizatidin	150 mg	2 marta kuniga
Rofeksoidin	20 mg	1 marta kuniga

C. Antisekretor va neytrallashtiruvchi dorilar (antatsidlar)

Oshqozon kislotasini neytrallashtiradi va yara shilliq qavatini himoya qiladi.

Dori nomi	Kunlik doza	Qo'llanish tartibi
Almagel	10–20 ml	Ovqatdan keyin 3–4 marta
Maalox	10–20 ml	Ovqatdan keyin 3–4 marta
Gaviscon	10–20 ml	Ovqatdan keyin 3 marta
Rennie (tabletk)	1–2 tabletk	Ovqatdan keyin yoki oshqozon qaynaganda

D. Shilliq himoya qiluvchi dorilar (sukralfat va prostaglandin analoglari)

Yara ustini qoplab, shilliq qavatini himoya qiladi.

Dori nomi	Kunlik doza	Qo'llanish tartibi
Sukralfat	1 g	Ovqatdan oldin 4 marta
Misoprostol	200 mcg	2–4 marta kuniga
De-Nol (Bismuth subcitrate)	120 mg	2–4 marta kuniga, 4–8 hafta

E. Antibiotiklar (Helicobacter pylori eradikatsiyasi uchun)

Faqat *H. pylori* tasdiqlangan hollarda qo'llanadi.

Dori nomi	Kunlik doza	Qo'llanish tartibi
Amoksitsillin	1000 mg	2 marta kuniga, 7–14 kun
Klaritromitsin	500 mg	2 marta kuniga, 7–14 kun
Metronidazol	500 mg	2 marta kuniga, 7–14 kun
Tetratsiklin	500 mg	4 marta kuniga, 7–14 kun
De-Nol (Bismuth)	120 mg	4 marta kuniga, 7–14 kun

💡 Qayd:

- Dorilarni shifokor ko'rigisiz o'z-o'zidan ishlatish tavsiya qilinmaydi, chunki dozalar, kombinatsiyalar va davolash muddati individual.
- Nomidan tashqari, **ovqatlanish rejimi va stressni kamaytirish** ham juda muhim.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi davolash jadvali

Nomi	Guruhi	Dozasi	Qo'llanishi	Izohi
Omeprazol	PPI	20–40 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta	Oshqozon kislotasini kamaytiradi, yara tuzalishini tezlashtiradi
Esomeprazol	PPI	20–40 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta	Oshqozon kislotasini kamaytiradi
Pantoprazol	PPI	40 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta	PPI guruhi dorilaridan biri
Lansoprazol	PPI	30 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta	Kislotani bloklaydi
Rabeprazol	PPI	20 mg	1 marta ertalab, 4–8 hafta	Oshqozon kislotasini kamaytiradi
Ranitidin	H2 retseptor Bloker	150 mg	2 marta kuniga yoki 300 mg kechasi	Kislotani kamaytiradi, yara og'riqlarini yengillashtiradi
Famotidin	H2 retseptor Bloker	20 mg	2 marta kuniga yoki 40 mg kechasi	H2 retseptorlarni bloklaydi
Nizatidin	H2 retseptor Bloker	150 mg	2 marta kuniga	Kislotani nazorat qiladi

Nomi	Guruhi	Dozasi	Qo'llanishi	Izohi
Rofeksoidin	H2 retseptor Bloker	20 mg	1 marta kuniga	H2 retseptor blokatori
Almagel	Antatsid	10–20 ml	Ovqatdan keyin 3–4 marta	Oshqozon kislotasini neytrallashtiradi
Maalox	Antatsid	10–20 ml	Ovqatdan keyin 3–4 marta	Kislotaga qarshi ishlaydi
Gaviscon	Antatsid	10–20 ml	Ovqatdan keyin 3 marta	Oshqozonni himoya qiladi
Rennie	Antatsid	1–2 tabletka	Ovqatdan keyin yoki oshqozon qaynaganda	Kislotani neytrallashtiradi
Sukralfat	Shilliq himoya qiluvchi	1 g	Ovqatdan oldin 4 marta	Yarani qoplab, shilliq qavatini himoya qiladi
Misoprostol	Shilliq himoya qiluvchi	200 mcg	2–4 marta kuniga	Prostaglandin analogi, oshqozonni himoya qiladi
De-Nol	Shilliq himoya / H. pylori davosi	120 mg	2–4 marta kuniga, 4–8 hafta	Bismuth subcitrate, yara ustini qoplaydi, H. pylori o'ldiradi
Amoksitsillin	Antibiotik	1000 mg	2 marta kuniga, 7–14 kun	H. pylori eradikatsiyasi uchun
Klaritromitsin	Antibiotik	500 mg	2 marta kuniga, 7–14 kun	H. pylori o'ldiradi
Metronidazol	Antibiotik	500 mg	2 marta kuniga, 7–14 kun	H. pylori davolashda ishlatiladi
Tetratsiklin	Antibiotik	500 mg	4 marta kuniga, 7–14 kun	Bakteriyani yo'q qiladi
Ovqatlanish rejimi	Nomedikamentoz	–	5–6 marta kichik porsiyalar	Achchiq, yog'li, qovurilgan taomlardan voz kechish
Spirтли ichimlik va tamaki	Nomedikamentoz	–	Butunlay cheklash	Yara asoratlarini kamaytiradi
Stressni kamaytirish	Nomedikamentoz	–	Meditatsiya, yoga, tinchlantiruvchi mashqlar	Yarani tezroq davolashga yordam beradi
Fizik mashqlar	Nomedikamentoz	–	Yumshoq jismoniy mashqlar, yurish	Oshqozon faoliyatini yaxshilaydi

XII-BOB. SURUNKALI XOLETSISTIT (CHRONIC CHOLECYSTITIS)

Surunkali xoletsistit — bu o‘t pufagining uzoq davom etuvchi yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, ko‘pincha o‘t tosh kasalligi bilan bog‘liq holda rivojlanadi.

12.1. Epidemiologiya

- Kattalarda keng tarqalgan.
- Ayollarda erkaklarga nisbatan 3–4 baravar ko‘p uchraydi.
- 40 yoshdan keyin ko‘proq kuzatiladi.
- Semizlik, kamharakat turmush tarzi, noto‘g‘ri ovqatlanish xavf omili hisoblanadi.
- Ko‘pincha o‘t tosh kasalligi bilan birga uchraydi.
- “4F” sindromi bilan tavsiflanadi:
 - Female (ayol)
 - Forty (40 yoshdan katta)
 - Fat (semiz)
 - Fertile (tug‘ruq ko‘rgan)

12.2. Etiologiya (sabablari)

Asosiy sabablar:

1. **O‘t toshlari (kalkulyoz shakl)** – eng ko‘p uchraydi.
2. O‘t dimlanishi (staz).
3. Bakterial infeksiya:
 - E.coli
 - Stafilokokk
 - Streptokokk
4. Parazitar invaziya (giardioz va boshqalar).
5. Noto‘g‘ri ovqatlanish (yog‘li, qovurilgan ovqatlar).
6. Gormonal omillar (homiladorlik, estrogenlar).

Shakllari:

- Kalkulyoz (toshli)
- Akalkulyoz (toshsiz)

12.3.P atogenezi

1. O‘t chiqishining buzilishi → o‘t dimlanadi.
2. O‘t pufagida bosim oshadi.
3. Shilliq qavat zararlanadi.
4. Infeksiya qo‘shiladi.
5. Uzoq davom etuvchi yallig‘lanish → devor qalinlashadi.
6. Fibroz va deformatsiya rivojlanadi.
7. O‘t pufagi qisqarish funksiyasi buziladi.

Natijada o't pufagi to'liq bo'shamaydi va kasallik surunkali tus oladi.

12.4. Asosiy shikoyatlar

Surunkali xoletsistit bilan kasallangan bemorlar quyidagi shikoyatlarni bildiradi:

◆ Og'riq sindromi

- O'ng qovurg'a ostida og'riq.
- O'ng yelka yoki kurakka tarqalishi mumkin.
- Yog'li, qovurilgan ovqatdan keyin kuchayadi.
- Ba'zida xuruj ko'rinishida.

◆ Dispeptik belgilar

- Og'izda achchiq ta'm
- Ko'ngil aynishi
- Qusish
- Qorinda dam bo'lish
- Kekirish

◆ Umumiy belgilar

- Holsizlik
- Tez charchash
- Subfebril harorat (ba'zida)

12.5. Fizikal baholash

🔍 Ko'rik (inspection)

- Teri va shilliq qavat odatda normal.
- Ba'zida subikterik (yengil sarg'ayish).

👋 Palpatsiya

- O'ng qovurg'a ostida og'riq.
- O't pufagi proeksiyasida sezgirlik.

Maxsus simptomlar:

1. **Murphy simptomi**

Nafas olayotganda o'ng qovurg'a ostini bosganda og'riq sababli bemor nafasni to'xtatadi.

2. **Ortner simptomi**

O'ng qovurg'a yoyiga urib ko'rilganda og'riq paydo bo'ladi.

3. **Kera simptomi**

Chuqur palpatsiyada og'riq kuchayadi.

4. **Mussi-Georgievskiy (frenikus) simptomi**

O'ng tomonda m. sternocleidomastoideus oyoqchasi orasini bosganda og'riq.

🔊 Perkussiya

- O't pufagi proeksiyasida og'riq.

Umumiy ko'rsatkichlar

- Harorat ko'pincha normal.
- Puls odatda o'zgarmagan.


Surunkali xoletsistit bu o't pufagining uzoq davom etuvchi yallig'lanishi bo'lib, ko'pincha o't toshlari bilan bog'liq. Asosiy belgisi- o'ng qovurg'a ostidagi og'riq va dispeptik sindrom. Fizikal tekshiruvda maxsus simptomlar aniqlanadi.

12.6. Normada o't (safro) hosil bo'lish mexanizmi (sxematik)

1 Gepatotsit bosqichi (jigarda boshlanadi)

 Qon (portal vena + jigar arteriyasi)



 Gepatotsitlar (jigar hujayralari)



Xolesterindan safro kislotalari sintezi

- Asosiy ferment: 7- α -gidroksilaza



Birlamchi safro kislotalari hosil bo'ladi:

- Xol kislota
- Xenodezoksixol kislota



Kon'yugatsiya (glitsin yoki taurin bilan birikadi)



Suvda yaxshi eruvchan safro tuzlari hosil bo'ladi

2 Safro komponentlari ajralishi

Gepatotsitlardan o't tarkibiga:

- Safro kislotalari
- Bilirubin (kon'yugatsiyalangan)
- Xolesterin
- Fosfolipidlar (lesitin)
- Elektrolitlar
- Suv



O't kapillyarlariga (canaliculi biliferi) o'tadi

3 O't yo'llari bosqichi

O't kapillyarlari



Mayda o't yo'llari



Jigar ichki o't yo'llari



Umumiy jigar yo'li

Bu bosqichda:

- Xolangiositlar HCO_3^- (bikarbonat) va suv qo'shadi
- Safro hajmi ortadi

4 O't pufagi bosqichi

Agar ovqatlanish bo'lmasa:



O't → o't pufagiga o'tadi



Suv qayta so'riladi



O't quyushadi (5–10 marta konsentrlanadi)

5 Ovqat vaqtida

Yog'li ovqat → 12 barmoqli ichak



Xolesistokinin (XCK) ajraladi



O't pufagi qisqaradi



Sfinkter Oddi ochiladi



O't 12 barmoqli ichakka tushadi

Entero-gepatik aylanish

Ichakda safro kislotalarining 90–95%:



Ileumda qayta so'riladi



Portal vena orqali yana jigarga qaytadi



Yana safro hosil qilishda ishlatiladi

Qisqa umumiy sxema

Xolesterin



Birlamchi safro kislotalari



Kon'yugatsiya



Safro kapillyarlari



O't yo'llari



O't pufagi (konsentratsiya)



12 barmoqli ichak



Qayta so'rilish (entero-gepatik aylanish)

12.7. Differensial diagnostika

Surunkali xoletsistitni quyidagi kasalliklardan farqlash kerak:

1. O't-tosh kasalligi (xolelitiaz)

- Og'riq kuchliroq, o'tkir xurujsimon bo'ladi
- UZI da toshlar aniqlanadi
- Ko'pincha o't yo'llari kolikasi kuzatiladi

2. Surunkali pankreatit

- Og'riq belga va chap qovurg'a ostiga tarqaladi
- Qon va siydikda amilaza oshadi
- Dispepsiya (meteorizm, ich ketish) kuchliroq

3. O'n ikki barmoq ichak yarasi

- "Och qoringa" og'riq
- Antatsidlar bilan kamayadi
- FGDS da yara aniqlanadi

4. Surunkali gepatit

- Jigar kattalashgan
- Qon biokimyosida ALT, AST oshadi
- Sariqlik bo'lishi mumkin

5. O'ng buyrak kasalliklari (pielonefrit)

- Bel sohasida og'riq
- Siydik tahlilida o'zgarishlar

12.8. Surunkali xolesistetni davolash

Dorilarsiz (nomedikamentoz) davolash

Parhez (asosiy o‘rin tutadi)

- 5-sonli parhez stoli
- Yog‘li, qovurilgan, achchiq, dudlangan taomlar taqiqlanadi
- Spirtli ichimliklar mumkin emas
- Kuniga 5–6 mahal oz-ozdan ovqatlanish
- Issiq va sovuq ovqatdan saqlanish

Rejim

- Stressni kamaytirish
- Og‘ir jismoniy zo‘riqishdan saqlanish
- Me‘yordagi jismoniy faollik

Fizioterapiya

- UHF
- Elektroforez
- Mineral suvlar (Essentuki, Borjomi)

Sanator-kurort davolash

- Remissiya davrida tavsiya etiladi

Dorilar bilan davolash

◆ 1. Spazmolitiklar

- Drotaverin
- Papaverin
- Platifillin

 O‘t yo‘llari spazmini kamaytiradi

◆ 2. O‘t haydovchi dorilar (xoleretiklar)

- Alloxol
- Holenzim
- Ursodezoksixol kislota

👉 O‘t oqimini yaxshilaydi

📦 3. Antibiotiklar (zaruratda)

- Amoksitsillin
- Seftriakson
- Metronidazol

👉 Infeksiya qo‘shilganda

📦 4. Ferment preparatlari

- Pankreatin
- Mezim

👉 Hazmni yaxshilash uchun

📦 5. NSAID (og‘riq kuchli bo‘lsa)

- Diklofenak

12.9. Oqibati (prognozi)

Agar:

- Parhezga rioya qilinsa
- Davolash muntazam olib borilsa

👉 Prognoz yaxshi.

Agar e‘tiborsiz qoldirilsa:

- Tez-tez zo‘rayishlar
- Tosh hosil bo‘lishi
- Jarrohlik zarurati tug‘iladi

Asoratlari

! Eng ko‘p uchraydigan asoratlar:

1. O‘t-tosh kasalligi
2. O‘tkir xoletsistit
3. O‘t yo‘llari tutilishi
4. Mexanik sariqlik
5. Pankreatit
6. Empiema (yiring to‘planishi)

7. O‘t pufagi perforatsiyasi
8. Peritonit

12.10. Dispanserizatsiya

Kuzatuv tartibi:

- 1 yilda 2 marta terapevt ko‘rigi
- UZI — yiliga 1–2 marta
- Qon biokimyosi nazorati
- Parhezga qat’iy rioya

Tavsiyalar:

- Zo‘rayish mavsumida profilaktik davolash
- Mineral suv bilan davolash
- O‘z vaqtida shifokorga murojaat qilish

XIII-BOB. SURUNKALI PANKREATITLAR

Surunkali pankreatit — bu oshqozon osti bezining uzoq davom etuvchi, yalligʻlanishli-distrofik kasalligi boʻlib, bez parenximasining asta-sekin fibrozlanishi, ekzokrin va endokrin funksiyasining pasayishi bilan kechadi. Oshqozon osti bezi (lotincha: *pancreas*) ovqat hazm qilish fermentlari (amilaza, lipaza, tripsin) va gormonlar (insulin, glukagon) ishlab chiqaradi. Surunkali jarayonda bu funksiyalar bosqichma-bosqich buziladi.

13.1. Epidemiologiya — butun dunyoda va Oʻzbekistonda tarqalishi boʻyicha

Butun dunyo boʻyicha

- **Incidence (yillik yangi holatlar):** Surunkali pankreatit diagnostikasi yaxshilangan sari yildan-yilga oʻsish qayd etilmoqda; koʻplab mamlakatlarda **har 100 000 aholida 5–14 ta yangi holat** aniqlanadi.
- **Prevalence (kasallik tarqalishi):** Taxminan **30–50/100 000** atrofida boʻlib, bu koʻrsatkich yosh oʻtishi bilan ortadi.
- Erkaklar orasida koʻproq uchraydi — bu asosan alkogol isteʼmoli va chekish bilan bogʻliq.
- Surunkali pankreatit oshqozon osti bezi saratoni rivojlanish xavfini ham oshiradi.

Oʻzbekiston boʻyicha tarqalishi

- Mamlakat boʻyicha aniq epidemiologik statistik maʼlumotlar keng eʼlon qilinmagan, ammo **gastroenterologiya kurs materiallarida** surunkali pankreatit bilan bogʻliq bezning sekretor va metabolik buzilishlari, simptomlar va diagnostika asoslari taʼriflangan.
- Klinik amaliyotda alkogol bilan bogʻliq pankreatit, metabolik omillar va chidamsizlik belgilari bilan uchrashi kuzatiladi (mahalliy ilmiy maqolalar va oʻquv qoʻllanmalar asosida).

13.2. Etiologiya — kasallik sabablari

Etiologiya — yaʼni kasallik sabablari koʻp omilli boʻlib, quyidagilar asosiydir:

◆ 2.1. Toksik-metabolik omillar

- **Alkogol isteʼmoli** — eng koʻp uchraydigan sabab (butun dunyo boʻyicha 40–70 % hollarda).
- **Cekish** — alkogol bilan birga kasallik xavfini oshiradi.
- **Gipertrigliseridemiya** va **giperkalsemiya** — kimyoviy metabolik buzilishlar.

◆ 2.2. Genetik omillar

- CFTR, SPINK1, CTSC kabi genetik variantlar pankreatitga moyillikni oshiradi.

◆ 2.3. Autoimmun omillar

- Autoimmun pankreatit (AIP) — o‘ziga xos klinik turi bo‘lib, **IgG4 bog‘liq tizim kasalligi** bilan bog‘liq.

◆ 2.4. Takroriy o‘tkir pankreatit

- O‘tkir pankreatitning qaytalanishlari surunkali shaklga o‘tish xavfini oshiradi.

◆ 2.5. Obstruktiv holatlar

- Oddi sfinkteri disfunksiyasi, duktal to‘silmalar yoki shishlar natijasida ichki drenaj buzilishi.

13.3. Patogenezi (kasallik rivojlanish mexanizmi)

Surunkali pankreatit **fibro-yallig‘lanish jarayoni** bo‘lib, oshqozon osti bezining parenximasi asta-sekin qaytarilmas shikastlanadi:

- Yallig‘lanish sabab bo‘ladi → → **fibroz to‘qima hosil bo‘ladi** → → parenximaning hajmi kamayadi.
- **Ekzokrin va endokrin funksiyalar buziladi:**
 - ekzokrin yetishmovchilik → steatorreya, malnütritsiya.
 - endokrin yetishmovchilik → diabet (Type 3c).

Immunologik mexanizmlar ham muhim: sitokinlar, T-giperselektiv javoblar va makrofaglar fibroblastlar bilan murakkab o‘zaro ta’sirlashadi.

13.4. Tasniflar (Classification) 2010-2025

Surunkali pankreatitlar tasnifi ko‘plab yondashuvlarga asoslanadi — etiologik, morfologik, funksional va klinik belgilarga ko‘ra:

✿ 4.1. TIGAR-O tizimi (etiologik)

Bu eng keng qabul qilingan migratsion tasnif bo‘lib, quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

TIGAR-O:

- **T** – Toxic (Alkogol, sigaret, toksinlar)
- **I** – Idiopathic (aniq sababi noma’lum)

- **G** – Genetic
- **A** – Autoimmune
- **R** – Recurrent & Severe Acute Pancreatitis
- **O** – Obstructive

Bu tizim etiologik omillarni tizimli ravishda baholash imkonini beradi.

4.2. Klinik va funktsional tasnif (mahalliy)

Mahalliy o‘quv qo‘llanmalarda UIP bo‘yicha tasniflar keltirilgan (masalan, klinik belgilar va funktsional buzilish darajalari):

- **Kelib chiqishi bo‘yicha:** birlamchi (alkogol, toksik), ikkilamchi (biliar va boshqalar).
- **Klinik ko‘rinishga ko‘ra:** og‘riqli, psevdotumoroz, yashirin shakl.
- **Morfologik rasmga ko‘ra:** kalsifikatsiyalanuvchi, obstruktiv, infiltrativ-tolali.
- **Funktsional buzilishlarga ko‘ra:** hiper- yoki giposekretor, giperinsulinizm/gipoinsulinizm bilan.

5. Ilmiy tasniflar yillari va mualliflari

Yil	Muallif / Manba	Asosiy taklif / ta’rif
2010	Tomica Milosavljevic (classification overview)	Morfologik tasniflar tarixiy ko‘rinishlari.
2014	American Pancreatic Association (APA)	Klinik tasnif va diagnostika bo‘yicha tavsiyalar.
2016	IAP / EPC draft consensus	“Mechanistic definition” – fibro-yallig‘lanish sindromi tushunchasi.
2020	ACG Clinical Guideline	Yangicha diagnostika va yondashuvlar bo‘yicha klinik qo‘llanma.
2020	IAP/EPC consensus – risk factors	Omillar va risklarni baholash bo‘yicha konsensus.

Surunkali pankreatit — global darajada muhim gastroenterologik muammo bo‘lib, kasallik **etiologiyasi ko‘p omilli**, patogenezi **fibro-yallig‘lanish** asosida kechadi va **TIGAR-O kabi tasniflar** yordamida tahlil qilinadi. Epidemiologiya yildan-yilga yaxshilanayotgan diagnostika bilan ortmoqda. O‘zbekistonda to‘liq statistik monitoring yo‘qligiga qaramay, klinik amaliyotda shunga o‘xshash etiologik omillar kuzatiladi

13.5. Surunkali pankreatitlar diagnostikasi

1 Bemorlarning asosiy shikoyatlari

◆ 1. Og‘riq sindromi

- Epigastral sohada yoki chap qovurg‘a ostida og‘riq
- Belga, chap kurakka tarqaluvchi og‘riq (kamar shaklida)
- Yog‘li, qovurilgan ovqatdan keyin kuchayadi
- Spirtli ichimlikdan keyin zo‘rayadi
- Doimiy yoki xurujli bo‘lishi mumkin

◆ 2. Dispeptik belgilar

- Ko‘ngil aynishi
- Qayt qilish
- Qorinda dam bo‘lish
- Ich ketish (ko‘pincha yog‘li najas — steatoreya)
- Najas hajmi ko‘paygan, hidli, yaltirab turadi

◆ 3. Ekzokrin yetishmovchilik belgisi

- Oziq moddalar hazm bo‘lmasligi
- Ozib ketish
- Gipovitaminoz (A, D, E, K)

◆ 4. Endokrin yetishmovchilik

- Qandli diabet rivojlanishi
- Chanqash
- Ko‘p siyish
- Holsizlik

2 Fizikal (ob‘ektiv) baholash

🔍 Ko‘zdan kechirish

- Ozig‘inlik
- Terining quruqligi
- Ba‘zan sariqlik (biliar obstruksiya bo‘lsa)

🔍 Palpatsiya

- Epigastral sohada og‘riqlilik
- Chap qovurg‘a ostida og‘riq
- Mayo-Robson nuqtasida og‘riq
- Kach nuqtasida og‘riq

Perkussiya va auskultatsiya

- Ichak peristaltikasi o'zgarishi
- Qorin dam bo'lishi

3 Laborator tekshiruv natijalari

Qon tahlili

- Yallig'lanish davrida:
 - Leykotsitoz
 - EChT oshishi
- Biokimyoviy tekshiruv:
 - Amilaza va lipaza (xuruj vaqtida oshadi)
 - Qon glyukoza oshishi
 - ALT, AST biroz oshishi (biliar sabab bo'lsa)

Najas tahlili

- Steatoreya (yog' miqdori oshishi)
- Kreatoreya
- Elastaza-1 kamayishi (ekzokrin yetishmovchilik belgisi)

Siydik

- Diastaza oshishi (xuruj davrida)

4 Instrumental tekshiruvlar

UTT (Ultratovush tekshiruvi)

- Oshqozon osti bezining kattalashishi
- Konturlarning notekisligi
- Parenximaning fibroz o'zgarishi
- Kalsinatlar
- Wirsung yo'lining kengayishi

KT (Kompyuter tomografiya)

- Bez atrofiyasi
- Kistalar
- Kalsifikatsiyalar
- Fibroz

MRT / MRXP (MR-xolangiopankreatografiya)

- Pankreatik yoʻl torayishi
- Strukturaviy oʻzgarishlar

ERXP (endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya)

- Wirsung yoʻli deformatsiyasi
- Torayishlar va kengayishlar

EFGDS

- Duodenit belgisi
- Vater soʻrgʻichi oʻzgarishi

5 **Surunkali pankreatitning klinik shakllari**

- Ogʻriqli shakl
- Latent shakl
- Psevdo-tumoroz shakl
- Dispeptik shakl

6 **Asoratlari**

- Pankreatik kista
- Psevdo-kista
- Qandli diabet
- Mexanik sariqlik
- Oshqozon-ichak qon ketishi

13.6. Surunkali pankreatitning differensial diagnostikasi

Surunkali pankreatit (SP) — oshqozon osti bezining uzoq davom etuvchi yalligʻlanish kasalligi boʻlib, fibroz, ekzokrin va endokrin yetishmovchilik bilan kechadi. Differensial diagnostika asosan epigastral ogʻriq, dispepsiya, vazn yoʻqotish va steatoreya bilan namoyon boʻladigan boshqa kasalliklardan ajratish maqsadida oʻtkaziladi.

1. Oʻxshash klinik belgilar beradigan kasalliklar

1 **Surunkali xoletsistit va OʻT-TOSH kasalligi**

- Oʻng qovurgʻa ostida ogʻriq
- Ogʻriq koʻproq yogʻli ovqatdan keyin

- USI da o't pufagi devori qalinlashgan yoki toshlar aniqlanadi
- Amilaza/lipaza odatda normal

☞ SP da og'riq ko'proq epigastriyda va belga tarqaladi.

2 Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi

- Ovqat bilan bog'liq og'riq (ertalab och qoringa yoki kechasi)
- FGDS da yara aniqlanadi
- Qon ketish belgisi bo'lishi mumkin

☞ SP da FGDS odatda yara ko'rsatmaydi, ammo pankreatik fermentlar pasaygan bo'lishi mumkin.

3 Oshqozon osti bezi raki

- Doimiy, kuchayib boruvchi og'riq
- Tez vazn yo'qotish
- Mexanik sariqlik (agar bosh qismida bo'lsa)
- CA 19-9 oshishi
- KT/MRT da massa

☞ SP da bez diffuz fibrozlanadi; raki esa o'choqli massa beradi. Ba'zan SP va rakni ajratish qiyin bo'ladi.

4 Ichakning surunkali yallig'lanish kasalliklari

Masalan:

- Kron kasalligi
- Nospetsifik yarali kolit

Belgilar:

- Qorin og'riq
- Diareya (ko'pincha qonli)
- Kolonoskopiyada yallig'lanish

☞ SP da steatoreya yog'li, yaltirab turadigan najas bilan kechadi.

5 Irritabelli ichak sindromi (IBS)

- Organik o'zgarishsiz qorin og'riq
- Stress bilan bog'liq
- Laborator ko'rsatkichlar normal

☞ SP da struktur o'zgarishlar mavjud.

6 Qandli diabet

- Polidipsiya, poliuriya
- Qonda glyukoza oshgan

☞ SP da diabet kech bosqichda (3c tur) rivojlanadi.

2. Differensial diagnostikada asosiy tekshiruvlar

🏠 Laborator tekshiruvlar

Ko'rsatkich	Surunkali pankreatit	Boshqa kasalliklar
Amilaza/lipaza	Ko'pincha normal yoki biroz oshgan	O'tkir pankreatitda yuqori
Najas elastaza-1	Pasaygan (<200 mkg/g)	Odatda normal
Glyukoza	Kech bosqichda oshadi	Diabetda doimiy yuqori
Bilirubin	Bosh qism zararlangan oshadi	Xoletsistitda ham oshishi mumkin

🖥 Instrumental tekshiruvlar

1. UZI (*Ultratovush*)

- Bez hajmi kichraygan yoki notekis
- Kalsifikatlar
- Wirsung yo'li kengaygan

2. KT (*Kompyuter tomografiya*)

- Fibroz
- Pseudokistalar
- Kalsinatlar

3. MRT / MRCP

- Kanal tizimi deformatsiyasi
- Stenozlar

4. Endosonografiya (*EUS*)

- Eng sezgir usul
- Erta fibroz belgilarini ko'rsatadi

3. OG'RIQ XARAKTERIGA QARAB FARQLASH

Belgilar	Surunkali pankreatit	Yara kasalligi	Xoletsistit
Lokalizatsiya	Epigastriy	Epigastriy	O'ng qovurg'a osti
Tarqalishi	Belga	Kam	O'ng kurakka
Ovqat bilan bog'liqligi	Yog'li ovqatdan so'ng	Och qoringa/ovqatdan keyin	Yog'li ovqatdan keyin
Holatni yengillashtiradi	Oldinga engashish	Antasid	Spazmolitik

4. Muhim differensial nuqtalar

Surunkali pankreatit foydasiga:

- Uzoq davom etuvchi alkogol anamnezi
- Steatoreya
- Najas elastaza pasayishi
- KT da kalsifikatlar
- Wirsung yo'li kengayishi

Rakka shubha:

- Tez vazn yo'qotish
- Doimiy og'riq
- Sariqlik
- O'choqli massa

5. Diagnostik algoritm (qisqa)

1. Klinik shikoyatlar → epigastral og'riq + dispepsiya
2. UZI → o'zgarish bormi?
3. Najas elastaza → ekzokrin yetishmovchilik?
4. KT/MRT → fibroz/kalsinat?
5. Zarurat bo'lsa EUS + biopsiya

13.7. Surunkali pankreatit asoratlari va oqibatlari

Surunkali pankreatit — bu oshqozon osti bezining uzoq davom etuvchi yallig'lanish kasalligi bo'lib, bez to'qimasining fibrozlanishi va funksional yetishmovchiligi bilan kechadi.

Kasallik asta-sekin og'irlashib boradi va ko'plab jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin.

● I. Mahalliy (lokal) asoratlar

1 Pankreatik psevdokista

- Nekroz va yallig'lanishdan so'ng hosil bo'ladi.
- Ichida fermentlarga boy suyuqlik bo'ladi.
- Asoratlari:
 - Yorilib ketishi
 - Infeksiyalanishi
 - Qon ketishi
 - Qo'shni a'zolari siqishi

2 Oshqozon osti bezining absessi

- Yiringli infeksiya qo'shilishi natijasida.
- Yuqori harorat, og'riq, intoksikatsiya.
- Shoshilinch drenaj talab qiladi.

3 O't yo'llari siqilishi (mexanik sariqlik)

- Bez bosh qismi fibrozlashib umumiy o't yo'lini bosadi.
- Teri va skleralar sarg'ayadi.
- Qorinda og'riq va qichishish kuzatiladi.

4 Duodenum stenoz

- 12 barmoqli ichak torayadi.
- Qusish, ovqat hazm bo'lmasligi.

5 Portal vena trombozi

- Portal gipertenziya rivojlanadi.
- Qizilo'ngach varikoz kengayishi.
- Qon ketish xavfi.

6 Qon ketish

- Eroziya yoki anevrizma yorilishi natijasida.
- Hayot uchun xavfli holat.

● II. Funktsional asoratlar

◆ 1. Ekzokrin yetishmovchilik

Oshqozon osti bezi ferment ishlab chiqara olmaydi.

Belgilari:

- Steatoreya (yog‘li najas)
- Vazn yo‘qotish
- Gipovitaminoz (A, D, E, K)
- Meteorizm
- Oqsil yetishmovchiligi

◆ 2. Endokrin yetishmovchilik

◆ Pankreatogen qandli diabet (3-tip diabet)

- Insulin ishlab chiqilishi kamayadi.
- Gipoglikemiya epizodlari ko‘p bo‘ladi.
- Og‘ir kechishi mumkin.

● III. Umumiy (sistemali) asoratlar

- Surunkali og‘riq sindromi
- Oziqlanish buzilishi
- Immunitet pasayishi
- Anemiya
- Osteoporoz (D vitamini yetishmovchiligi sababli)

● IV. Eng xavfli oqibatlar

1 Pankreatik adenokarsinoma

Surunkali pankreatit uzoq davom etsa, oshqozon osti bezi saratoni xavfi oshadi.

2 Og‘ir kaxeksiya

- Doimiy malabsorbsiya
- Tana vazni keskin kamayadi

3 Mehnat qobiliyatining yo‘qolishi

- Doimiy og‘riq
- Oziqlanish buzilishi
- Diabet qo‘shilishi

Prognoz (oqibat)

Yengil shakllarda:

- To‘g‘ri dieta va ferment terapiyasi bilan nazorat qilinadi.

Og‘ir shakllarda:

- Progressiv fibroz
- Doimiy og‘riq
- Diabet
- Jarrohlik aralashuv talab qilinishi mumkin

O‘lim sabablari:

- Qon ketish
- Infeksiya
- Og‘ir diabet asoratlari
- Saraton

13.8. Surunkali pankreatitni davolash

Davolash ikki asosiy yo‘nalishda bo‘ladi:

1. **Dorilarsiz (conservativ / konservativ) davolash**
2. **Dorilar bilan (farmakologik) davolash**

1 Dorilarsiz davolash

1.1 *Dieta va ovqatlanish*

- Taomlar tez-tez va kichik porsiyalarda (kuniga 5–6 marta)
- Yog‘ miqdorini cheklash (kunlik 40–50 g dan oshmasligi)
- Spirtli ichimliklar butunlay man
- Tuz va achchiq, qovurilgan, konservalangan mahsulotlar cheklanishi kerak
- Ko‘proq pishirilgan, bug‘da yoki qaynatilgan ovqat
- Oziq-ovqat tolasi me‘yorida

1.2 *Hayot tarzini o‘zgartirish*

- Chekishni tashlash
- Stressni kamaytirish, ruhiy dam olish
- Fizik faollikni me‘yorida saqlash

1.3 *Fizioterapiya va boshqa usullar*

- Qorin bo‘shlig‘iga iliq kompresslar
- Massaj va yengil jismoniy mashqlar
- Endoskopik usullar (faqat obstruktiv holatlarda)

2 Dorilar bilan davolash

2.1 *Og‘riqni kamaytirish*

- Nonsteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar (NSAID) – ibuprofen, naproksen
- Spazmolitiklar – mebeverin, drotaverin
- Og‘riq kuchaysa: opioid analgetiklar (tramadol, morfin) qisqa muddat

2.2 Pankreatik enzimlarni qo‘llash

- Pankreas yetishmovchiligida (steatoreya, hazm buzilishi)
- Preparatlar: pankreatin, pankreatal, Creon
- Ovqat bilan birga qabul qilinadi
- Maqsad: hazmni yaxshilash, og‘riqni kamaytirish

2.3 Anti-yallig‘lanish va immunomodulyatorlar

- Kortikosteroidlar – faqat autoimmun pankreatitda
- Immunosupressivlar – ba’zi maxsus holatlar

2.4 Diabetni davolash (agar rivojlangan bo‘lsa)

- Insulin yoki og‘izdan qabul qilinadigan diabet dorilari

3 Jarrohlik usullari

- Dorilar bilan davolash samarali bo‘lmagan, obstruksiya yoki shikastlangan to‘qima bo‘lsa:
 - Endoskopik drenaj (cho‘l toshlari yoki kista)
 - Pankreatektomiya qisman (katta chandiq yoki og‘riq bo‘lsa)

4 Yakuniy tavsiyalar

1. Spirt, chekish va yog‘li ovqat qat‘iyan man
2. Og‘riq bo‘lsa, NSAID va spazmolitiklar
3. Hazm buzilishi bo‘lsa, pankreatik enzimlar
4. Autoimmun SP – kortikosteroidlar
5. Diabetni kuzatish va insulin terapiyasi
6. Og‘riq kuchli va surunkali bo‘lsa – jarrohlik yondashuvi

13.9. Surunkali pankreatitlarni profilaktikasi

Surunkali pankreatit profilaktikasining maqsadi. Surunkali pankreatit — bu oshqozon osti bezi (pankreas)ning uzoq muddatli yallig‘lanishi bo‘lib, uni to‘liq davolash qiyin. Shuning uchun profilaktika:

- Kasallikni boshlanishidan oldini olish
- Og‘ir asoratlar (pankreatik yetishmovchilik, diabet, pseudotsistalar) rivojlanishini oldini olish
- Qaytalanadigan pankreatit krizlar sonini kamaytirish

2. Asosiy profilaktika yo‘nalishlari

A. Ichki va tashqi sabablarni bartaraf etish

1. Alkogolni to‘liq cheklash

- Surunkali pankreatitning eng ko‘p uchraydigan sababi — spirtli ichimliklar.
- To‘liq abstinensiya (0%) tavsiya etiladi.

2. Tamaki chekmaslik

- Chekish pankreatit va pankreas saratoni xavfini oshiradi.
- Har qanday sigareta SP rivojlanishiga hissa qo‘shadi.

3. Yog‘li va qizartirilgan ovqatlardan saqlanish

- Spazm va yallig‘lanish xavfini kamaytiradi.
 - Fast-food va konservalangan mahsulotlar cheklanishi lozim.
4. **Bilan bog‘liq kasalliklarni davolash**
- Masalan: **Xolelitiaz, hipertriglitsideremiya, diabet**, irsiy pankreatit holatlari.

B. Dieta va ovqatlanish profilaktikasi

1. **Me‘yoriy kaloriya va fraktsiyal ovqatlanish**
 - 5–6 marta kichik porsiyalar, oshqozon va pankreasni ortiqcha yuklamaslik.
2. **Yog‘lar chegarasi**
 - Kundalik yog miqdori: 50–70 g, shundan asosan **o‘simlik yoglari**.
3. **Alkogol va kofein**
 - Qahva, shokolad, gazli ichimliklar cheklanishi kerak.
4. **Sut mahsulotlari va oqsil**
 - Yog‘siz sut, tvorog, tuxum oqi tavsiya etiladi.
5. **Muzlatilgan va achitilgan ovqatlar**
 - Oshqozon osti bezini qo‘zg‘atmasligi uchun cheklanishi kerak.

C. Dorivor va tibbiy profilaktika

1. **Enzim preparatlari** (profilaktik dozalarda)
 - Pankreatin yoki Creon kabi dorilar krizdan keyin tiklanish davrida ovqat hazm bo‘lishiga yordam beradi.
2. **Antisecretory dorilar**
 - Proton pompasi inhibitorlari (omeprazol, pantoprazol) oshqozon kislotaliligini kamaytiradi, pankreasga yukni kamaytiradi.
3. **Kasallikning surunkali shaklida metabolik qo‘llab-quvvatlash**
 - Vitamin B kompleks, A, D, E, K (ozib ketish yoki malabsorbsiya bo‘lsa).

D. Hayot tarzi va jismoniy faollik

1. **Stressni kamaytirish**
 - SPda stress pankreatik krizlarni qo‘zg‘atadi.
 - Yoga, meditatsiya, nafas mashqlari tavsiya qilinadi.
2. **Yengil jismoniy mashqlar**
 - Yurish, suzish, velosiped.
 - Og‘ir atletika va yuqori jismoniy yuklar pankreasga zarar yetkazishi mumkin.

E. Davolash va tibbiy kuzatuv

1. **Davriy tahlillar**
 - Amilaza, lipaza, qondagi glyukoza, jigar funksiyasi.
2. **Tasviriy tekshiruvlar**
 - Ultrasound yoki MRCP (Magnet Rezonans Cholangiopankreatografiya) bilan pankreas holatini nazorat qilish.
3. **Vaqtida muolaja**
 - Shikoyatlar paydo bo‘lganda darhol gastroenterologga murojaat qilish.

Surunkali pankreatit profilaktikasi asosan:

- Alkogol va tamaki iste‘molini cheklash

- Sogʻlom ovqatlanish va fraktsiyal ovqat
- Pankreatik enzimlarni qoʻllash
- Kasalliklarni vaqtida aniqlash va davolash
- Stress va jismoniy faoliyatni nazorat qilish

13.10. Surunkali pankreatitlarni dispanserizatsiyasi

1. Surunkali pankreatitni dispanserizatsiya tushunchasi

Dispanserizatsiya – bu surunkali kasallik bilan ogʻrigan bemorlarni doimiy nazorat ostida saqlash, asoratlarning oldini olish, kasallikni monitoring qilish va davolash strategiyasini optimallashtirish jarayonidir.

Surunkali pankreatitda dispanserizatsiya quyidagilarni oʻz ichiga oladi:

- Bemorning holatini muntazam baholash
- Kasallikni yengillashtirish va asoratlarni oldini olish
- Rehabilitatsiya va turmush tarzini nazorat qilish
- Kasallik bilan bogʻliq boshqa organlar (jigar, oshqozon-ichak trakti) holatini kuzatish

2. Dispanserizatsiya maqsadlari

1. Kasallikning surunkali shaklini nazorat qilish
2. Surunkali pankreatitning yalligʻlanish va fibrotik oʻzgarishlarini kamaytirish
3. Pankreatik yetishmovchilikni oldini olish (ekzokrin va endokrin)
4. Asoratlarni (pankreatik pseudotsist, stenoz, diabet) rivojlanishini kuzatish
5. Hayot sifatini oshirish

3. Bemorni dispanserizatsiyaga qabul qilish mezonlari

- Tasdiqlangan **surunkali pankreatit** (anamnez, laboratoriya, USG/KT/MRCP asosida)
- Surunkali pankreatitga shubha boʻlsa va bemor nazoratga olinishi lozim boʻlsa
- Qaytalanuvchi pankreatik ogʻriqlar bilan murojaat qilgan bemorlar

4. Dispanserizatsiya dasturi

Dispanserizatsiya bemorning kasallik holati va ogʻirligiga qarab belgilanadi. Quyidagi komponentlar mavjud:

A. Klinik kuzatuv

1. Ogʻriq intensivligini baholash
2. Ovqat hazm qilish bilan bogʻliq simptomlarni monitoring qilish
3. Kilo oʻzgarishi, ichak disfunktsiyasi, ich ketishi yoki ich qotishi

B. Laboratoriya tekshiruvlari

1. **Amilaza va lipaza** – faollik darajasini baholash
2. **Glyukoza** – pankreatik diabet rivojlanishini kuzatish
3. **Jigar va buyrak funksiyasi** – AST, ALT, bilirubin, kreatinin, urea
4. **Fekal elastaza** – ekzokrin pankreatik yetishmovchilikni baholash

C. Instrumental tekshiruvlar

1. **Ultratovush (USG)** – pankreatik tuzilish va pseudotsistalarni kuzatish
2. **KT yoki MRI/MRCP** – murakkab asoratlar, stenozlar, toshlar aniqlash
3. **Endoskopik tekshiruvlar (EUS, ERCP)** – kerak bo‘lsa

D. Terapevtik chora-tadbirlar

1. **Parenteral yoki enteral oziqlantirish** – surunkali og‘riq davrida
2. **Farmakologik davolash:**
 - Pankreatik ferment preparatlari (Creon, Panzytrat)
 - Og‘riqni kamaytiruvchi dorilar
 - Vitamin va minerallar (A, D, E, K)
3. **Qandni nazorat qilish** – diabet rivojlanishini oldini olish

5. Dispanserizatsiya jadvali

Vaqt oralig‘i	Tekshiruv turi	Maqsad
Har 3-6 oy	Klinik tekshiruv, laboratoriya	Kasallik faolligini baholash
Har 6-12 oy	USG pankreasa	Struktur o‘zgarishlarni kuzatish
Zarur bo‘lsa	MRCP yoki ERCP	Pankreatik kanallar va toshlarni aniqlash
Har 12 oy	Glyukoza, lipidlar, fecal elastaza	Endokrin va ekzokrin funksiyalarni baholash

Eslatma: Og‘riq kuchayganda yoki yangi simptomlar paydo bo‘lsa, nazorat oralig‘i qisqartiriladi.

6. Bemorni tarbiyaviy va hayot tarziga yo‘naltirish

- Chekish va alkogoldan butunlay voz kechish
- Oziqlanishni nazorat qilish (kam yog‘li dieta, kichik porsiyalar)
- Og‘riqni oldini olish va stressni kamaytirish
- Jismoniy faollikni me‘yorda saqlash

7. Asoratlar rivojlanishini oldini olish

- Pankreatik pseudotsistalar → USG/MRCP bilan monitoring
- Diabet → glyukoza va HbA1c monitoringi
- Steatorreya va vitamin yetishmovchiligi → fecal elastaza va vitaminlar bilan

- To'shlar va stenozlar → ERCP orqali tekshirish va davolash

8. Dispanserizatsiyaning yakuniy maqsadi

- Kasallik surunkali oqimida bo'lsa ham, bemorning hayot sifatini saqlash
- Asoratlarni va og'riqlarni minimallashtirish
- Davolash strategiyasini individual tarzda optimallashtirish

XIV-BOB. GEPATITLAR, JIGAR SIRROZI

Jigar sirrozi, jigar kasalligining yakuniy bosqichi bo‘lib, fibroz deb ataladigan chandiqli to‘qima hosil bo‘lishi natijasida yuzaga keladigan jigar funksiyasining buzilishidir. Bu jigar kasalligi tufayli shikastlanish oqibatida sodir bo‘ladi. Jigarning shikastlanishi jigar to‘qimasining tiklanishiga va keyinchalik chandiqli to‘qima hosil bo‘lishiga olib keladi. Vaqt o‘tishi bilan chandiqli to‘qima normal faoliyat yurituvchi to‘qima o‘rnini egallashi mumkin, bu esa jigar funksiyasining buzilishiga va jigar sirroziga sabab bo‘ladi. Kasallik odatda sekin, oylar yoki yillar davomida rivojlanadi.

Dastlabki alomatlariga charchoq, holsizlik, ishtahaning yo‘qolishi, sababsiz vazn yo‘qotish, ko‘ngil aynishi va qusish, shuningdek, qorinning o‘ng yuqori qismida noqulaylik his qilish kiradi. Kasallik kuchayib borishi bilan qichishish, boldirlarning shishishi, qorinda suyuqlik to‘planishi, sariqlik, oson ko‘karish va terida o‘rgimchak to‘riga o‘xshash qon tomirlari paydo bo‘lishi kuzatilishi mumkin. Qorin bo‘shlig‘ida suyuqlik to‘planishi o‘z-o‘zidan infeksiyalar paydo bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Jiddiyroq asoratlarga jigar ensefalopatiyasi, kengaygan qizilo‘ngach venalaridan, oshqozon yoki ichakdan qon ketishi, shuningdek jigar saratoni kiradi. Sirroz bosqichlari kompensatsiyalangan sirroz va dekompensatsiyalangan sirrozni o‘z ichiga oladi.

Sirroz ko‘pincha jigarning alkogol kasalligi, alkogolsiz steatogepatit (JNYK - jigarning noalkogol yog‘li kasalligining zo‘rayib boruvchi shakli), surunkali gepatit B va surunkali gepatit C tufayli kelib chiqadi. Bir necha yil davomida alkogolni suiiste‘mol qilish jigarning alkogol kasalligini keltirib chiqarishi mumkin. JNYKning bir qator sabablari mavjud, jumladan semizlik, yuqori qon bosimi, xolesterin darajasining anomalligi, 2-tur qandli diabet va metabolik sindrom. Jigar sirrozining kam uchraydigan sabablariga autoimmun gepatit, birlamchi biliar xolangit va birlamchi sklerozlovchi xolangit kiradi. Bu kasalliklar o‘t yo‘llari funksiyasini buzadi. Bundan tashqari, genetik kasalliklar, masalan, Vilson kasalligi va irsiy gemoxromatoz, shuningdek jigar dimlanishi bilan kechuvchi surunkali yurak yetishmovchiligi ham sirroz sababchisi bo‘lishi mumkin.

Tashxis qon tahlillari, tibbiy tasvirlash va jigar biopsiyasi asosida qo‘yiladi.

Gepatit B ga qarshi vaksina gepatit B va jigar sirrozining rivojlanishini oldini olishi mumkin, lekin gepatit C ga qarshi vaksina mavjud emas. Jigar sirrozining maxsus davosi yo‘q, ammo ko‘plab asosiy sabablarni kasallikning yomonlashuvini sekinlashtiradigan yoki oldini oladigan bir qator dorilar bilan davolash mumkin. Gepatit B va C ni virusga qarshi preparatlar bilan davolash mumkin. Barcha holatlarda spirtli ichimliklardan voz kechish tavsiya etiladi. Autoimmun gepatitni steroid preparatlar bilan davolash mumkin. Ursodiol o‘t yo‘llari tiqilishi tufayli

yuzaga kelgan kasallikda foydali bo‘lishi mumkin. Boshqa dorilar qorin yoki oyoq shishi, jigar ensefalopatiyasi va qizilo‘ngach venalarining kengayishi kabi asoratlarda yordam berishi mumkin.

Agar jigar sirrozi jigar yetishmovchiligiga olib kelsa, jigar ko‘chirish jarrohligini o‘tkazish mumkin. 2015-yilda jigar sirrozi 2,8 million atrofida odamga ta‘sir ko‘rsatdi va 1,3 million o‘limga sabab bo‘ldi. Bu o‘limlarning 348 mingi (27%) alkogol, 326 mingi (25%) gepatit C, 371 mingi (28%) esa gepatit B tufayli yuz bergan. Amerika Qo‘shma Shtatlarida jigar sirrozidan erkaklar ayollarga qaraganda ko‘proq vafot etadi. Bu kasallikning birinchi ma‘lum tavsifi miloddan avvalgi beshinchi asrda Gippokrat tomonidan berilgan. "Sirroz" atamasi 1819-yilda yunoncha "kirros" so‘zidan kelib chiqqan bo‘lib, kasal jigarning sarg‘ish rangini ifodalaydi.

14.1. Belgilari va alomatlari



Jigar sirrozi va u bilan bog‘liq qorinning o‘ng yuqori qismida og‘riq sezayotgan bemor

Sirroz rivojlanishi ancha uzoq vaqt talab qilishi mumkin va alomatlar sekin-asta namoyon bo‘lishi mumkin. Dastlabki belgilarga charchoq, holsizlik, ishtaha yo‘qolishi, vazn kamayishi va ko‘ngil aynishi kiradi. Shuningdek, Palmer eritemasi deb ataladigan kaftlarning qizarishi ham ilk alomatlarga kiradi. Odamlar jigar atrofida, qorinning o‘ng yuqori qismida noqulaylik his qilishlari mumkin.

Sirroz zo‘rayib borishi bilan alomatlarga nevrologik o‘zgarishlar qo‘shilishi mumkin. Bunga kognitiv buzilishlar, fikrlar chalkashuvi, xotira pasayishi, uyqu buzilishi va shaxsiyat o‘zgarishlari kiradi. Steatoreya, ya‘ni najasda hazm bo‘lmagan yog‘larning mavjudligi ham jigar sirrozining belgisi hisoblanadi.

Jigar sirrozining kuchayishi tananing turli qismlarida, masalan, oyoqlarda (shish) va qorinda (assit) suyuqlik to‘planishiga olib kelishi mumkin. Kasallik rivojlanishining boshqa belgilariga terining qichishi, oson ko‘karish, siydik rangining to‘qlashishi va teri sarg‘ayishi kiradi.

14.2. Jigar faoliyatining buzilishi

Ushbu xususiyatlar jigar hujayralarining ishlamay qolishining to‘g‘ridan-to‘g‘ri natijasidir:

- O‘rgimchak to‘risimon angiomaslar yoki o‘rgimchak to‘risimon nevuslar teri ostidagi qon tomirlari tarmog‘i kengayganda paydo bo‘ladi. Markazida qizil dog‘ bo‘lib, undan qizg‘ish kengaymalar tashqariga tarqaladi. Bu o‘rgimchakni eslatuvchi ko‘rinishni hosil qiladi. Holatlarning taxminan uchdan birida uchraydi. Ehtimoliy sababi - estrogen darajasining oshishi. Jigar sirrozi androgenlarning estrogena aylanishini kuchaytirishi natijasida estrogen miqdorining ko‘payishiga olib keladi.
- **Palmar eritema**, bosh barmoq va jimjiloq ostidagi kaftning qizarishi, jigar sirrozining taxminan 23% holatlarida kuzatiladi va qonda aylanayotgan estrogen darajasining ko‘tarilishi natijasida yuzaga keladi.
- **Ginekomastiya**, ya‘ni erkaklarda ko‘krak bezlarining kattalashishi, estradiol (kuchli estrogen turi) miqdorining oshishi tufayli yuzaga keladi. Bu holatlarning uchdan ikki qismida sodir bo‘lishi mumkin.
- **Gipogonadizm** jinsiy bezlar faoliyatining pasayishini anglatadi. Bu impotensiya, bepustlik, jinsiy maylning yo‘qolishi va moyaklar atrofiyasiga olib kelishi mumkin. Shuningdek, yorg‘oqning shishishi ham kuzatilishi mumkin.
- Jigar sirrozi bo‘lgan bemorlarda jigar hajmi kattalashgan, normal yoki kichraygan bo‘lishi mumkin. Kasallik rivojlangani sari, odatda, chandiqlanish tufayli jigar kichrayadi.
- **Sariqlik** - bu terining sarg‘ayishidir. Bu, shuningdek, shilliq pardalarning, ayniqsa ko‘z oqlarining sarg‘ayishiga sabab bo‘lishi mumkin. Bu hodisa qondagi bilirubin miqdorining oshishi bilan bog‘liq bo‘lib, siydikning to‘q rangga kirishiga olib kelishi mumkin.

14.3 Portal gipertenziya

Jigar sirrozi darvoza vena tizimida qon oqimini qiyinlashtiradi. Bu qarshilik qon to‘planishiga va bosimning oshishiga olib keladi. Natijada portal gipertenziya rivojlanadi. Portal gipertenziyaning oqibatlariga quyidagilar kiradi:

- **Assit** - bu qorin bo‘shlig‘ida suyuqlikning to‘planishidir.
- Taloqning kattalashishi 35-50% hollarda kuzatiladi
- Qizilo‘ngach va oshqozon venalarining varikoz kengayishi qizilo‘ngach va oshqozonda kollateral qon aylanishi natijasida yuzaga keladi (bu jarayon portokaval anastomoz deb ataladi). Ushbu qon aylanishidagi qon tomirlari kengayganda, ular varikoz kengayish deb ataladi. Bu bosqichda varikoz ko‘proq yorilishga moyil bo‘ladi. Varikoz kengaygan venalarning yorilishi ko‘pincha kuchli qon ketishiga olib keladi, bu esa o‘limga sabab bo‘lishi mumkin.
- **Caput medusae** - portal gipertenziya tufayli kengaygan kindik atrofidagi kollateral venalardir. Darvoza venasi tizimidagi qon kindik atrofidagi

venalar orqali va oxir-oqibat qorin devori venalariga o'tishi mumkin. Hosil bo'lgan naqsh Meduza boshiga o'xshaganligi sababli shunday nomlanadi.

- Kryuveyle-Baumgarten shovqini - bu shovqin bo'lib, u epigastral sohada (stetoskop bilan tekshirilganda) eshitiladi. Bu portal tizim va kindik atrofidagi venalar o'rtasida qo'shimcha aloqalar hosil bo'lishi bilan bog'liq.

Boshqa nospetsifik belgilar

Kuzatilishi mumkin bo'lgan ayrim belgilarga tirnoqlardagi o'zgarishlar kiradi (masalan, Myurke chiziqlari, Terri tirnoqlari va tirnoqlarning bo'rtib chiqishi). Qo'shimcha o'zgarishlar qo'llarda (Dyupyuitren kontrakturasi), shuningdek teri va suyaklarda (gipertrofik osteoartropatiya) kuzatilishi mumkin.

Zo'rayib boruvchi kasallik

Kasallik rivojlanib borishi bilan asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Ba'zi odamlarda bu kasallikning dastlabki belgilari bo'lishi mumkin. Ko'karishlar va qon ketishlar qon ivish omillari ishlab chiqarilishining kamayishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Jigar ensefalopatiyasi (JE) qonda ammiak va unga o'xshash moddalar to'planganda yuzaga keladi. Faol birikmalarning metabolizmi pasayishi natijasida dorilarga sezuvchanlik ortishi mumkin. Buyraklarning o'tkir shikastlanishi (ayniqsa gepatorenal sindrom) Kaxeksiya, mushak atrofiyasi va holsizlik bilan bog'liq.

14.4. Sabablari

Jigar sirrozining ko'plab sabablari mavjud bo'lib, bir vaqtning o'zida bir nechta sabab ham kuzatilishi mumkin. Anamnez yig'ish eng ehtimoliy sababni aniqlashda muhim ahamiyatga ega. Dunyoda jigar sirrozining 57% holati gepatit B (30%) yoki gepatit C (27%) bilan bog'liq. Yana bir muhim sabab alkogol iste'moli bilan bog'liq buzilish hisoblanadi, bu taxminan 20-40% hollarda uchraydi.

Keng tarqalgan sabablar



14.5. Gepatit C virusi zarrachalari va jigar

- Alkogol bilan bog‘liq jigar kasalligi (ABJK yoki alkogol tufayli kelib chiqqan jigar sirrozi) o‘n yil va undan ortiq muddat davomida spirtli ichimliklarni suiiste‘mol qiluvchi odamlarning 10-20 foizida rivojlanadi. Alkogol, ehtimol, oqsillar, yog‘lar va uglevodlarning normal metabolizmini to‘xtatib qo‘yish orqali jigarga zarar yetkazadi. Bu shikastlanish alkogoldan atsetaldegid hosil bo‘lishi natijasida yuzaga keladi. Atsetaldegid reaktiv xususiyatga ega bo‘lib, jigarda boshqa reaktiv moddalarning to‘planishiga olib keladi. ABJK bilan og‘rigan odamlarda qo‘shimcha ravishda alkogol gepatiti ham bo‘lishi mumkin. Unga hamroh bo‘lgan belgilarga isitma, gepatomegaliya, sariqlik va anoreksiya kiradi. Qondagi AST va ALT fermentlari darajasi oshgan bo‘ladi, ammo 300 XB/l dan oshmaydi, bunda AST:ALT nisbati $> 2,0$ bo‘lib, bu ko‘rsatkich boshqa jigar kasalliklarida kamdan-kam uchraydi. AQShda jigar sirrozi bilan bog‘liq o‘limlarning 40 foizi alkogol tufayli sodir bo‘ladi.

- Alkogolsiz yog‘li jigar kasalligida (AYJK) yog‘ jigarda to‘planadi va oxir-oqibat chandiq to‘qima hosil bo‘lishiga olib keladi. Bu turdagi kasallik semirish, qandli diabet, to‘yib ovqatlanmaslik, yurak ishemik kasalligi va steroid dorilarni qabul qilish natijasida kelib chiqishi mumkin. Belgilari jigarining alkogol bilan bog‘liq kasalligiga o‘xshash bo‘lishiga qaramay, kasallik tarixida sezilarli darajada alkogol iste‘mol qilingani aniqlanmaydi. AYJKni aniqlash uchun qon tahlili va tibbiy tasvirlash usullari qo‘llaniladi, ba‘zi hollarda esa jigar biopsiyasi talab etiladi.

- Surunkali gepatit C, gepatit C virusi infeksiyasi jigarining yallig‘lanishiga va ushbu a‘zoning turli darajadagi shikastlanishiga sabab bo‘ladi. Bir necha o‘n yillar davomida bu yallig‘lanish va shikastlanish jigar sirroziga olib kelishi mumkin. Surunkali gepatit C bilan og‘rigan odamlarning 20-30 foizida jigar sirrozi rivojlanadi. Gepatit C tufayli kelib chiqqan jigar sirrozi va jigarining alkogoldan zararlanishi jigar ko‘chirib o‘tkazishning eng keng tarqalgan sabablari hisoblanadi.

- Surunkali gepatit B jigarining yallig‘lanishi va shikastlanishiga olib keladi, bu esa bir necha o‘n yildan so‘ng jigar sirroziga sabab bo‘lishi mumkin. Gepatit D gepatit B mavjudligiga bog‘liq bo‘lib, koinfeksiya holatida jigar sirrozini tezlashtiradi.

Kam uchraydigan sabablar

- Birlamchi biliar xolangitda (ilgari birlamchi biliar sirroz deb atalgan) o‘t yo‘llari autoimmun jarayon natijasida zararlanadi. Bu jigarining shikastlanishiga olib keladi. Ba‘zi bemorlarda alomatlar bo‘lmasligi mumkin. Boshqalarda esa charchoq, qichishish yoki terining giperpigmentatsiyasi kuzatilishi mumkin. Jigar odatda kattalashadi, bu gepatomegaliya deb ataladi. Ishqoriy fosfataza, xolesterin va

bilirubin darajasi ko'tariladi. Bemorlarda odatda antimitoxondrial antitanalar aniqlanadi.

- Birlamchi sklerozlovchi xolangit - o't yo'llari kasalligi bo'lib, qichishish, steatoreya, yog'da eruvchi vitaminlar tanqisligi va suyak almashinuvi kasalligi bilan namoyon bo'ladi. Ichak yallig'lanish kasalliklari, ayniqsa yarali kolit bilan kuchli bog'liqligi kuzatiladi.

- Autoimmun gepatit jigarning limfotsitlar tomonidan hujumga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu yallig'lanishga va pirovardida chandiqlanishga, shuningdek, jigar sirroziga olib keladi. Oqibatda qon zardobidagi globulinlar, ayniqsa gamma-globulinlar darajasi oshadi.

- Irsiy gemoxromatoz odatda terining giperpigmentatsiyasi, qandli diabet, soxta podagra yoki kardiomiopatiya ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bularning barchasi organizmda temir miqdorining ortib ketishi belgilari bilan bog'liq. Oila a'zolarida jigar sirrozining uchrashi ham keng tarqalgan.

- Vilson kasalligi - bu autosom-retsessiv kasallik bo'lib, qonda seruloplazmin miqdorining pastligi va jigarda mis miqdorining ko'payishi bilan xarakterlanadi. Siydikda ham mis miqdori oshgan bo'ladi. Vilson kasalligi bilan og'rikan odamlarda ko'z shox pardasida Kayzer-Fleysher halqalari va ruhiy holatning o'zgarishi ham kuzatilishi mumkin.

- Hindiston bolalar jigar sirrozi neonatal xolestazning bir turi bo'lib, jigarda mis to'planishi bilan xarakterlanadi.

- Alfa-1-antitripsin yetishmovchiligi autosom-kodominant kasallik hisoblanib, alfa-1-antitripsin fermenti miqdorining pastligi bilan xarakterlanadi.

- Yurak sirrozi surunkali o'ng qorincha yurak yetishmovchiligi oqibatida jigarning dimlanishiga sabab bo'ladi.

- Galaktozemiya.

- IV tip glikogen kasalligi.

- Mukovissidoz.

- Gepatotoksik dori vositalari yoki toksinlar, masalan, atsetaminofen (paratsetamol), metotreksat yoki amiodaron.

Sirrozning og'irligi odatda Chayld-Pyu shkalasi (shuningdek, Chayld-Pyu-Tyurkott shkalasi deb ham ataladi) bo'yicha tasniflanadi. Bu tizimni 1964-yilda Chayld va Tyurkott ishlab chiqqan va 1973-yilda Pyu va boshqalar tomonidan takomillashtirilgan. Bu tizim dastlab portal dekompressiya bo'yicha rejali operatsiya kimga foydali bo'lishini aniqlash uchun yaratilgan. Ushbu baholash tizimi bir nechta laboratoriya ko'rsatkichlaridan foydalanadi, jumladan bilirubin, albumin va XNK. Ballarni hisoblashda assitning mavjudligi va ensefalopatiyaning og'irligi ham hisobga olinadi. Tasniflash tizimi A, B yoki C sinflarni o'z ichiga oladi. A sinf ijobiy prognozga ega, C sinf esa o'lim xavfi yuqori bo'lgan holatni bildiradi.

Jigar funksiyasi, prognozi va operatsiyadan keyingi o‘lim ko‘rsatkichlari bo‘yicha Chayld-Pyu bahosi				
Chayld-Pyu sinfi	Ballar	Jigar funksiyasi	Prognoz	Qorin bo‘shlig‘i jarrohligidan keyingi o‘lim darajasi
Chayld-Pyu A sinfi	5-6 ball	Jigarning yaxshi ishlashi	15-20 yil	10%
Chayld-Pyu B sinfi	7-9 ball	Jigar funksiyasining o‘rtacha buzilishi	5-10 yil	30%
Chayld-Pyu C sinfi	10-15 ball	Jigarning sezilarli darajada buzilishi	1-3 yil	82%

Chayld-Pyu shkalasi jiddiy operatsiyadan keyingi o‘lim ehtimolini bashorat qilishda ishonchli usul hisoblanadi. Masalan, Chayld bo‘yicha A sinfidagi bemorlarda o‘lim darajasi 10% ni, B sinfidagi bemorlarda 30% ni, C sinfidagi bemorlarda esa qorin bo‘shlig‘i jarrohligidan keyin 70-80% ni tashkil etadi. Rejali jarrohlik amaliyoti odatda Chayld shkalasi bo‘yicha A sinfidagi bemorlarga tavsiya etiladi. B sinfidagi bemorlar uchun xavf yuqori bo‘lib, ularga tibbiy holatni optimallashtirishga ehtiyoj tug‘ilishi mumkin. Umuman olganda, Chayld shkalasi bo‘yicha C sinfidagi bemorlarga rejali jarrohlik aralashuvini o‘tkazish tavsiya etilmaydi.

Ilgari Chayld-Pyu tasnifi jigar ko‘chirib o‘tkazish amaliyotiga nomzod bo‘lgan insonlarni aniqlash uchun qo‘llanilgan. Chayld-Pyu bo‘yicha B sinfi odatda transplantatsiyani baholash uchun ko‘rsatma hisoblangan. Biroq, ushbu ko‘rsatkichni jigar ko‘chirib o‘tkazish mezonlariga qo‘llashda ko‘plab muammolar yuzaga kelgan.

14.6. Profilaktika

Jigar sirrozini oldini olishning asosiy strategiyalari butun aholi miqyosida spirtli ichimliklar iste‘molini kamaytirish choralari (narxlarni belgilash, jamoat sog‘liqni saqlash kampaniyalari va shaxsiy maslahatlar orqali), virusli gepatit yuqishini kamaytirish dasturlari hamda irsiy jigar kasalliklari bo‘lgan odamlarning qarindoshlarini skrining qilishdan iborat. Jigar sirrozi xavfi va rivojlanishiga ta’sir etuvchi omillar haqida kam ma’lumot mavjud. Shunday bo‘lsa-da, ko‘plab tadqiqotlar qahva iste‘molining jigar kasalliklari rivojlanishiga qarshi himoya ta’siri haqida tobora ko‘proq dalillarni taqdim etmoqda. Bu ta’sirlar alkogol iste‘moli bilan bog‘liq jigar kasalliklarida yaqqolroq namoyon bo‘ladi. Qahva antioksidant va

antifibroz xususiyatlarga ega. Kofein muhim tarkibiy qism bo'lmisligi mumkin; polifenollar esa muhimroq bo'lishi ehtimoli bor. Kuniga ikki yoki undan ortiq finjon qahva iste'mol qilish jigar fermentlari faoliyatining yaxshilanishi bilan bog'liq: ALT, AST va GGT. Hatto jigar kasalligi bor odamlarda ham qahva ichish jigar fibrozi va sirrozini kamaytirishi mumkin.

14.7. Davolash

Odatda, sirroz tufayli kelib chiqqan jigar shikastlanishini orqaga qaytarib bo'lmaydi, ammo davolash jarayonni to'xtatishi yoki sekinlashtirishi va asoratlarni kamaytirishi mumkin. Sog'lom ovqatlanish tavsiya etiladi, chunki jigar sirrozi energiya talab qiladigan jarayon bo'lishi mumkin. Tavsiya etilayotgan parhez tarkibida oqsil va tolalar ko'p bo'lgan, shuningdek, tarmoqlangan zanjirli aminokislotalar qo'shilgan ovqatlanishdan iborat. Ko'pincha sinchkovlik bilan kuzatish zarur. Infeksiyalarda antibiotiklar buyuriladi, qichishishda turli dorilar yordam beradi. Laktuloza kabi ich suruvchi vositalar qabziyat xavfini kamaytiradi. Karvedilol jigar sirrozi va portal gipertenziyasi bor bemorlarda omon qolish darajasini oshiradi. Diuretiklar kam tuzli parhez bilan birgalikda tanadagi suyuqlik miqdorini kamaytiradi, bu esa shishlarni kamaytirishga yordam beradi.

Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilish natijasida kelib chiqqan alkogol jigar sirrozi spirтли ichimliklardan voz kechish bilan davolanadi. Gepatit bilan bog'liq jigar sirrozini davolash turli xil hepatitlarni davolash uchun ishlatiladigan dorilarni o'z ichiga oladi, masalan, virusli hepatitda interferon va autoimmun hepatitda kortikosteroidlar qo'llaniladi.

Vilson kasalligi tufayli kelib chiqqan jigar sirrozi a'zolarida to'plangan misni chiqarib tashlash orqali davolanadi. Bu xelat terapiyasi deb ataladigan usul bilan, masalan, penitsillamin yordamida amalga oshiriladi. Agar bunga temir ortiqcha yuklanishi sabab bo'lsa, temir xelatlovchi vosita, masalan, deferoksamin yoki qon chiqarish yordamida tanadan chiqarib tashlanadi.

2021-yil holatiga ko'ra, jigarning noalkogol yog'li kasalligi (JNYK) tufayli kelib chiqadigan jigar sirrozining oldini olish uchun dori vositalarini o'rganish bo'yicha so'nggi tadqiqotlar olib borilmoqda. Semaglutid nomli preparat platseboga nisbatan JNYKni yaxshiroq davolashini ko'rsatdi. Biroq fibrozning yaxshilanishi kuzatilmadi. Silofektor va firsokostat kombinatsiyasi ko'priksimon fibroz va jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda o'rganildi. Bu kombinatsiya potensial antifibroz ta'sirga ega bo'lib, JNYK faolligini yaxshilashi aniqlandi. Shuningdek, lanifibranor preparati fibrozning kuchayishini oldini olishi ham ko'rsatildi.

Jigarning keyingi zararlanishining oldini olish

Jigar sirrozining asosiy sababidan qat'i nazar, alkogol va boshqa zararli moddalarni iste'mol qilish tavsiya etilmaydi. Kompensatsiyalangan jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda paratsetamol dozasi cheklash yoki kamaytirish zarurligini tasdiqlovchi hech qanday dalil yo'q; shu sababli u ushbu bemorlar uchun xavfsiz og'riq qoldiruvchi vosita hisoblanadi.

Gepatit A va hepatit B bilan kasallanish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar ushbu kasalliklarga qarshi emlash imkoniyatini ko'rib chiqishlari lozim.

Jigar sirrozi sababini davolash keyingi zararlanishning oldini oladi; masalan, agar jigar sirrozi gepatit B tufayli yuzaga kelgan bo'lsa, entekavir va tenofovir kabi og'iz orqali qabul qilinadigan virusga qarshi dorilarni qo'llash jigar sirrozining rivojlanishini to'xtatadi. Xuddi shunday, tana vaznini va qandli diabetni nazorat qilish jigarining noalkogol yog'li kasalligi tufayli kelib chiqqan jigar sirrozining kuchayishini oldini oladi.

Jigar sirrozi yoki jigar shikastlanishi bo'lgan odamlarga ko'pincha jigarga yanada ko'proq zarar yetkazishi mumkin bo'lgan dori-darmonlarni qabul qilmaslik tavsiya etiladi. Bularga antidepressantlar, ba'zi antibiotiklar va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (masalan, ibuprofen) kabi ba'zi dorilar kiradi. Bu moddalar gepatotoksik hisoblanadi, chunki ular jigarda metabolizmga uchraydi. Agar shifokor hali ham jigarga zararli dori tavsiya qilsa, uning dozasini jigarga minimal ta'sir ko'rsatadigan darajada o'zgartirish mumkin.

14.8. Asoratlari

14.8.1. Assit

Tuz iste'molini cheklash ko'pincha zarur, chunki jigar sirrozi tuz to'planishiga (natriy ushlanib qolishiga) olib keladi. Assitni bartaraf etish uchun siydik haydovchi dorilar kerak bo'lishi mumkin. Statsionar davolash uchun siydik haydovchi dorilar variantlariga aldosteron antagonistlari (spironolakton) va halqa diuretiklari kiradi. Aldosteron antagonistlari og'iz orqali dori qabul qila oladigan va shoshilinch holda suyuqlik hajmini kamaytirishga muhtoj bo'lmagan bemorlar uchun afzalroqdir. Qo'shimcha davolash sifatida halqa diuretiklari qo'shilishi mumkin.

Agar tuz iste'molini cheklash va siydik haydovchi dorilarni qo'llash samarasiz bo'lsa, paratsentez afzal usul bo'lishi mumkin. Bu muolaja qorin bo'shlig'iga plastik naycha kiritishni talab qiladi. Odam qon zardobi albumini eritmasi odatda hajmning tez kamayishi bilan bog'liq asoratlarning oldini olish uchun buyuriladi. Siydik haydovchi dorilarga qaraganda tezroq ta'sir qilishdan tashqari, 4-5 litr paratsentez siydik haydovchi dorilar bilan davolashga nisbatan samaraliroqdir.

14.8.2. Qizilo'ngach va oshqozon varikoz venalaridan qon ketishi

Portal gipertenziyada odatda noselektiv beta-blokatorlar, masalan, propranolol yoki nadolol portal tizimdagi qon bosimini pasaytirish uchun qo'llaniladi. Portal gipertenziyaning og'ir asoratlarida ba'zan darvoza venasiga tushayotgan bosimni kamaytirish maqsadida jigar ichi transyugulyar portosistem shuntlash ko'rsatiladi. Bunday shuntlash jigar ensefalopatiyasini kuchaytirishi mumkinligi sababli, u ensefalopatiya xavfi past bo'lgan bemorlarga mo'ljallangan. Jigar ichi transyugulyar portosistem shuntlash odatda faqat jigar ko'chirib o'tkazishga tayyorgarlik bosqichi yoki palliativ chora sifatida ko'rib chiqiladi.

Oshqozonning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini davolash uchun ballonli okklyuziya bilan retrograd transvenoz obliteratsiya qo'llanilishi mumkin.

Gastroskopiya (qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni endoskopik tekshirish) jigar sirrozi aniqlangan hollarda o'tkaziladi. Agar qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi aniqlansa, skleroterapiya yoki bandajlash kabi profilaktik mahalliy davolash usullarini qo'llash, shuningdek beta-blokatorlardan foydalanish mumkin.

14.8.3. Jigar ensefalopatiyasi

Jigar ensefalopatiyasi jigar sirrozining potensial asorati hisoblanadi. U yengil ong chalkashligidan tortib komagacha bo'lgan funksional nevrologik buzilishlarga olib kelishi mumkin. Jigar ensefalopatiyasi asosan qonda ammiakning to'planishi natijasida yuzaga keladi, bu esa gematoensefalik to'siqni kesib o'tganda neyrotoksiklikni keltirib chiqaradi. Ammiak odatda jigarda metabolizmga uchraydi; jigar sirrozi ham jigar funksiyasining pasayishiga, ham portosistemik shuntlashning kuchayishiga (qonning jigarni chetlab o'tishiga imkon beradi) sabab bo'lgani uchun, ammiakning tizimli darajalari asta-sekin ko'tarilib, ensefalopatiyaga olib keladi.

Jigar ensefalopatiyasini davolashning ko'pchilik farmatsevtik yondashuvlari ammiak darajasini pasaytirishga qaratilgan. 2014-yilgi tavsiyalarga ko'ra, birinchi qator davolash usuli laktulozadan foydalanishni o'z ichiga oladi. Bu so'rilmaydigan disaxarid yo'g'on ichak bakteriyalari tomonidan parchalanganda yo'g'on ichakning pH darajasini pasaytiradi. Yo'g'on ichakning past pH ko'rsatkichi ammiakning ammoniyga ko'proq aylanishiga olib keladi, keyin esa u organizmdan chiqarib tashlanadi. Rifaksimim, oshqozon-ichak traktida ammiak ishlab chiqaruvchi bakteriyalar faoliyatini to'xtatuvchi antibiotik, jigar ensefalopatiyasining takroriy epizodlarining oldini olish uchun laktuloza bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi.

Farmakoterapiyadan tashqari, to'g'ri gidratatsiya va ozuqaviy qo'llab-quvvatlashni ta'minlash ham muhim ahamiyatga ega. Oqsilning tegishli miqdorda iste'mol qilinishi rag'batlantiriladi. Jigar ensefalopatiyasiga bir qator omillar sabab bo'lishi mumkin, jumladan spirtli ichimliklar iste'moli, ortiqcha oqsil, oshqozon-ichak qon ketishi, infeksiyalar, qabziyat va qusish/ich ketishi. Benzodiazepinlar, siydik haydovchi dorilar yoki narkotik moddalar kabi preparatlar ham ensefalopatik holatlarni keltirib chiqarishi mumkin. Oshqozon-ichak qon ketishi hollarida kam oqsilli parhez tavsiya etiladi.

Jigar ensefalopatiyasining og'irligi bemorning ruhiy holatini baholash orqali aniqlanadi. Odatda, bu subyektiv baholash hisoblanadi, garchi ushbu baholashni standartlashtirish uchun bir nechta mezonlar ishlab chiqilgan bo'lsa-da. Bunday mezonlardan biri quyida keltirilgan Vest-Xeyven mezonlaridir.

Jigar ensefalopatiyasi tasnifi	
Baholash	Ruhiy holat
1-daraja: Yengil	Xulq-atvordagi o'zgarishlar
	Yengil chalkashlik
	Noaniq nutq
	Uyqu buzilishi
2-daraja: O'rtacha	Holsizlik
	O'rtacha chalkashlik
3-daraja: Og'ir	<u>Stupor</u>
	Bog'lanishsiz
	Uyquda, lekin uyg'ontirilishi mumkin
4-daraja: Koma	Koma/javob bermaydi

14.8.5. Gepatorenal sindrom

Gepatorenal sindrom jigar sirrozi terminal bosqichining jiddiy asorati bo'lib, bunda buyrak ham zararlanadi.

14.8.6. Spontan bakterial peritonit

Jigar sirrozi tufayli assit bilan og'irgan bemorlar spontan bakterial peritonit xavfiga ko'proq duchor bo'ladi.

14.8.7. Portal gipertenziv gastropatiya

Portal gipertonik gastropatiya portal gipertenziviyasi bor odamlarda oshqozon shilliq qavatidagi o'zgarishlarni anglatadi va jigar sirrozining og'irlik darajasi bilan bog'liq.

14.8.7. Infeksiya

Jigar sirrozi immun tizimining buzilishiga olib kelishi mumkin, bu esa infeksiyaga sabab bo'ladi. Infeksiya belgilari va simptomlari nospetsifik bo'lishi va ularni aniqlash qiyinroq bo'lishi mumkin (masalan, isitmasiz ensefalopatiyaning kuchayishi). Bundan tashqari, jigar sirrozidagi infeksiyalar boshqa asoratlarning (assit, varikoz kengaygan venalardan qon ketishi, jigar ensefalopatiyasi, a'zolar yetishmovchiligi, o'lim) asosiy qo'zg'atuvchilari hisoblanadi.

14.8.8. Gepatotseilyulyar karsinoma

Gepatotseilyulyar karsinoma eng keng tarqalgan birlamchi jigar saratoni va jigar sirrozi bilan og'irgan odamlar o'limining eng ko'p uchraydigan sababi hisoblanadi. Skriningda MRT yordamida ushbu saratonni aniqlash mumkin va ko'pincha erta bosqichlarda o'tkaziladi, bu esa natijalarni yaxshilashi aniqlangan.

XV-BOB. SURUNKALI ENTERITLAR.

15.1. Surunkali enterit epidemiologiyasi

Surunkali enterit — bu ingichka ichak shilliq qavatining uzoq davom etuvchi (6 oydan ortiq) yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, ichakning hazm qilish va so‘rish funksiyasi buzilishi bilan kechadi.

1. Tarqalishi (prevalensiyasi)

- Surunkali enterit mustaqil kasallik sifatida kamroq uchraydi, ko‘pincha boshqa kasalliklar (masalan, Crohn kasalligi yoki Celiakiya) tarkibida kuzatiladi.
- Aholi orasida aniq statistik ma’lumotlar turli mamlakatlarda farq qiladi.
- Ovqat hazm qilish tizimi surunkali kasalliklari ichida enteritlar taxminan **5–10%** holatni tashkil etadi.
- Rivojlanayotgan davlatlarda ichak infeksiyalaridan keyingi surunkali enteritlar ko‘proq uchraydi.

2. Geografik tarqalishi

- Issiq iqlimli va sanitariya sharoiti past hududlarda ko‘proq uchraydi.
- Ichak infeksiyalari keng tarqalgan mintaqalarda (Markaziy Osiyo, Janubiy Osiyo, Afrika ayrim hududlari) postinfeksion enteritlar ko‘p kuzatiladi.
- Sanoati rivojlangan mamlakatlarda esa autoimmun va allergik enterit shakllari ko‘proq uchraydi.

3. Yosh va jins bo‘yicha tarqalishi

- Ko‘pincha **20–50 yosh** oralig‘ida aniqlanadi.
- Bolalarda ham uchrashi mumkin (ayniqsa celiakiya bilan bog‘liq shakllar).
- Erkak va ayollarda deyarli teng uchraydi, lekin autoimmun shakllar ayollarda biroz ko‘proq.

4. Xavf omillari

Surunkali enterit rivojlanish xavfini oshiruvchi omillar:

- Tez-tez o‘tkazilgan o‘tkir ichak infeksiyalari
- Parazitar kasalliklar
- Noto‘g‘ri ovqatlanish (oqsil yetishmovchiligi, vitamin tanqisligi)
- Uzoq muddat antibiotik qabul qilish

- Disbakterioz
- Surunkali gastrit yoki pankreatit
- Autoimmun kasalliklar

5. Etiologik tuzilma (epidemiologik jihatdan)

Surunkali enteritlar sabablari bo'yicha:

1. Postinfeksion (eng ko'p uchraydigan shakl)
2. Allergik va alimenter
3. Toksik
4. Dori vositalari ta'sirida
5. Autoimmun
6. Irsiy (masalan, celiakiya)

6. Zamonaviy epidemiologik tendensiyalar

- So'nggi yillarda autoimmun ichak kasalliklari (masalan, Crohn kasalligi) soni oshmoqda.
- Antibiotiklarni nazoratsiz qabul qilish ichak mikroflorasini buzib, surunkali enterit rivojlanishiga sabab bo'lmoqda.
- Allergik enteropatiyalar bolalar orasida ko'paymoqda.

7. Ijtimoiy ahamiyati

- Mehnatga layoqatli yoshdagi aholida uchrashi sababli iqtisodiy zarar keltiradi.
- So'rilish buzilishi natijasida:
 - Anemiya
 - Gipovitaminoz
 - Ozib ketish
 - Imunitet pasayishi kuzatiladi.

O'zbekiston sharoitiga yaqin statistik ma'lumotlar asosida enteritlar:

1. Rasmiy epidemiologik statistikada enterit haqida ma'lumot yo'qligi

- O'zbekiston Sog'liqni Saqlash Vazirligi yoki Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik xizmati tomonidan rasmiy ravishda surunkali enteritning tarqalishi bo'yicha maxsus statistik hisobotlar ochiq ommaga e'lon qilinmaydi (masalan, yillik 100 000 nafar aholida necha bemor) — hech qanday davlat statistik nashr yoki maqolada bunday raqamlar topilmadi.

Buning sababi shundaki, surunkali ichak yallig'lanishlari ko'pincha boshqa kategoriya — «gastroenterologik kasalliklar» tarkibida umumlashtiriladi yoki ularning diagnostikasi klinik jihatdan aniqlangan epidemiologik kuzatuvlardan ajratilmaydi.


- O'zbekiston statistikasida ko'proq o'tkir ichak infeksiyalar (ich ketish bo'yicha holatlar) statistikasi mavjud, ammo surunkali enterit (chronik enterit) alohida toifada e'lon qilinmaydi yoki u yetarlicha tasniflanmagan.


2. O'zbekiston sharoitida ichak kasalliklari epidemiologiyasining umumiy

holati

Functional Gastrointestinal Disorders (masalan, IBS)

- O'zbekiston tadqiqotlarida surunkali ichak simptomlarini o'z ichiga oluvchi funktsional ichak buzilishi (FGID) kabi holatlar bo'yicha ma'lumotlar mavjud:

 2025-yilda olib borilgan bir izlanishda 20 yosh atrofidagi harbiy xizmatda bo'lgan erkaklar orasida estadistika bo'yicha FGID (masalan, irritabldan ichak sindromi — IBS va funktsional dispepsiya) holatlari taxminan 19.8 % atrofida aniqlangan.

 Bu tadqiqot surunkali yallig'lanishdan farqli ravishda funktsional jinsdagi ichak buzilishlarini o'rganadi, biroq u O'zbekiston sharoitida surunkali ichak bilan bog'liq simptomlar tarqalishi juda keng ekanini ko'rsatadi.

3. O'zbekiston sharoitida surunkali ichak kasalliklari haqidagi tavsiyalar

va holat

Rasmiy statistikda kafolatlangan raqam yo'qligi

- Surunkali enterit rivojlangan sog'liqni saqlash tizimlarida ham murakkab statistik kategoriya bo'lib, odatda tibbiy yozuvlar yoki klinik tadqiqotlarda aniqlanadi, lekin O'zbekistonning milliy statistik portalida yoki sog'liqni saqlash rasmiy resurslarida enterit bo'yicha mustaqil epidemiologik raqamlar ochiq nashr qilingan emas.

Amaliy yaqin ma'lumotlar

- Gastroenterologiya bo'yicha klinik yoki ilmiy tadqiqotlar O'zbekistonda ichak belgilariga ega surunkali kasalliklar bo'yicha o'rganishlarni e'lon qilmoqda, lekin ular hududiy yoki subpopulyatsiya darajasida (masalan, harbiylar, bolalar) cheklanganroq ma'lumotdir.

- Jamoat salomatligi doirasida O‘zbekistonda ovqatlanish, ichak mikrobiomasi va ichak bilan bog‘liq simptomlar bo‘yicha keng qamrovli epidemiologik tadqiqotlar endi rivojlanmoqda yoki kutilyapti.
- ◆ O‘zbekistonda surunkali enterit bo‘yicha rasmiy, keng qamrovli epidemiologik statistikalar ochiq e‘lon qilinmaydi, shuning uchun aniq tarqalish yoki uchrash chastatasi statistikasi mavjud emas. Ammo ichak bilan bog‘liq surunkali simptomlar va funktsional kasalliklar, masalan, IBS/Freyg gastrointestinal buzilishi, O‘zbekiston sharoitida muhim sog‘liq muammosi sifatida 15–20 % atrofida uchrayotgani tadqiq qilingan. Agar sizga O‘zbekiston bo‘yicha gastroenteritlar (o‘tkir va surunkali), irritable ichak sindromi yoki boshqa ichak kasalliklari bo‘yicha ayrim statistik ma‘lumotlar kerak bo‘lsa, shu tarzda aniqroq so‘rashingiz mumkin.

15.2. Etiologiyasi (sabablari)

Surunkali enterit — bu ingichka ichak shilliq qavatining uzoq davom etuvchi yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, polietiologik (ko‘p sababli) xarakterga ega.

◆ 1. Infektsion omillar

- O‘tkir ichak infeksiyalaridan keyingi asorat
- Bakterial infeksiyalar (Salmonella, Shigella, patogen E.coli)
- Virusli enteritlar
- Parazitar kasalliklar (giardioz va boshqalar)

Uzoq davom etgan yoki to‘liq davolanmagan ichak infeksiyasi shilliq qavatni zararlab, surunkali jarayonga o‘tadi.

◆ 2. Alimantar (ovqat bilan bog‘liq) omillar

- Noto‘g‘ri, tartibsiz ovqatlanish
- Juda issiq, sovuq, achchiq, qo‘pol ovqatlar
- Oqsil va vitamin yetishmovchiligi
- Surunkali alkohol qabul qilish

◆ 3. Toksik omillar

- Og‘ir metall tuzlari
- Kimyoviy moddalar
- Dori vositalari (ayniqsa antibiotiklar, sitostatiklar, NSAID)

◆ 4. Allergik va immun omillar

- Oziq-ovqat allergiyasi
- Autoimmun jarayonlar
- Glutenga sezuvchanlik (masalan, Celiac disease)

◆ 5. Ichak mikroflorasi buzilishi

- Disbakterioz
- Antibiotiklardan keyingi mikroflora o‘zgarishi

◆ 6. Endokrin va metabolik omillar

- Qalqonsimon bez kasalliklari
- Qandli diabet

- Gipovitaminozlar
- ◆ 7. Irsiy va konstitutsional omillar
 - Ferment yetishmovchiligi
 - Genetik moyillik

15.3. Patogenezi (Kasallik rivojlanish mexanizmi)

Surunkali enterit patogenezida bir nechta asosiy mexanizmlar ishtirok etadi:

1. Shilliq qavatning strukturaviy shikastlanishi

- Ingichka ichak epiteliy hujayralari degeneratsiyaga uchraydi
 - So‘rg‘ichlar (villuslar) atrofiyasi rivojlanadi
 - Kriptalar giperplaziyasi paydo bo‘ladi
- Natijada ichak yuzasi kichrayadi → so‘rilish kamayadi.

2. Malabsorbsiya sindromi rivojlanadi

Shilliq qavat shikastlanishi sababli:

- Oqsillar so‘rilishi kamayadi → gipoproteinemiya
- Yog‘lar so‘rilmaydi → steatoreya
- Vitaminlar (A, D, E, K, B guruhi) yetishmovchiligi
- Temir yetishmovchiligi → anemiya

3. Ichak mikroflorasi buzilishi

Disbakterioz natijasida:

- Shartli patogen flora ko‘payadi
- Fermentatsiya va chirish jarayonlari kuchayadi
- Meteorizm va diareya yuzaga keladi

4. Yallig‘lanish jarayoni

- Lamina propria limfotsitlar bilan infiltratsiyalanadi
- Surunkali immun javob shakllanadi
- Sitokinlar ajralishi davom etadi

Bu jarayon uzoq davom etib, ichak devorining funksional yetishmovchiligiga olib keladi.

5. Motorika buzilishi

- Ichak peristaltikasi tezlashadi yoki sekinlashadi

- Oziq massasi yetarli hazm bo'lmaydi
- Sekretor faoliyat buziladi

Patogenez bosqichlari (sxematik ko'rinishda)

Etiologik omil →

Shilliq qavat shikastlanishi →

Yallig'lanish →

So'rilish buzilishi (malabsorbsiya) →

Modda almashinuvi buzilishi →

Umumiy astenik sindrom

15.4. Surunkali enteritning yillarga qarab tasnifi

1. Surunkali enteritning boshlang'ich davri (1–2 yil)

- Ichak yallig'lanishi dastlab subo'tkir yoki sekin shaklda boshlanadi.
- Asosiy belgilar: diareya, qorinda og'riq, meteorizm, o'tkir kechikkan hazm, kamdan-kam hollarda qon yoki shilimshiq.
- Ko'pincha bu davrda kasallik aniqlanmaydi yoki boshqa oshqozon-ichak kasalliklari bilan adashtiriladi.

2. O'rta surunkali davr (2–5 yil)

- Ichak yallig'lanishi uzayadi, simptomlar doimiylashadi.
- Bemorlar shikoyat qiladi: hazm buzilishi, diareya va holsizlik, ba'zan vazn yo'qotish.
- Enterit surunkali shaklga o'tadi, ichakning shilliq qavati o'zgaradi, biopsiya bilan yallig'lanish aniqlanadi.
- Ushbu davrda kronik ichak yallig'lanishining etiologiyasi: bakterial, virusli yoki autoimmun omillar bo'lishi mumkin.

3. Uzoq davom etuvchi surunkali enterit (5 yildan ortiq)

- Ichakda fibroz, atrofiya yoki displaziya kabi o'zgarishlar yuzaga kelishi mumkin.
- Klinik belgilar: doimiy diareya, malabsorbsiya, og'ir vazn yo'qotish, kamqonlik, vitamin va mineral yetishmovchiligi.
- Bu bosqichda kasallik rezistent bo'lib, davolash qiyinlashadi.
- Ba'zan komplikatsiyalar: intoksikatsiya, ichakning me'yoriy mikroflorasining buzilishi, o'tkir enterit f'okuslari paydo bo'ladi.

Qo'shimcha tavsiyalar:

- Surunkali enterit yillarga qarab prognoz qilinadi: dastlab yengil o'tadi, keyin esa surunkali simptomlar kuchayadi.
- Diagnostika: endoskopiya, biopsiya, laborotoriya tekshiruvlari.
- Davolash: etiologiyaga qarab, parhez, probiyotiklar, dori-darmonlar.

15.5. Surunkali enterit bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan asosiy belgilar

Asosiy shikoyatlar va belgilari

1. Qorin og‘rig‘i va noqulayliklar

- Umumiy qorinda og‘riq, ayniqsa kindik yaqinida yoki pastki qismida bezovta qiluvchi og‘riqlar.
- Ovqatdan keyin og‘riq va og‘irlik hissi paydo bo‘ladi.

2. Hazm qilish buzilishi

- **Diareya** — surunkali ravishda suyuq najas (kuniga bir necha marta); ba’zida ich qotishi ham kuzatiladi.
- Gaz to‘planishi (meteorizm), shishish va ichak harakatining buzilishi.

3. Ko‘ngil aynishi va qusish

- Ko‘ngil aynishi, ba’zida qayt qilish hissi yoki qayt qilish.
- Ovqatdan keyin bu simptomlar kuchayadi.

4. Umumiy holatning yomonlashuvi

- **Zaiflik**, charchoq, bosh aylanishi, umumiy holsizlik.
- Ba’zida yurak urishi tezlashishi mumkin (taxikardiya).

5. Ishtaha pasayishi va vazn yo‘qotish

- Ovqatga qiziqish kamayadi, organizm to‘yib ovqat hazm qila olmaydi — natijada og‘irlik kamayadi.

6. Malabsorbsiyaning belgilariga duch kelish

- Yurak-qon tomir tizimi buzilishi, vitamin va minerallar yetishmasligi (temir tanqisligi, anemiya belgilari) sezilishi mumkin.

Fon kasalliklar bilan bog‘liq holda kuzatiladigan shikoyatlar

Surunkali enterit boshqa ichak kasalliklari (masalan, kolit yoki enterokolit) bilan bir vaqtda bo‘lsa, qo‘shimcha shikoyatlar paydo bo‘lishi mumkin, shu jumladan:

- Ichak spazmlari
- Najasda shilliq yoki qon aralashmalari
- Kuchli ich qotishi yoki diareya bilan tez-tez hojatga borish hissi

Kasallikning oqibatlari

Agar davolanmasa yoki surunkali holat davom etsa, bemorlar orasida quyidagilar paydo bo‘lishi mumkin:

- Malnutritsiya (ovqat moddalarini yetarli so‘ra olmaslik)
- Tana vaznining pasayishi
- Umumiy holsizlikning ortishi
- Boshqa ichak kasalliklari bilan murakkablanish

Kimlarga murojaat qilish kerak?

Agar siz surunkali enterit belgilarini sezsangiz — uzoq davom etadigan diareya, qorin og‘rig‘i, vazn yo‘qotish yoki shunga o‘xshash simptomlar bo‘lsa — **gastroenterolog shifokorga** murojaat qilishingiz muhimdir. Tashxis uchun tibbiy tekshiruv, qon va najas tahlillari, endoskopiya yoki boshqa diagnostik testlar talab qilinadi.

Fizikal (ob‘yektiv) baholash

Fizikal tekshiruv bemor holatini umumiy baholash va ichak bilan bog‘liq belgilarni aniqlashga qaratiladi:

A. Umumiy ko‘rinish

- Umumiy holat odatda yomon bo‘ladi;
- Bemor charchoq, zaiflikni sezadi;
- Oziqlanish buzilgan bo‘lishi mumkin (semirib ketmaslik / ozishga moyillik).

B. Tana harorati

- Ba‘zan past darajada (subfibrillar), surunkali yallig‘lanish bo‘lsa ko‘tarilgan bo‘lishi mumkin.

C. Abdomen (qorin) tekshiruvi

- **Palpatsiya (qo‘l bilan siqib tekshirish):**
 - Og‘riqlilik ko‘pincha pastki bo‘limlarda;
 - Kuchli og‘riq odatda yallig‘lanish kuchayganda;
 - Ba‘zan diareya bilan bog‘liq spazmlar seziladi.
- **Peristaltika:** buyrak shovqinlari normal yoki ko‘tarilgan bo‘lishi mumkin;
- **Distensiya (shishlik):** yallig‘lanish, gaz yig‘ilishi sababli aniqlanishi mumkin.

D. Teri va shilliq qavat holati

- Pallor (xira teri) – surunkali anemiya natijasida;
- Barmoqlarda klubbing (kichik barmoqlarning uchlari kengaygan) – surunkali kasallik belgisi.

E. Tananing boshqa tizimlari

- Ortiqcha bo‘g‘im og‘rig‘i – sistemik yallig‘lanish belgilari;
- Qo‘l, oyoqlarda shish – kamqonlikdan.


Laborator tekshiruvlar

Quyidagi qon va najas tahlillari surunkali enterit holatida eng ko‘p qo‘llaniladi:

A. Qon umumiy tahlili (OAK)

Ko‘rsatkich	Odatdagi natija	Surunkali enteritda
Eritrotsitlar	Normal kamayish	Kamaygan (anemiya)

Ko'rsatkich	Odatdagi natija	Surunkali enteritda
Gemoglobin	Normal	Kam (temir yetishmovchiligi)
Leykotsitlar	Normal	Biroz yuqori (yallig'lanishga bog'liq)
ESR (ROE)	Past	O'tkir/past-darajali ko'tarilgan

 **Natija:** anemiya, yallig'lanish belgisi kuzatilishi mumkin.

B. Biokimyoviy tahlillar

- Albumin: past (malnutritsiya);
- Total protein: past;
- Elektrolitlar: Na, K buzilishi (diareya natijasida);
- ALP/AST/ALT: me'yorda yoki oz ko'tarilgan.

C. Najas tahlillari

- Najasda qon: mikro yoki makro qon ko'rinishi – ichak yallig'lanishidan dalolat.
- Parazitoz tekshiruvi: parazitlar bo'lsa aniqlanadi.
- Mikrobiologik tahlil: patogen mikroorganizmlar.

Instrumental va tasviriy tekshiruvlar

A. Endoskopik tekshiruvlar

1) Kolonoskopiya

- Ichak shilliq qavati yallig'langan, yallig'lanish zonalari, yaralar, eroziyalar;
- Biopsiya uchun bo'linmalar olinadi.

2) Gastroduodenoskopiya

- Oshqozon–ichakning yuqori bo'limlari holati tekshiriladi.

B. Tasviriy tekshiruvlar

1) Ultrasonografiya (USG abdomen)

- Ichak devorining qalinlashishi;
- Gaz bilan to'la bo'lsa cheklov bo'lishi mumkin.

2) KTS (KT enterografiya)

- Ichakning devor holati, yallig'lanish tarqalishi, qisilish zonalari.

C. Biopsiya

- Endoskopiya paytida olinadi;
- Mikroskopik tekshiruv: yallig'lanish, granulomalar, devor strukturasi buzilishi.

Surunkali enteritda ko'p uchraydigan natijalar

Tekshiruv turi

Fizikal

Odatda kuzatiladi

Pastki qorin og'rig'i, diskomfort, yallig'lanish belgisi

Tekshiruv turi	Odatda kuzatiladi
OAK	Anemiya, yuqori ESR
Biokimyo	Past albumin, elektrolit buzilish
Najas tahlili	Qon, elastaza kamaygan bo'lishi
Endoskopiya	Eroziya, yallig'lanish, shilliq qavat shikastlanishi
Biopsiya	Kronik yallig'lanish histologiyasi

5. Qachon shoshilinch tibbiy yordam kerak?

Agar quyidagilar bo'lsa:

- ✓ Kuchli qorin og'rig'i
- ✓ Siydikda qon, qusishda qon
- ✓ Tez-tez qusish / suvsizlanish belgisi
- ✓ Og'ir zaiflik, hushsizlanish

15.6. Differensial diagnostika

Surunkali enteritni quyidagi kasalliklardan farqlash kerak:

1. Surunkali kolit

Belgilar	Surunkali enterit	Surunkali kolit
Og'riq joyi	Kindik atrofi	Chap yonbosh
Ich ketish	Ko'p miqdorda, suvli	Shilimshiq, qon aralash
Malabsorbsiya	Bor (anemiya, ozish)	Odatda yo'q
Meteorizm	Kuchli	Kamroq

Asos: Enteritda asosiy jarayon ingichka ichakda → so'rilish buziladi. Kolitda esa yo'g'on ichak zararlanadi.

2. Kron kasalligi

Belgilar	Surunkali enterit	Kron kasalligi
Yallig'lanish	Diffuz	Segmentar
Tana harorati	Odatda normal	Subfebril
Qonli diareya	Kam	Ko'p uchraydi
Fistula	Yo'q	Bo'lishi mumkin

Asos: Kron kasalligida transmural yallig‘lanish va fistulalar kuzatiladi.

3. Yara kolit

Belgilar	Surunkali enterit	Yara kolit
Qonli ich ketish	Odatda yo‘q	Asosiy simptom
Og‘riq	Kindik sohasida	Pastki qorin
Endoskopiya	Shilliq atrofiya	Yaralar, eroziya

Asos: Yara kolit faqat yo‘g‘on ichakni zararlaydi.

4. Surunkali pankreatit

Belgilar	Surunkali enterit	Surunkali pankreatit
Og‘riq	Diffuz	Chap qovurg‘a osti
Steatoreya	O‘rtacha	Kuchli
Fermentlar	Normal	Pasaygan

Asos: Pankreatitda hazm fermentlari yetishmovchiligi ustun.

5. Seliakiya

Belgilar	Surunkali enterit	Seliakiya
Sabab	Infeksiya, toksik	Gluten
Antitelalar	Yo‘q	Bor
Parhez ta‘siri	Qisman	To‘liq yaxshilanadi

6. Ichak sili

Belgilar	Surunkali enterit	Ichak sili
Intoksikatsiya	Kam	Kuchli
Tungi terlash	Yo‘q	Bor
Rentgen	Diffuz o‘zgarish	Striktura, yara

15.7. Oqibatlar (natijaviy holatlar) va asoratlari

Agar davolanmasa:

1. Surunkali malabsorbsiya sindromi
2. Oqsil-energetik yetishmovchilik

3. Vitamin yetishmovchiligi (A, D, B12)
4. Anemiya
5. Gipotrofiya
6. Elektrolit buzilishlar

Asoratlari

- 1. Og‘ir malabsorbsiya
 - Kuchli ozish
 - Gipovitaminoz
 - Osteoporoz
- 2. Anemiya
 - Temir tanqisligi
 - B12 tanqisligi
- 3. Gipoproteinemiya
 - Shishlar
 - Assit
- 4. Immunitet pasayishi
 - Tez-tez infeksiyalar
- 5. Ichak disbiozi
- 6. Og‘ir hollarda:
 - Ichak parezi
 - Ichak tutilishi (kam)

15.8. Davolash

Dorilarsiz davolash usullari (konservativ usul)

Dorilarsiz davolash asosiy maqsadi — ichakni tinchlantirish va ovqat hazm qilishni yaxshilash.

A. Dieta va ovqatlanish:

- Olchami kichik, tez-tez ovqatlanish: kuniga 5–6 marta.
- Yumshoq va oson hazm bo‘ladigan taomlar:
 - Guruch, jo‘xori, qaynatilgan sabzavotlar.
 - Qaynatilgan tovuq yoki mol go‘shiti.
 - Non — to‘liq donli yoki oq non.
- Sut mahsulotlari: kam yog‘li kefir, yogurt.
- **Cheklanishi kerak:**
 - Qovurilgan, yog‘li, achchiq, konservalar, shirin gazli ichimliklar.
 - Spirtli ichimliklar va qahva.

B. Suv va elektrolit muvozanati:

- Kuniga kamida 1.5–2 litr suv ichish.
- Diareya yoki qusish bo‘lsa — rehidratsion eritmalar (Oral Rehydron kabi).

C. Probiyotiklar:

- Ichak mikroflorasini tiklash uchun: Lactobacillus, Bifidobacterium.

D. Hayot tarzi:

- Stressni kamaytirish.
- Yetarlicha uyqu va jismoniy faollik.

E. Dorilarsiz simptomatik yondashuv:

- Ichakni tinchlantiruvchi o'simliklar: kimyoviy qo'shimchasiz choylar (yovvoyi otash, romashka).
- Gaz va shishish uchun: fennel yoki zig'ir urug'i choyi.

Dorilar bilan davolash usullari

Dorilar faqat shifokor ko'rsatmasi bilan ishlatiladi va kasallik turiga qarab tanlanadi.

A. Antidiarrey dorilar:

- Loperamid — diareyani kamaytiradi.
- Smektit — ichak shilliq qavatini himoya qiladi, toksinlarni yutadi.

B. Antispazmodik dorilar:

- Drotaverin, No-shpa — qorin og'rig'ini kamaytiradi.

C. Antiinflamatuvar dorilar:

- Mesalazin, sulfasalazin — ichak yallig'lanishini kamaytiradi (asosan surunkali yallig'lanish kasalliklarida).

D. Antibiotiklar:

- Infeksiyon surunkali enteritlarda:
 - Ciprofloksacin, Rifaximin (faqat shifokor nazorati bilan).

E. Probiyotiklar va prebiotiklar:

- Lactobacillus, Bifidobacterium, Saccharomyces boulardii — ichak mikroflorasini tiklash.

F. Vitamin va mineral qo'shimchalar:

- Vitamin B, C, D, kaltsiy va temir yetishmovchiligi bo'lsa.

Dorilar bilan va dorilarsiz davolashni birlashtirish

- Dieta + probiyotiklar → ichak mikroflorasini tiklash.
- Antidiarrey va antispazmodiklar → simptomlarni tez kamaytirish.
- Anti-inflamatuvar dorilar → yallig'lanishni nazorat qilish.
- Vitamin va mineral qo'shimchalar → organizmning umumiy holatini yaxshilash.

5. Profilaktika

- Toza suv va oziq-ovqatdan foydalanish.
- Stressni kamaytirish.
- Ichak mikroflorasini qo'llab-quvvatlash (probiyotiklar).
- Ortiqcha antibiotik ishlatmaslik.

Surunkali enterit profilaktikasi – asosiy tamoyillar

A. Umumiy profilaktika

1. Ovqatlanish gigiyenasi:

- Foydalaniladigan oziq-ovqatlarni yaxshilab yuvish, pishirish va saqlash.
- Ishlatiladigan suv toza, zaharsiz bo‘lishi kerak.
- Pishmagan go‘sht, baliq va tuxumdan ehtiyotkorlik bilan foydalanish.

2. Shaxsiy gigiyena:

- Qo‘llarni ovqatdan oldin, hojatxonadan keyin yuving.
- Oshxona va oshxona anjomlarini toza saqlash.

3. Infektsiyalarni oldini olish:

- Ichak infeksiyalarini tezda aniqlash va davolash.
- Bolalar va kattalarda rotavirus, salmonella va boshqa bakterial infeksiyalarga qarshi emlashlar.

B. Ovqatlanish va parhez profilaktikasi

1. Ratsionni tartibga solish:

- Tuz va yog‘ni cheklash.
- Oziq-ovqatlarni kichik porsiyalarda, tez-tez iste‘mol qilish.
- Tuzli, achchiq, juda qovurilgan ovqatlarni kamaytirish.

2. Probiyotik va prebiotiklar:

- Sut mahsulotlari (yogurt, kefir) ichak mikroflorasini normallashtiradi.
- Sabzavot va mevalarda mavjud tolalar ichak peristaltikasini yaxshilaydi.

C. Dorivor profilaktika

1. **Sariq va yallig‘lanishga qarshi dorilar** faqat shifokor nazorati ostida.
2. **Bakterial enteritlar oldini olish uchun** antibiotiklarni nazoratsiz qabul qilmaslik.
3. **Vitamin va mineral qo‘shimchalar** bilan immunitetni mustahkamlash.

D. Hayot tarzi profilaktikasi

1. Stressni kamaytirish, uyquni normalizatsiya qilish.
2. Muntazam jismoniy faoliyat – ichak peristaltikasini qo‘llab-quvvatlaydi.
3. Sigaret va alkogoldan voz kechish.

E. Kasallikni erta aniqlash va dispanser nazorat

1. O‘zgarishlarni erta aniqlash – diareya, qorinda og‘riq, ko‘ngil aynishi.
2. Surunkali enteritga moyil bemorlar uchun profilaktik tibbiy ko‘rik:
 - Laborator tahlillar (gemogramma, biokimyo, fekal test)
 - Ichak endoskopiyasi zarur bo‘lsa
3. Dispanserizatsiya orqali kasallikning og‘irlashishining oldini olish.

XVI-BOB. SURUNKALI KOLITLAR. NOSPETSIFIK YARALI KOLIT.

16.1. Surunkali kolitlar (chronic colitis)

Surunkali kolit — yo‘g‘on ichak shilliq qavatining uzoq davom etuvchi (3 oydan ortiq) yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, remissiya va zo‘rayish davrlari bilan kechadi.

16.1.1. Epidemiologiya

- Surunkali kolit ichak kasalliklari orasida keng tarqalgan patologiya hisoblanadi.
- Ko‘proq 20–50 yosh oralig‘ida uchraydi.
- Ayollarda erkaklarga nisbatan biroz ko‘proq qayd etiladi.
- Rivojlangan mamlakatlarda yallig‘lanishli ichak kasalliklari (masalan, yarali kolit) ko‘proq uchraydi.
- Surunkali infeksiyon va alimantar kolitlar rivojlanayotgan hududlarda ko‘proq kuzatiladi.

Risk omillari:

- Notog‘ri ovqatlanish
- Stress
- Ichak infeksiyalari
- Antibiotiklarni nazoratsiz qabul qilish
- Immun tizim buzilishlari

16.1.2. Etiologiya (sabablari)

Surunkali kolit polietiologik kasallikdir:

◆ 1. Infeksiyon omillar

- Dizenteriya, salmonellyoz, kampilobakter infeksiyasi
- Ichak disbakteriozi

◆ 2. Autoimmun omillar

- Immun tizimning ichak shilliq qavatiga qarshi reaksiyasi
- Yarali kolit mexanizmi

◆ 3. Alimantar omillar

- Dag‘al, yog‘li, achchiq ovqatlar
- Ovqatlanish rejimining buzilishi

◆ 4. Toksik omillar

- Dori vositalari (NSAID, antibiotiklar)
- Surunkali zaharlanish

◆ 5. Ishemik omillar

- Ichak qon aylanishining buzilishi

16.1.3. Patogenezi

1. Shilliq qavat zararlanishi
2. Yallig‘lanish mediatorlari ajralishi
3. Shilliq qavat regeneratsiyasining buzilishi
4. Ichak peristaltikasining o‘zgarishi
5. Sekretor va so‘rilish funksiyasining buzilishi

Natijada:

- Ich ketish yoki qabziyat
- Meteorizm
- Og‘riq sindromi
- Malabsorbsiya

Autoimmun shakllarda sitokinlar va immun komplekslar asosiy rol o‘ynaydi.

16.1.4. Tasnifi

1. Etiologiyasiga ko‘ra:

- Infeksion
- Noinfeksion
- Autoimmun (yarali kolit)
- Ishemik
- Toksik

2. Morfologik:

- Kataral
- Atrofik
- Yarali
- Eroziv

3. Klinik kechishiga ko‘ra:

- Remissiya davri
- Zo‘rayish davri

4. Og‘irlik darajasi:

- Yengil
- O‘rtacha
- Og‘ir

16.1.5. Asosiy shikoyatlar

◆ Og‘riq

- Qorin pastki qismida
- Ko‘proq chap yonbosh sohada
- Defekatsiyadan keyin kamayadi

◆ Ich buzilishi

- Ich ketish (kuniga 3–10 marta)
- Qabziyat

- Ich ketish va qabziyat almashinuvi
- ◆ Najasdagi o'zgarishlar
 - Shilliq
 - Qon
 - Yiring (og'ir shaklda)
- ◆ Meteorizm
 - Qorin dam bo'lishi
- ◆ Umumiy simptomlar
 - Holsizlik
 - Ishtaha pasayishi
 - Ozib ketish
 - Subfebril harorat

16.1.6. Fizikal baholash

Ko'rik:

- Bemor ozg'in bo'lishi mumkin
- Teri oqarishi (anemiya)

Palpatsiya:

- Yo'g'on ichak bo'ylab og'riq
- Spastik qisqarish
- Sigmasimon ichak sohasida sezuvchanlik

Perkussiya:

- Meteorizm

Rektal tekshiruv:

- Shilliq va qon aniqlanishi mumkin

16.1.7. Differensial diagnostika

Surunkali kolitni quyidagilardan farqlash kerak:

- Yo'g'on ichak o'smalari
- Kron kasalligi
- Irritabil ichak sindromi
- Ichak sil kasalligi
- Parazitar kasalliklar

Instrumental usullar:

- Kolonoskopiya
- Biopsiya
- Koprogramma
- Najasda yashirin qon
- UTT
- KT

16.1.8. Oqibati va asoratlari

Oqibati:

- Uzoq remissiya
- Surunkali kechish

Asoratlari:

- Ichak qon ketishi
- Perforatsiya
- Ichak torayishi
- Toksik megakolon
- Anemiya
- Malabsorbsiya
- Yo‘g‘on ichak saratoni (uzoq davom etgan yarali kolitda)

16.1.9. Davolash

1. Parhez (Dietoterapiya)

- Mexanik va kimyoviy tejoychi dieta
- Yog‘li va achchiq ovqatlar taqiqlanadi
- Tolali ovqatlar individual belgilanadi
- 4–5 mahal ovqatlanish

2. Medikamentoz davolash

▣ *Yallig‘lanishga qarshi:*

- 5-ASA preparatlari (mesalazin)

▣ *Antibiotiklar:*

- Metronidazol
- Siprofloksasin

▣ *Spazmolitiklar:*

- Drotaverin
- Papaverin

▣ *Probiotiklar:*

- Laktobakteriyalar
- Bifidobakteriyalar

▣ *Fermentlar:*

- Pankreatin

▣ *Immunosuppressivlar (autoimmun shaklda):*

- Kortikosteroidlar
- Azatioprin

3. Fizioterapiya

- Issiq muolajalar
- Elektroforez

4. Jarrohlik davolash

Og‘ir asoratlarda:

- Perforatsiya
- Qon ketishi
- Toksik megakolon

Xulosa qiladigan bo'lsak, Surunkali kolit — ko'p omilli, uzoq davom etuvchi ichak kasalligi bo'lib, klinik jihatdan og'riq, ich buzilishi va umumiy intoksikatsiya bilan namoyon bo'ladi. O'z vaqtida diagnostika va kompleks davolash remissiyaga erishishda muhim ahamiyatga ega.

16.2. NOSPETSIFIK YARALI KOLIT (NYK)

(ulcerative colitis)

16.2.1. Epidemiologiya

Nospetsifik yarali kolit – yo'g'on ichakning surunkali, qaytalanuvchi yallig'lanish kasalligi.

- Ko'proq 20–40 yosh oralig'ida uchraydi.
- Ikkinchi cho'qqi: 55–65 yosh.
- Ayol va erkaklarda deyarli teng uchraydi.
- Yevropa va Shimoliy Amerikada ko'proq (100 ming aholiga 50–250 ta holat).
- Oxirgi yillarda Osiyo davlatlarida, jumladan O'zbekistonda ham oshib bormoqda.
- Shahar aholisi qishloq aholiga nisbatan ko'proq kasallanadi.

NYK va Crohn kasalligi birgalikda yallig'lanishli ichak kasalliklari (IBD) guruhiga kiradi.

16.2.2. Etiologiya (Sabablari)

Aniq sababi noma'lum, ammo quyidagi omillar muhim:

1 Genetik omillar

- Oilaviy moyillik mavjud
- Autoimmun mexanizm bilan bog'liq genlar aniqlangan

2 Immunologik omillar

- Ichak shilliq qavatiga qarshi autoimmun javob
- T-limfotsitlar faollashuvi
- Yallig'lanish mediatorlari (IL-1, IL-6, TNF- α)

3 Atrof-muhit omillari

- Stress
- Ratsion (kam tolali ovqat)
- Infeksiyalar
- Antibiotiklarni ko'p qo'llash

4 Ichak mikrobiotasining buzilishi

16.2.3. Patogenezi

1. Ichak shilliq qavatida immun tizim faollashadi
2. Sitokinlar ajraladi
3. Shilliq qavatda yallig'lanish va eroziya paydo bo'ladi

4. Yaralar (ulceratsiya) hosil bo‘ladi
 5. Qon ketish va shilliq ajralishi yuzaga keladi
- NYK faqat shilliq va shilliq osti qavatni zararlaydi (transmural emas – bu jihati bilan Crohn kasalligidan farq qiladi).
- Jarayon odatda to‘g‘ri ichakdan boshlanib yuqoriga tarqaladi.

16.2.4. Tasnifi

A) Zararlanish hajmiga ko‘ra:

1. Proktit (faqat to‘g‘ri ichak)
2. Proktosigmoidit
3. Chap tomonlama kolit
4. Total kolit (pankolit)








B) Og‘irlik darajasiga ko‘ra:

Yengil	O‘rta	Og‘ir
Kuniga <4 marta ich ketish	4–6 marta	>6 marta
Kam qon	O‘rtacha qon	Ko‘p qon
Intoksikatsiya yo‘q	Subfebril	Isitma, taxikardiya

C) Klinik kechishiga ko‘ra:

- Surunkali qaytalanuvchi
- Surunkali uzluksiz
- O‘tkir fulminant

16.2.5. Asosiy shikoyatlar

-  Qon aralash ich ketish
-  Shilliq ajralishi
-  Qorinning pastki qismida og‘riq
-  Tenesmlar (soxta ich kelish hissi)
-  Holsizlik
-  Ozib ketish
-  Isitma (og‘ir holatda)


Og‘ir shaklda:

- Anemiya
- Suvsizlanish
- Elektrolit buzilishi

16.2.6. Fizikal baholash

 Umumiy ko‘rik:

- Teri oqarishi (anemiya)
- Ozib ketish
- Subfebril harorat

 Qorin ko‘rigi:

- Pastki qismda og‘riq
- Spastik ichak

- Og‘ir holatda meteorizm
- 🔍 Rektal tekshiruv:
 - Qon va shilliq aniqlanishi
- 🔍 Ichakdan tashqari belgilar:
 - Artrit
 - Eritema nodosum
 - Ko‘z yallig‘lanishi
 - Jigar zararlanishi (masalan, Birlamchi sklerozlovchi xolangit)

16.2.7. Differensial diagnostika

NYKni quyidagilardan farqlash kerak:

1. Crohn kasalligi
2. Infekzion kolit (salmonella, shigella)
3. Ichak sil kasalligi
4. Ishemik kolit
5. Irritabl ichak sindromi
6. Yo‘g‘on ichak saratoni

Asosiy tekshiruv:

- Kolonoskopiya
- Biopsiya
- Najas tahlili
- Qon tahlili (CRP, ESR)

16.2.8. Oqibati va asoratlari

⚠️ *Ichak ichidagi asoratlari:*

- Kuchli qon ketish
- Toksik megakolon
- Ichak perforatsiyasi
- Striktura
- Yo‘g‘on ichak saratoni (uzoq davom etsa)

⚠️ *Ichakdan tashqari:*

- Artrit
- Teri kasalliklari
- PSC (birlamchi sklerozlovchi xolangit)
- Tromboz

Fulminant shaklda o‘lim xavfi yuqori.

16.2.8. Davolash

Davolash maqsadi: remissiyaga erishish va uni saqlash.

📖 1 *Yengil va o‘rta og‘ir shakl*

- 5-ASA preparatlari (mesalazin)
- Sulfasalazin
- Rektal sham va klizma

📖 2 *O‘rta va og‘ir shakl*

- Kortikosteroidlar (prednizolon)
- Budesonid

❖ 3 Og'ir va rezistent shakl

- Immunosupressantlar (azatioprin)
- Biologik terapiya:
 - Anti-TNF preparatlar (infiximab)
 - Anti-integrinlar
 - Anti-IL preparatlar

❖ 4 Jarrohlik davolash

Ko'rsatmalar:

- Toksik megakolon
- Perforatsiya
- Kuchli qon ketish
- Dori samarasizligi
- Saraton xavfi

Operatsiya: total kolektomiya.

Parhez va hayot tarzi

- ✓ Yog'li, achchiq ovqatlardan saqlanish
- ✓ Ko'proq oqsil
- ✓ Stressni kamaytirish
- ✓ Temir preparatlari (anemiya bo'lsa)
- ✓ Vitamin D, folat

Shunday qilib, nospetsifik yarali kolit — surunkali autoimmun kasallik bo'lib, yo'g'on ichakni zararlaydi. To'liq tuzalish deyarli mumkin emas, ammo to'g'ri davolash bilan uzoq muddatli remissiyaga erishish mumkin. Vaqtida tashxis qo'yish va nazorat qilish yo'g'on ichak saratonining oldini olishda muhim.

16.2.9. Surunkali kolitlar va nospetsifik yarali kolitlarning profilaktikasi

Surunkali kolitlar — yo'g'on ichakning uzoq davom etuvchi yallig'lanish kasalliklari bo'lib, ular ichak faoliyatining buzilishi, og'riq va ich ketish bilan namoyon bo'ladi. Ularning ichida eng muhim va og'ir shakllardan biri nospetsifik yarali kolit (NYK) bo'lib, u yallig'lanishli ichak kasalliklari guruhiga kiradi va Kron kasalligi bilan bir qatorda uchraydi.

Profilaktika ikki turga bo'linadi:

- **Birlamchi profilaktika** – kasallik rivojlanishining oldini olish
- **Ikkilamchi profilaktika** – qaytalanish va asoratlarning oldini olish

Quyida har ikki tur batafsil yoritiladi.

◆ I. Surunkali kolitlarning birlamchi profilaktikasi

Surunkali kolitlar ko'pincha o'tkir ichak infeksiyalari, noto'g'ri ovqatlanish yoki ichak mikroflorasining buzilishi natijasida rivojlanadi. Shuning uchun birlamchi profilaktika quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1 Ratsional ovqatlanish

- Oziq-ovqat tarkibida yetarli miqdorda **kletchatka (tolalar)** bo'lishi
- Juda achchiq, yog'li, dudlangan mahsulotlarni cheklash
- Tez tayyorlanadigan va kimyoviy qo'shimchali ovqatlardan saqlanish
- Konservant va bo'yoqlarga boy mahsulotlarni kamaytirish
- Ichimlik suvi tozaligiga e'tibor berish

2 Ichak infeksiyalarining oldini olish

- Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish
- Sabzavot va mevalarni yaxshilab yuvish
- Shubhali oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilmaslik
- O'tkir ichak infeksiyalarini to'liq davolash

O'tkir dizenteriya, salmonellyoz va boshqa infeksiyalar to'liq davolanmasa, keyinchalik surunkali kolitga o'tishi mumkin.

3 Ichak mikrobiotasini saqlash

- Antibiotiklarni faqat shifokor tavsiyasi bilan qabul qilish
- Keraksiz dori iste'molidan saqlanish
- Probiotik va prebiotiklarni qo'llash

4 Stressni kamaytirish

Surunkali stress ichak harakatini buzadi va yallig'lanishni kuchaytiradi. Shuning uchun:

- Mehnat va dam olish rejimini to'g'ri tashkil qilish
- Yetarli uyqu
- Psixoemotsional zo'riqishni kamaytirish

◆ II. Nospetsifik yarali kolitning birlamchi profilaktikasi

NYKning aniq sababi noma'lum bo'lgani sababli to'liq oldini olish qiyin. Ammo xavf omillarini kamaytirish mumkin:

- Immun tizimni mustahkamlash
- Sog'lom ovqatlanish
- Stressni kamaytirish
- O'tkir ichak kasalliklarini vaqtida davolash
- Autoimmun kasalliklarga moyil shaxslarda gastroenterolog nazorati

Genetik moyillik mavjud bo'lgan shaxslarda profilaktik kuzatuv muhim ahamiyatga ega.

◆ III. Ikkilamchi profilaktika (Qaytalanishning oldini olish)

Bu ayniqsa NYKda muhim, chunki kasallik qaytalanuvchi kechadi.

1 Remissiyani saqlab turish

- Shifokor belgilagan 5-ASA preparatlarini muntazam qabul qilish

- O‘z bilganicha dorini to‘xtatmaslik
- Doimiy nazorat kolonoskopiyasi

2 Parhezga rioya qilish

Remissiya davrida:

- Oqsilga boy ovqat
- Yetarli suyuqlik
- Achchiq, spirtli ichimliklardan voz kechish

Zo‘rayish davrida:

- Mexanik va kimyoviy jihatdan tejoychi parhez
- Dag‘al tolalarni vaqtincha kamaytirish

3 Infeksiyalarni oldini olish

NYK bilan og‘rigan bemorlarda immunitet pasaygan bo‘lishi mumkin.

Shuning uchun:

- Gripp va boshqa infeksiyalarni vaqtida davolash
- Zarurat bo‘lsa, emlash masalasini ko‘rib chiqish

4 Ichak saratoni profilaktikasi

Uzoq davom etuvchi NYK yo‘g‘on ichak saratoni xavfini oshiradi.

Shuning uchun:

- Kasallik 8–10 yildan oshgach, muntazam kolonoskopik skrining
- Biopsiya orqali displazi nazorati
- Shubhali o‘zgarishlarda jarrohlik ko‘rib chiqiladi

◆ IV. Asoratlarning profilaktikasi

NYK va surunkali kolitlarda quyidagi asoratlarning oldini olish zarur:

⚠ Toksik megakolon

- Og‘ir zo‘rayishda tezkor shifoxonaga yotqizish

⚠ Qon ketish

- Anemiyani nazorat qilish
- Temir preparatlari

⚠ Tromboz

- Harakatsiz qolmaslik
- Zaruratda antikoagulyant nazorat

⚠ Birlamchi sklerozlovchi xolangit

NYK bilan bog‘liq jigar asorati bo‘lib, u Birlamchi sklerozlovchi xolangit nomi bilan ma‘lum.

- Jigar fermentlarini muntazam tekshirish

- UTT va laborator nazorat

◆ V. Dispanser nazorat

Surunkali kolit va NYK bilan og‘rigan bemorlar:

- 6 oyda 1 marta gastroenterolog ko‘rigi
- Yiliga kamida 1 marta umumiy qon tahlili
- CRP, ESR nazorati
- Zaruratga ko‘ra kolonoskopiya

Xulosa qilsak, surunkali kolitlar va nospetsifik yarali kolitlarning profilaktikasi ko‘p bosqichli yondashuvni talab qiladi. Birlamchi profilaktika sog‘lom turmush tarziga asoslanadi, ikkilamchi profilaktika esa kasallik qaytalanishini va og‘ir asoratlarni oldini olishga qaratilgan. Eng muhim jihat — bemorning doimiy tibbiy nazoratda bo‘lishi va shifokor tavsiyalariga qat’iy rioya qilishi.

ICHKI KASALLILAR FANIDAN (PULMONOLOGIYA VA GASTRAENTEROLOGIYA) SAVOLLAR VA JAVOBLAR

□ PULMONOLOGIYA (1–100)

1. O'pka ventilyatsiyasi nima?
2. Tashqi nafas olish bosqichlari qaysilar?
3. Nafas yetishmovchiligi turlari?
4. O'tkir nafas yetishmovchiligi sabablari?
5. Bronxial astma etiologiyasi?
6. Bronxial astma patogenezi?
7. Bronxial astmaning klinik belgilari?
8. Astmatik status nima?
9. KOAH nima?
10. KOAH etiologiyasi?
11. KOAHda spirometriya ko'rsatkichi?
12. Surunkali bronxit mezonlari?
13. O'tkir bronxit belgilari?
14. Zotiļjam (pnevmoniya) tasnifi?
15. Jamiyatdan orttirilgan pnevmoniya qo'zg'atuvchilari?
16. Gospital pnevmoniya nima?
17. Pnevmoniyada perkussiya o'zgarishi?
18. Pnevmoniyada auskultatsiya belgisi?
19. Plevrit nima?
20. Quruq plevrit belgilari?
21. Ekssudativ plevrit sabablari?
22. O'pka absessi nima?
23. O'pka gangrenasi nima?
24. Bronxoektaz kasalligi nima?
25. Qon tuflash (gemoptiziya) sabablari?
26. O'pka silining asosiy belgilari?
27. Sil diagnostikasi usullari?
28. Tuberkulin sinamasi nima?
29. O'pka emboliyasi sabablari?
30. O'pka emboliyasi klinikasi?
31. O'pka raki xavf omillari?
32. O'pka raki belgilari?
33. Restriktiv nafas buzilishi nima?
34. Obstruktiv nafas buzilishi nima?
35. Arterial qon gazlari normasi?
36. Gipoksemiya nima?
37. Giperkapniya nima?
38. Pnevmotoraks nima?
39. Spontan pnevmotoraks sabablari?
40. Hidrotoraks nima?
41. Xilotoraks nima?
42. Bronxoskopiya maqsadi?
43. Spirometriya nima?
44. O'pkaning tiriklik sig'imi?
45. FEV1 nima?
46. Nafas markazi qayerda?
47. Cheyne-Stokes nafasi nima?
48. Kussmaul nafasi nima?
49. Surunkali respirator asidoz sababi?
50. O'tkir respirator alkaloz sababi?
51. ARDS nima?
52. ARDS sabablari?
53. KOAH davolash asoslari?
54. Astmada birinchi yordam?
55. Pnevmoniya antibiotik tanlash prinsipi?
56. Sil davolash prinsipi?
57. O'pka shishi sabablari?
58. O'pka shishining klinikasi?
59. Surfactant vazifasi?
60. Interstitsial o'pka kasalligi nima?
61. Sarkoidoz nima?
62. Bronxial spazm nima?
63. Nafas olish tezligi normasi?
64. Giperpnoe nima?
65. Apnoe nima?
66. O'pka fibroz sababi?
67. Plevral punksiya maqsadi?
68. Empiema nima?
69. O'pka sili asoratlari?

70. Astmada allergik mexanizm?
71. Eozinofiliya nimani ko'rsatadi?
72. O'pka ventilyatsiya-perfuziya buzilishi?
73. Pulmonal gipertenziya sababi?
74. Cor pulmonale nima?
75. Surunkali yo'tal sabablari?
76. Nafas yetishmovchiligi I daraja belgisi?
77. II daraja?
78. III daraja?
79. O'pka rentgenografiya maqsadi?
80. KT qachon qo'llanadi?
81. O'pka metastazlari?
82. Atelaktaz nima?
83. Atelaktaz sabablari?
84. Bronxiolit nima?
85. O'pka infarkti nima?
86. Plevral ishqalanish shovqini?
87. Inspirator dispnoe sababi?
88. Ekspirator dispnoe sababi?
89. Mixed dispnoe?
90. Mukolitiklar misoli?
91. Bronxolitiklar misoli?
92. Inhalyasion GKS misoli?
93. Silga qarshi asosiy dorilar?
94. Pnevmoniyada ESR o'zgarishi?
95. Leukoqitoz nimani bildiradi?
96. CRP nimani ko'rsatadi?
97. D-dimer qachon oshadi?
98. O'pka emboliyasida EKG o'zgarishi?
99. O'pka rakida biopsiya ahamiyati?
100. Spirometriyada reversibil test nima?
- 📖 GASTROENTEROLOGIYA (101–200)**
101. Oshqozon sekretsiyasi fazalari?
102. Gastrit tasnifi?
103. O'tkir gastrit sababi?
104. Surunkali gastrit etiologiyasi?
105. Helicobacter pylori roli?
106. Oshqozon yara kasalligi sababi?
107. 12 barmoq ichak yarasi belgisi?
108. Yara asoratlari?
109. Qon ketish belgisi?
110. Melena nima?
111. Qizilo'ngach varikoz kengayishi sababi?
112. GERD nima?
113. GERD belgilari?
114. Ezofagit nima?
115. Disfagiya sababi?
116. Oshqozon raki xavf omili?
117. O'tkir pankreatit sababi?
118. O'tkir pankreatit belgisi?
119. Surunkali pankreatit sababi?
120. Amilaza qachon oshadi?
121. Jigar funksiyalari?
122. Gepatit A yuqish yo'li?
123. Gepatit B yuqish yo'li?
124. Gepatit C xavfi?
125. Sariqlik turlari?
126. Parenximatoz sariqlik?
127. Mexanik sariqlik sababi?
128. Jigar sirrozi sababi?
129. Sirroz asoratlari?
130. Portal gipertenziya nima?
131. Assit sababi?
132. Gepatik ensefalopatiya nima?
133. ALT nimani ko'rsatadi?
134. AST nimani ko'rsatadi?
135. Bilirubin normasi?
136. Ishqoriy fosfataza qachon oshadi?
137. Xolesistit sababi?
138. O't toshi sababi?
139. Charcot triadasi?
140. Ich ketish sababi?
141. Qabziyat sababi?
142. Kolit nima?

143. Yiringli kolit
qo‘zg‘atuvchisi?
144. Kron kasalligi nima?
145. Yarali kolit nima?
146. IBS nima?
147. Malabsorbsiya sindromi?
148. Celiakiya nima?
149. Laktaza
yetishmovchiligi?
150. Qorin og‘rig‘i
differensial?
151. Peritonit nima?
152. Ichak tutilishi sababi?
153. Qorin bo‘shlig‘i UTT
maqsadi?
154. Endoskopiya maqsadi?
155. Biopsiya qachon olinadi?
156. H. pylori diagnostikasi?
157. PPI misoli?
158. Antasid misoli?
159. Spazmolitik misoli?
160. Ferment preparat misoli?
161. Prokinetik misoli?
162. Gepatoprotektor misoli?
163. Sirrozda dieta?
164. Pankreatit dieta?
165. O‘t yo‘llari
diskineziyasi?
166. Xolangit nima?
167. Qonli ich ketish sababi?
168. Tenesmus nima?
169. Anoreksiya sababi?
170. Qusish markazi qayerda?
171. Kofe qusish nimani
bildiradi?
172. O‘tkir gepatit belgilari?
173. Surunkali gepatit
mezoni?
174. Jigar biopsiyasi qachon?
175. Sirroz bosqichlari?
176. Child-Pugh shkalasi
nima?
177. Ascit davosi?
178. Varikozdan qon ketish
davosi?
179. Pankreatit asoratlari?
180. Psevdo-kista nima?
181. Steatorreya nima?
182. Qandli diabet va
pankreas bog‘liqligi?
183. Xolestaz nima?
184. ALP oshishi sababi?
185. GGT oshishi sababi?
186. O‘t qopchasi
empiyemasi?
187. Kolonoskopiya maqsadi?
188. Ichak polipi?
189. Kolorektal rak xavfi?
190. FOB testi nima?
191. IBS diagnostikasi?
192. Celiakiyada antitana?
193. Pankreatitda lipaza?
194. Gepatit markerlari?
195. HAV IgM nimani
bildiradi?
196. HBsAg nimani bildiradi?
197. Anti-HCV nimani
bildiradi?
198. AFP nimada oshadi?
199. Sirrozda splenomegaliya
sababi?
200. Jigar transplantatsiyasi
ko‘rsatkichi?
- ✓ JAVOBLAR (Qisqa va aniq)**
1. O‘pkaga havo kirib-chiqishi jarayoni
 2. Ventilyatsiya, diffuziya, perfuziya
 3. O‘tkir, surunkali
 4. Astma, pnevmoniya, emboliya
 5. Allergiya
 6. Bronxospazm, yallig‘lanish
 7. Hansirash, xirillash
 8. Davoga javob bermas xuruj
 9. Surunkali obstruktiv kasallik
 10. Chekish
 11. FEV1 pasayishi
 12. 2 yil, 3 oy yo‘tal
 13. Yo‘tal, balg‘am
 14. O‘tkir, surunkali

15. Pnevmonokokk
16. Shifoxonada rivojlanadi
17. Toʻmtuqlik
18. Nam xirillash
19. Plevra yalligʻlanishi
20. Ogʻriq
21. Sil, pnevmoniya
22. Yiringli boʻshliq
23. Nekroz
24. Bronx kengayishi
25. Sil, rak
26. Yoʻtal, kechki terlash
27. Rentgen, balgʻam
28. Allergik test
29. Tromboz
30. Toʻsatdan hansirash
31. Chekish
32. Yoʻtal
33. Oʻpka kengaya olmasligi
34. Havo chiqishi qiyin
35. pH 7.35–7.45
36. O₂ kamayishi
37. CO₂ oshishi
38. Plevrada havo
39. Bullalar
40. Suyuqlik
41. Limfa
42. Diagnostika
43. Nafas hajmini oʻlchash
44. VC
45. Majburiy chiqarish hajmi
46. Uzunchoq miya
47. Toʻlqinsimon
48. Chuqur tez
49. KOAH
50. Giperventilyatsiya
51. Oʻtkir distress
52. Sepsis
53. Bronxolitik
54. Salbutamol
55. Empirik
56. Kombinatsiya
57. Yurak yetishmovchiligi
58. Koʻpikli balgʻam
59. Alveola ochiq tutadi
60. Interstitsiya zararlanishi
61. Granulomatoz
62. Bronx torayishi
63. 16–20
64. Tez nafas
65. Nafas yoʻq
66. Yalligʻlanish
67. Diagnostik
68. Yiring
69. Kavernalar
70. IgE
71. Allergiya
72. Nisbatsizlik
73. KOAH
74. Oʻng yurak kengayishi
75. KOAH, GERD
76. Hansirash yuklamada
77. Tinchda
78. Sianoz
79. Infiltrat
80. Murakkab holatda
81. Ikki tomonlama tugun
82. Oʻpka soʻnishi
83. Obstruksiya
84. Mayda bronx yalligʻlanishi
85. Nekroz
86. Qarsillash
87. Laringeal
88. Astma
89. KOAH
90. Ambroksol
91. Salbutamol
92. Beklometazon
93. Isoniazid
94. Oshadi
95. Yalligʻlanish
96. Yalligʻlanish
97. Emboliyada
98. S1Q3T3
99. Tasdiqlaydi
100. Bronxolitikdan keyin tekshiruv
101. Sefalik, gastrik, intestinal
102. Oʻtkir, surunkali
103. NSAID

- | | | | |
|------|---------------------------------|------|----------------------------|
| 104. | H. pylori | 147. | So‘rilish buzilishi |
| 105. | Yara chaqiradi | 148. | Gluten intoleransi |
| 106. | Kislota | 149. | Sut hazm bo‘lmasligi |
| 107. | Och qoringa og‘riq | 150. | Ko‘p sabab |
| 108. | Perforatsiya | 151. | Qorin parda yallig‘lanishi |
| 109. | Qusish | 152. | Obstruksiya |
| 110. | Qora najas | 153. | Diagnostika |
| 111. | Portal gipertenziya | 154. | Ko‘rish |
| 112. | Reflyuks | 155. | O‘sma gumoni |
| 113. | Jig‘ildon qaynashi | 156. | Nafas testi |
| 114. | Qizilo‘ngach
yallig‘lanishi | 157. | Omeprazol |
| 115. | O‘sma | 158. | Almagel |
| 116. | Atrofik gastrit | 159. | Drotaverin |
| 117. | Spirt | 160. | Pankreatin |
| 118. | Kuchli og‘riq | 161. | Metoklopramid |
| 119. | Spirt | 162. | Essentiale |
| 120. | Pankreatit | 163. | Tuz kamaytirish |
| 121. | Detoksikatsiya | 164. | Yog‘siz |
| 122. | Fekal-oral | 165. | Funksional |
| 123. | Qon | 166. | O‘t yo‘li yallig‘lanishi |
| 124. | Surunkalikka o‘tadi | 167. | Yarali kolit |
| 125. | 3 tur | 168. | Soxta chaqiriq |
| 126. | Jigar shikastlanishi | 169. | O‘sma |
| 127. | Tosh | 170. | Uzunchoq miya |
| 128. | Spirt | 171. | Qon ketish |
| 129. | Assit | 172. | Sariqlik |
| 130. | Portal bosim oshishi | 173. | 6 oy |
| 131. | Portal gipertenziya | 174. | Tashxis uchun |
| 132. | Miya zaharlanishi | 175. | Kompensatsiya |
| 133. | Gepatotsit | 176. | Prognoz |
| 134. | Nekroz | 177. | Diuretik |
| 135. | 8–20 mkmol/l | 178. | Ligatsiya |
| 136. | Xolestaz | 179. | Nekroz |
| 137. | Tosh | 180. | Kista |
| 138. | Xolesterin | 181. | Yog‘li najas |
| 139. | Og‘riq, isitma, sariqlik | 182. | Insulin kamayadi |
| 140. | Infeksiya | 183. | O‘t turib qolishi |
| 141. | Kam harakat | 184. | Xolestaz |
| 142. | Yo‘g‘on ichak
yallig‘lanishi | 185. | O‘t yo‘li |
| 143. | Shigella | 186. | Yiring |
| 144. | Granulomatoz | 187. | Ichak ko‘rish |
| 145. | Shilliq qavat yara | 188. | O‘sma oldi |
| 146. | Funksional | 189. | Polip |
| | | 190. | Yashirin qon |
| | | 191. | Rim mezoni |

- | | | | |
|------|----------------|------|------------------|
| 192. | Anti-tTG | 197. | C infeksiya |
| 193. | Oshadi | 198. | Gepatoma |
| 194. | Serologik test | 199. | Portal bosim |
| 195. | O'tkir A | 200. | Terminal bosqich |
| 196. | B infeksiya | | |

ICHKI KASALLILAR FANIDAN (PULMONOLOGIYA VA GASTRAENTERALOGIYA) TEST SAVOLLAR VA JAVOBLAR

PULMONOLOGIK TESTLAR

1. Qaysi kasallik surunkali quruq yo‘tal bilan tavsiflanadi?

- A) O‘pka emboliyasi
- B) Surunkali bronxit
- C) Pnevmoniya
- D) O‘pka absesi

Javob: B) Surunkali bronxit

2. Astma kasalligida qaysi simptom eng xarakterlidir?

- A) O‘pka fibrozasi
- B) Nafas qisishi va xiralashgan nafas
- C) Surunkali yo‘tal
- D) Qonli balg‘am

Javob: B) Nafas qisishi va xiralashgan nafas

3. Pnevmotoraks nima?

- A) O‘pkada shamollash
- B) O‘pka va pleura orasida havo to‘planishi
- C) O‘pkada suv to‘planishi
- D) Surunkali bronxitning asorati

Javob: B) O‘pka va pleura orasida havo to‘planishi

4. O‘pka fibrozasi qaysi belgilar bilan boshlanadi?

- A) Katta qon yo‘qotish
- B) Surunkali quruq yo‘tal va nafas qisishi
- C) Kuchli bosh og‘rig‘i
- D) Ko‘krak og‘rig‘i bilan yuqori harorat

Javob: B) Surunkali quruq yo‘tal va nafas qisishi

5. Ekssudativ plevritda pleura suvi qanday xususiyatga ega bo‘ladi?

- A) Suv shaffof, kam miqdorda
- B) Qonli yoki oq rangli, ko‘p miqdorda
- C) Nafas qisishi bilan bog‘liq bo‘lmagan
- D) Quruq

Javob: B) Qonli yoki oq rangli, ko‘p miqdorda

6. Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi (SO‘PK) eng ko‘p qanday belgi bilan namoyon bo‘ladi?

- A) Surunkali yo‘tal va balg‘am ajralishi
- B) Qon qusish
- C) Kuchli bosh og‘rig‘i
- D) Mushaklarda og‘riq

Javob: A) Surunkali yo‘tal va balg‘am ajralishi

7. Qaysi kasallik o‘pka arteriyasining tromboemboliyasiga olib keladi?

- A) Surunkali bronxit
- B) Astma

- C) Yurak yetishmovchiligi yoki venoz tromboz
- D) Pnevmotoraks

Javob: C) Yurak yetishmovchiligi yoki venoz tromboz

8. O'pka tuberkulyozida asosiy simptom nima?

- A) Kuchli ko'krak og'rig'i
- B) Surunkali yo'tal, ba'zan qonli balg'am
- C) Tez charchash
- D) Qon qusish bo'lmaydi

Javob: B) Surunkali yo'tal, ba'zan qonli balg'am

9. Qaysi usul bilan astma diagnozi ko'pincha tasdiqlanadi?

- A) Rentgenografiya
- B) Spirometriya
- C) Tomografiya
- D) Laborator qon tekshiruvi

Javob: B) Spirometriya

10. Akut pnevmoniya davrida qaysi belgi ko'proq uchraydi?

- A) Surunkali yo'tal
- B) Qattiq ko'krak og'rig'i, yuqori harorat
- C) Nafas qisishi va surunkali balg'am
- D) O'pkada fibroz

Javob: B) Qattiq ko'krak og'rig'i, yuqori harorat

11. O'pka emboliyasini tez aniqlash uchun qaysi test ishlatiladi?

- A) Spirometriya
- B) D-dimer testi
- C) Rentgen faqat
- D) Balzam bilan tekshirish

Javob: B) D-dimer testi

12. Surunkali bronxitda qaysi o'zgarish kuzatiladi?

- A) Nafas qisishi faqat tungi vaqtlarda
- B) Yo'tal har kuni, balg'am ajralishi bilan
- C) O'pkada havo yetishmovchiligi yo'q
- D) Faqat isitma bilan namoyon bo'ladi

Javob: B) Yo'tal har kuni, balg'am ajralishi bilan

13. Qaysi kasallik o'pka kapillyarlari va alveolalarni shikastlaydi, surunkali nafas yetishmovchiligiga olib keladi?

- A) O'pka fibrozasi
- B) Pnevmotoraks
- C) Astma
- D) Bronxit

Javob: A) O'pka fibrozasi

14. Pleural effuziya eng ko'p qaysi kasallik bilan bog'liq?

- A) Surunkali bronxit
- B) Yurak yetishmovchiligi yoki infeksiya

C) Astma

D) O'pka fibrozasi

Javob: B) Yurak yetishmovchiligi yoki infektsiya

15. Qaysi kasallikda "barrel chest" (barrel ko'krak) ko'rinishi paydo bo'ladi?

A) Astma

B) Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'PK)

C) Pnevmotoraks

D) O'pka fibrozasi

Javob: B) Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SO'PK)

16. O'tkir bronxitda qaysi simptom tez-tez uchraydi?

A) Quruq yo'tal, ba'zan balg'am bilan

B) Qon qusish

C) Surunkali nafas yetishmovchiligi

D) O'pkada fibroz

Javob: A) Quruq yo'tal, ba'zan balg'am bilan

17. Astma krizini davolashda qaysi dori birinchi tanlov hisoblanadi?

A) Antibiotiklar

B) Kortikosteroidlar inhalyatsiya shaklida

C) Antikoagulyantlar

D) Diuretiklar

Javob: B) Kortikosteroidlar inhalyatsiya shaklida

18. Surunkali obstruktiv o'pka kasalligida qaysi o'zgarish radiografiyada ko'rinadi?

A) O'pka hajmining oshishi, diafragma pastlashishi

B) Qattiq qon to'planishi

C) Pleura shishishi

D) Pulmonar arteriya torayishi

Javob: A) O'pka hajmining oshishi, diafragma pastlashishi

19. Pnevmotoraksda eng xavfli belgi qaysi?

A) Nafas qisishi va ko'krak og'rig'i

B) Yengil yo'tal

C) Surunkali quruq yo'tal

D) Balg'am ajralmasligi

Javob: A) Nafas qisishi va ko'krak og'rig'i

20. Qaysi kasallikda pleura suyagining yallig'lanishi kuzatiladi?

A) Pleural effuziya

B) Plevrit

C) Surunkali bronxit

D) Astma

Javob: B) Plevrit

21. O'pka absesi odatda qanday infektsiya natijasida yuzaga keladi?

A) Viral infektsiya

B) Bakterial infektsiya, asosan anaerob bakteriyalar

C) Allergiya

D) Qon tomir kasalligi

Javob: B) Bakterial infektsiya, asosan anaerob bakteriyalar

22. Qaysi belgi astma bilan bog‘liq bo‘lgan kriz paytida eng xarakterlidir?

- A) Qattiq bosh og‘rig‘i
- B) Shovqinli nafas, nafas qisishi
- C) Qon qusish
- D) Balg‘am yo‘qligi

Javob: B) Shovqinli nafas, nafas qisishi

23. Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligida qaysi dori eng ko‘p ishlatiladi?

- A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida
- B) Antibiotiklar
- C) Kortikosteroidlar og‘iz orqali faqat
- D) Diuretiklar

Javob: A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida

24. O‘pka tromboz profilaktikasi uchun qaysi profilaktik usul ishlatiladi?

- A) Kofein iste‘mol qilish
- B) Venoz tromboz profilaktikasi (heparin, harakat)
- C) Kortikosteroidlar
- D) Nafas mashqlari

Javob: B) Venoz tromboz profilaktikasi (heparin, harakat)

25. O‘tkir pnevmoniyada balg‘am qanday rangda bo‘lishi mumkin?

- A) Qora
- B) Yashil yoki sariq rang
- C) Toza suv rangida
- D) Quruq

Javob: B) Yashil yoki sariq rang

26. Qaysi kasallikda “honeycomb lung” radiologik belgi paydo bo‘ladi?

- A) O‘pka fibrozasi
- B) Surunkali bronxit
- C) Astma
- D) Pnevmotoraks

Javob: A) O‘pka fibrozasi

27. Plevritda qaysi simptom ko‘pincha uchraydi?

- A) Ko‘krak og‘rig‘i, nafas bilan kuchayadi
- B) Qon qusish
- C) Balg‘am ajralishi yo‘q
- D) Surunkali yo‘tal

Javob: A) Ko‘krak og‘rig‘i, nafas bilan kuchayadi

28. Surunkali bronxitda qaysi o‘zgarishlar BALG‘AMDA bo‘ladi?

- A) Faqat suvli
- B) Shilimshiq, ba‘zan pus bilan aralashgan
- C) Qon yo‘q
- D) Quruq

Javob: B) Shilimshiq, ba‘zan pus bilan aralashgan

29. O'pka emboliyasi diagnostikasida qaysi usul eng sezgir hisoblanadi?

- A) Spirometriya
- B) Kompyuter tomografiya (CT angiografiya)
- C) Oddiy rentgen
- D) Laborator qon tekshiruvi

Javob: B) Kompyuter tomografiya (CT angiografiya)

30. Qaysi kasallikda surunkali yo'tal va balg'am ajralishi tongda kuchayadi?

- A) Astma
- B) Surunkali bronxit
- C) Pnevmotoraks
- D) O'pka fibrozasi

Javob: B) Surunkali bronxit

31. O'pka absesi uchun odatiy davolash nima?

- A) Kortikosteroidlar
- B) Antibakterial davolash va ba'zan drenaj
- C) Diuretiklar
- D) Nafas mashqlari

Javob: B) Antibakterial davolash va ba'zan drenaj

32. Astma bilan kasallangan bemorda spirometriya qanday natijani ko'rsatadi?

- A) FEV1 va FVC kamayadi, bronxlar reversibil
- B) Faoliyat normal
- C) O'pkada fibroz aniqlanadi
- D) Faqat pleura shishishi ko'rinadi

Javob: A) FEV1 va FVC kamayadi, bronxlar reversibil

33. Qaysi simptom SO'PKda eng xarakterlidir?

- A) Tez-tez surunkali yo'tal va nafas qisishi
- B) Balg'am ajralmasligi
- C) Kuchli bosh og'rig'i
- D) Qon qusish

Javob: A) Tez-tez surunkali yo'tal va nafas qisishi

34. Pnevmoniya asoratlaridan qaysi biri eng xavfli hisoblanadi?

- A) Surunkali yo'tal
- B) Sepsis va o'pka absesi
- C) Quruq yo'tal
- D) Shovqinli nafas

Javob: B) Sepsis va o'pka absesi

35. Ekssudativ plevritda pleura suyagida qanday o'zgarish kuzatiladi?

- A) Qalinlashish, yallig'lanish
- B) Faqat shilimshiq ajraladi
- C) Hech qanday o'zgarish yo'q
- D) Surunkali yo'tal

Javob: A) Qalinlashish, yallig'lanish

36. O'pka fibrozasi sabablaridan qaysi eng ko'p uchraydi?

- A) Virus infektsiyasi
- B) Idiopatik yoki surunkali yallig'lanish

C) Astma

D) Qon tomir kasalligi

Javob: B) Idiopatik yoki surunkali yallig‘lanish

37. O‘tkur bronxitda qaysi dori ko‘proq ishlatiladi?

A) Antibakterial preparatlar faqat bakterial infeksiyada

B) Kortikosteroidlar doimiy

C) Diuretiklar

D) Nafas mashqlari

Javob: A) Antibakterial preparatlar faqat bakterial infeksiyada

38. Surunkali bronxitda qaysi sharoitda simptomlar kuchayadi?

A) Sovuq va nam havoda

B) Issiq va quruq havoda

C) Harorat o‘zgarishida yo‘q

D) Faqat tungi vaqtlarda

Javob: A) Sovuq va nam havoda

39. Plevritning qaysi turi ko‘proq infeksiyon kasalliklar bilan bog‘liq?

A) Seroz plevrit

B) Purulent plevrit

C) Quruq plevrit

D) Qonli plevrit

Javob: B) Purulent plevrit

40. Pnevmotoraksda tezkor yordam sifatida nima qilinadi?

A) Antibiotik berish

B) Havo chiqarish uchun torakostomiya yoki igna torakostomiya

C) Kortikosteroid berish

D) Naqshli mashqlar

Javob: B) Havo chiqarish uchun torakostomiya yoki igna torakostomiya

41. O‘pka tuberkulyozining eng xarakterli belgisi qaysi?

A) Surunkali quruq yo‘tal va kechasi terlash

B) Kuchli bosh og‘rig‘i

C) Balg‘am yo‘qligi

D) Tez charchash faqat

Javob: A) Surunkali quruq yo‘tal va kechasi terlash

42. Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligida (SO‘PK) qaysi bronxlar o‘zgaradi?

A) Yallig‘langan va toraygan bronxlar

B) Normal bronxlar

C) Faqat alveolalar

D) Pleura suyagi

Javob: A) Yallig‘langan va toraygan bronxlar

43. Astma bilan kasallangan bemorda qaysi dori vazifasi bronxlarni kengaytirishdir?

A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida

B) Diuretiklar

C) Antibiotiklar

D) Kortikosteroidlar og‘iz orqali

Javob: A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida

44. Pnevmoniya bilan kasallangan bemorda balg'am rangining o'zgarishi nima uchun muhim?

- A) Infektsiya turi haqida ma'lumot beradi
- B) Nafas tezligini ko'rsatadi
- C) Qon bosimini bildiradi
- D) Mushak kuchini o'lchaydi

Javob: A) Infektsiya turi haqida ma'lumot beradi

45. O'pka fibrozasi bilan kasallangan bemorda qaysi simptom eng xarakterlidir?

- A) Surunkali quruq yo'tal va nafas qisishi
- B) Kuchli bosh og'rig'i
- C) Qon qusish
- D) Shovqinli nafas

Javob: A) Surunkali quruq yo'tal va nafas qisishi

46. Ekssudativ plevritda pleura suvi odatda qaysi xususiyatga ega?

- A) Ko'p miqdorda va oq-qonli rangda
- B) Faqat suv rangida
- C) Quruq
- D) Qizil rangda lekin kam miqdorda

Javob: A) Ko'p miqdorda va oq-qonli rangda

47. O'tkir bronxitni davolashda qaysi dori ishlatiladi?

- A) Antibakterial preparatlar faqat bakterial infeksiya mavjud bo'lsa
- B) Kortikosteroidlar doimiy
- C) Diuretiklar
- D) Nafas mashqlari

Javob: A) Antibakterial preparatlar faqat bakterial infeksiya mavjud bo'lsa

48. Surunkali bronxitda qaysi vaqt simptomlar ko'proq kuchayadi?

- A) Tongda
- B) Kechasi
- C) Har kuni bir xil
- D) Faqat issiq havoda

Javob: A) Tongda

49. Pnevmotoraksning eng xavfli asorati nima?

- A) Tension pneumothorax – hayot uchun xavfli nafas yetishmovchiligi
- B) Surunkali yo'tal
- C) Quruq yo'tal
- D) Mushak og'rig'i

Javob: A) Tension pneumothorax – hayot uchun xavfli nafas yetishmovchiligi

50. O'pka absesi odatda qaysi bemorlarda ko'proq uchraydi?

- A) Surunkali ichki kasalliklar, immunitet pastligi
- B) Faqat sog'lom odamlarda
- C) Bolalarda kam uchraydi
- D) Asosan virusli kasalliklarda

Javob: A) Surunkali ichki kasalliklar, immunitet pastligi

51. Astmada qaysi bronxlar reversibil shikastlanadi?

- A) Yallig‘lanish natijasida toraygan bronxlar
- B) Faqat alveolalar
- C) Pleura va diafragma
- D) O‘pka kapillyarlari

Javob: A) Yallig‘lanish natijasida toraygan bronxlar

52. Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligida qaysi belgi radiografiyada ko‘proq kuzatiladi?

- A) O‘pka hajmining oshishi, diafragma pastlashishi
- B) Qattiq qon to‘planishi
- C) Pleura shishishi
- D) Pulmonar arteriya torayishi

Javob: A) O‘pka hajmining oshishi, diafragma pastlashishi

53. Plevritda ko‘krak og‘rig‘i qanday bo‘ladi?

- A) Nafas olish bilan kuchayadi
- B) Harakat qilganda kamayadi
- C) Qon qusish bilan birga bo‘ladi
- D) Hech qanday og‘riq yo‘q

Javob: A) Nafas olish bilan kuchayadi

54. O‘tkir pnevmoniya eng ko‘p qaysi kasalliklardan keyin rivojlanadi?

- A) Virusli infeksiya, immunitet pasayishi
- B) Surunkali fibroz
- C) Astma faqat
- D) Pnevmoniya doimiy bo‘ladi

Javob: A) Virusli infeksiya, immunitet pasayishi

55. Ekssudativ plevritni tashxislash uchun qaysi usul ishlatiladi?

- A) Pleura suvi tahlili va rentgen
- B) Faqat spirometriya
- C) Naqshli mashqlar
- D) Faqat tomografiya

Javob: A) Pleura suvi tahlili va rentgen

56. O‘pka fibrozasi rivojlanishining oldini olish uchun qaysi choralar muhim?

- A) Tez-tez nafas mashqlari, infeksiyalardan himoya
- B) Faqat antibiotiklar
- C) Balg‘amni quruq saqlash
- D) Faoliyatni cheklash

Javob: A) Tez-tez nafas mashqlari, infeksiyalardan himoya

57. Surunkali bronxitni davolashda qaysi preparat kerak bo‘ladi?

- A) Beta-2 agonistlar inhalyatsiya shaklida
- B) Diuretiklar
- C) Kortikosteroidlar doimiy og‘iz orqali
- D) Vitaminlar

Javob: A) Beta-2 agonistlar inhalyatsiya shaklida

58. Pnevmoniyada qaysi simptom tez-tez uchraydi?

- A) Yuqori harorat, ko'krak og'rig'i, balg'am ajralishi
- B) Surunkali quruq yo'tal
- C) Mushak og'rig'i
- D) Qon qusish yo'q

Javob: A) Yuqori harorat, ko'krak og'rig'i, balg'am ajralishi

59. Pnevmotoraksni aniqlash uchun qaysi test ishlatiladi?

- A) Rentgen yoki kompyuter tomografiya
- B) Faqat laborator qon tekshiruvi
- C) Spirometriya
- D) Naqshli mashqlar

Javob: A) Rentgen yoki kompyuter tomografiya

60. Astma krizida qaysi simptom tezkor tibbiy yordamni talab qiladi?

- A) Nafas qisishi, lablar va barmoqlarda ko'kargan rang
- B) Yengil yo'tal
- C) Quruq yo'tal
- D) Tonggi holat normal

Javob: A) Nafas qisishi, lablar va barmoqlarda ko'kargan rang

61. O'pka absesi bilan kasallangan bemorda qaysi simptom tez-tez uchraydi?

- A) Yuqori harorat, surunkali balg'am ajralishi, ko'krak og'rig'i
- B) Faqat quruq yo'tal
- C) Mushak og'rig'i
- D) Balg'am ajralmasligi

Javob: A) Yuqori harorat, surunkali balg'am ajralishi, ko'krak og'rig'i

62. Surunkali bronxitda qaysi shart sharoit simptomlarni kuchaytiradi?

- A) Sovuq va nam havo
- B) Issiq va quruq havo
- C) Faqat tungi vaqtlarda
- D) Harorat o'zgarishi ta'sir qilmaydi

Javob: A) Sovuq va nam havo

63. Astma bilan kasallangan bemorda qaysi usul bronxlarni kengaytiradi?

- A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida
- B) Diuretiklar
- C) Antibiotiklar
- D) Kortikosteroidlar og'iz orqali

Javob: A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida

64. Pnevmoniya asoratlaridan qaysi biri hayot uchun xavfli hisoblanadi?

- A) O'pka absesi va sepsis
- B) Yengil yo'tal
- C) Quruq yo'tal
- D) Balg'am yo'qligi

Javob: A) O'pka absesi va sepsis

65. Ekssudativ plevritni tashxislashda qaysi metod eng muhim?

- A) Pleura suvi tahlili va rentgen
- B) Faqat spirometriya

- C) Naqshli mashqlar
- D) Faqat tomografiya

Javob: A) Pleura suvi tahlili va rentgen

66. O'pka fibrozasi rivojlanishida qaysi choralar oldini olishga yordam beradi?

- A) Tez-tez nafas mashqlari va infeksiyalardan himoya
- B) Faqat antibiotiklar
- C) Balg'amni quruq saqlash
- D) Faoliyatni cheklash

Javob: A) Tez-tez nafas mashqlari va infeksiyalardan himoya

67. Surunkali obstruktiv o'pka kasalligida qaysi simptom eng xarakterlidir?

- A) Surunkali yo'tal va nafas qisishi
- B) Kuchli bosh og'rig'i
- C) Qon qusish
- D) Shovqinli nafas

Javob: A) Surunkali yo'tal va nafas qisishi

68. Pnevmotoraksda tezkor yordam sifatida nima qilinadi?

- A) Havo chiqarish uchun torakostomiya yoki igna torakostomiya
- B) Kortikosteroidlar berish
- C) Naqshli mashqlar
- D) Antibiotiklar

Javob: A) Havo chiqarish uchun torakostomiya yoki igna torakostomiya

69. O'pka tuberkulyozida qaysi simptom eng xarakterlidir?

- A) Surunkali quruq yo'tal, kechasi terlash va qonli balg'am
- B) Kuchli bosh og'rig'i
- C) Mushak og'rig'i
- D) Faqat charchash

Javob: A) Surunkali quruq yo'tal, kechasi terlash va qonli balg'am

70. Surunkali bronxitda qaysi vaqt simptomlar kuchayadi?

- A) Tongda
- B) Kechasi
- C) Har kuni bir xil
- D) Faqat issiq havoda

Javob: A) Tongda

71. Astma krizini davolashda qaysi dori birinchi tanlov hisoblanadi?

- A) Kortikosteroidlar inhalyatsiya shaklida
- B) Antibiotiklar
- C) Diuretiklar
- D) Vitaminlar

Javob: A) Kortikosteroidlar inhalyatsiya shaklida

72. Surunkali obstruktiv o'pka kasalligida qaysi radiografik o'zgarish ko'rinadi?

- A) O'pka hajmining oshishi, diafragma pastlashishi
- B) Qattiq qon to'planishi
- C) Pleura shishishi
- D) Pulmonar arteriya torayishi

Javob: A) O'pka hajmining oshishi, diafragma pastlashishi

73. Plevritda ko'krak og'rig'i qachon kuchayadi?

- A) Nafas olish bilan
- B) Harakat qilganda kamayadi
- C) Qon qusish bilan birga bo'ladi
- D) Hech qanday og'riq yo'q

Javob: A) Nafas olish bilan

74. Akut pnevmoniya eng ko'p qaysi sabab bilan bog'liq?

- A) Virusli infeksiya va immunitet pasayishi
- B) Surunkali fibroz
- C) Astma faqat
- D) Pneumotoraks

Javob: A) Virusli infeksiya va immunitet pasayishi

75. Ekssudativ plevritda pleura suvi xususiyati qanday?

- A) Ko'p miqdorda va oq-qonli rangda
- B) Faqat suv rangida
- C) Quruq
- D) Qizil rangda lekin kam miqdorda

Javob: A) Ko'p miqdorda va oq-qonli rangda

76. O'pka absesi bilan kasallangan bemorlarda qaysi simptom tez-tez uchraydi?

- A) Yuqori harorat, surunkali balg'am ajralishi, ko'krak og'rig'i
- B) Faqat quruq yo'tal
- C) Mushak og'rig'i
- D) Balg'am ajralmasligi

Javob: A) Yuqori harorat, surunkali balg'am ajralishi, ko'krak og'rig'i

77. Surunkali bronxitni davolashda qaysi dori ishlatiladi?

- A) Beta-2 agonistlar inhalyatsiya shaklida
- B) Diuretiklar
- C) Kortikosteroidlar doimiy og'iz orqali
- D) Vitaminlar

Javob: A) Beta-2 agonistlar inhalyatsiya shaklida

78. Pnevmtoraks diagnostikasida qaysi metod ishlatiladi?

- A) Rentgen yoki kompyuter tomografiya
- B) Faqat laborator qon tekshiruvi
- C) Spirometriya
- D) Naqshli mashqlar

Javob: A) Rentgen yoki kompyuter tomografiya

79. Astma krizida qaysi simptom tezkor tibbiy yordamni talab qiladi?

- A) Nafas qisishi, lablar va barmoqlarda ko'kargan rang
- B) Yengil yo'tal
- C) Quruq yo'tal
- D) Tonggi holat normal

Javob: A) Nafas qisishi, lablar va barmoqlarda ko'kargan rang

80. O'pka fibrozasi belgilari qaysi vaqtda kuchayadi?

- A) Surunkali quruq yo'tal va nafas qisishi davomida
- B) Kechasi faqat

- C) Har kuni bir xil
- D) Faqat sovuq havoda

Javob: A) Surunkali quruq yo‘tal va nafas qisishi davomida

81. O‘pka emboliyasida qaysi simptom eng xarakterlidir?

- A) To‘satdan boshlanadigan nafas qisishi, ko‘krak og‘rig‘i
- B) Surunkali yo‘tal
- C) Quruq yo‘tal
- D) Mushak og‘rig‘i

Javob: A) To‘satdan boshlanadigan nafas qisishi, ko‘krak og‘rig‘i

82. Surunkali bronxitda qaysi o‘zgarish BALG‘AMDA kuzatiladi?

- A) Shilimshiq va pus bilan aralashgan
- B) Toza suv rangida
- C) Quruq
- D) Qon yo‘q

Javob: A) Shilimshiq va pus bilan aralashgan

83. Astma bilan kasallangan bemorda qaysi test bronxlarning reversibil torayishini ko‘rsatadi?

- A) Spirometriya
- B) Rentgen
- C) Tomografiya
- D) Laborator qon tekshiruvi

Javob: A) Spirometriya

84. Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi (SO‘PK) qaysi belgilar bilan namoyon bo‘ladi?

- A) Surunkali yo‘tal, balg‘am ajralishi, nafas qisishi
- B) Faqat quruq yo‘tal
- C) Mushak og‘rig‘i
- D) Qon qusish yo‘q

Javob: A) Surunkali yo‘tal, balg‘am ajralishi, nafas qisishi

85. Pnevmotoraksda xavfli asorat qaysi?

- A) Tension pneumothorax – hayot uchun xavfli
- B) Surunkali yo‘tal
- C) Balg‘am yo‘qligi
- D) Mushak og‘rig‘i

Javob: A) Tension pneumothorax – hayot uchun xavfli

86. O‘pka absesi rivojlanishiga qaysi omil ko‘proq sabab bo‘ladi?

- A) Surunkali ichki kasalliklar va past immunitet
- B) Faqat virusli infeksiyalar
- C) Faqat sog‘lom odamlarda
- D) Allergiya

Javob: A) Surunkali ichki kasalliklar va past immunitet

87. Ekssudativ plevritda pleura suvi qanday xususiyatga ega?

- A) Ko‘p miqdorda va oq-qonli rangda
- B) Faqat suv rangida

C) Quruq

D) Qizil rangda lekin kam miqdorda

Javob: A) Ko‘p miqdorda va oq-qonli rangda

88. O‘pka fibrozasi belgilari qaysi simptom bilan boshlanadi?

A) Surunkali quruq yo‘tal va nafas qisishi

B) Kuchli bosh og‘rig‘i

C) Qon qusish

D) Mushak og‘rig‘i

Javob: A) Surunkali quruq yo‘tal va nafas qisishi

89. Astma krizini davolashda birinchi tanlov qanday?

A) Kortikosteroidlar inhalyatsiya shaklida

B) Antibiotiklar

C) Diuretiklar

D) Vitaminlar

Javob: A) Kortikosteroidlar inhalyatsiya shaklida

90. Surunkali bronxitni davolashda qaysi dori ishlatiladi?

A) Beta-2 agonistlar inhalyatsiya shaklida

B) Diuretiklar

C) Kortikosteroidlar doimiy og‘iz orqali

D) Vitaminlar

Javob: A) Beta-2 agonistlar inhalyatsiya shaklida

91. O‘pka tuberkulyozida qaysi simptom eng xarakterlidir?

A) Surunkali quruq yo‘tal, kechasi terlash, ba‘zan qonli balg‘am

B) Kuchli bosh og‘rig‘i

C) Mushak og‘rig‘i

D) Faqat charchash

Javob: A) Surunkali quruq yo‘tal, kechasi terlash, ba‘zan qonli balg‘am

92. Pnevomotoraks diagnostikasi qaysi metod bilan tasdiqlanadi?

A) Rentgen yoki kompyuter tomografiya

B) Faqat laborator qon tekshiruvi

C) Spirometriya

D) Naqshli mashqlar

Javob: A) Rentgen yoki kompyuter tomografiya

93. Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligida qaysi holat tez-tez kuzatiladi?

A) Surunkali yo‘tal, balg‘am ajralishi va nafas qisishi

B) Mushak og‘rig‘i

C) Faqat quruq yo‘tal

D) Qon qusish yo‘q

Javob: A) Surunkali yo‘tal, balg‘am ajralishi va nafas qisishi

94. Ekssudativ plevritning belgilari qaysi?

A) Ko‘krak og‘rig‘i, nafas qisishi, pleura suvi to‘planishi

B) Surunkali quruq yo‘tal

C) Mushak og‘rig‘i

D) Faqat quruq yo‘tal

Javob: A) Ko‘krak og‘rig‘i, nafas qisishi, pleura suvi to‘planishi

95. O'pka absesi davolashda qaysi usul ishlatiladi?

- A) Antibakterial davolash va ba'zan drenaj
- B) Kortikosteroidlar doimiy
- C) Diuretiklar
- D) Naqshli mashqlar

Javob: A) Antibakterial davolash va ba'zan drenaj

96. Astma bilan kasallangan bemorda qaysi usul bronxlarni kengaytiradi?

- A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida
- B) Diuretiklar
- C) Antibiotiklar
- D) Kortikosteroidlar og'iz orqali

Javob: A) Beta-2 agonistlari inhalyatsiya shaklida

97. Surunkali bronxitda qaysi sharoitda simptomlar kuchayadi?

- A) Sovuq va nam havoda
- B) Issiq va quruq havoda
- C) Faqat tungi vaqtlarda
- D) Harorat o'zgarishi ta'sir qilmaydi

Javob: A) Sovuq va nam havoda

98. Pnevomotoraksning eng xavfli asorati qaysi?

- A) Tension pneumothorax – hayot uchun xavfli nafas yetishmovchiligi
- B) Surunkali yo'tal
- C) Quruq yo'tal
- D) Mushak og'rig'i

Javob: A) Tension pneumothorax – hayot uchun xavfli nafas yetishmovchiligi

99. O'pka fibrozasi rivojlanishining oldini olish uchun nima muhim?

- A) Tez-tez nafas mashqlari, infeksiyalardan himoya
- B) Faqat antibiotiklar
- C) Balg'amni quruq saqlash
- D) Faoliyatni cheklash

Javob: A) Tez-tez nafas mashqlari, infeksiyalardan himoya

100. Akut pnevmoniyada qaysi simptom tez-tez uchraydi?

- A) Yuqori harorat, ko'krak og'rig'i, balg'am ajralishi
- B) Surunkali quruq yo'tal
- C) Mushak og'rig'i
- D) Qon qusish yo'q

Javob: A) Yuqori harorat, ko'krak og'rig'i, balg'am ajralishi

GASTROENTEROLOGIK TESTLAR

1. Oshqozon yarasi eng ko‘p uchraydigan hudud qaysi?
A) Pilorik kanal
B) Qorin bo‘shlig‘i
C) Jejunum
D) Ileum
Javob: A
2. Refluks esofagit asosan qaysi sababdan kelib chiqadi?
A) Helicobacter pylori infektsiyasi
B) Qorin bo‘shlig‘ining yuqori bosimi va sfinkterning yetarli ishlamasligi
C) Qon ketishi
D) Kam hazm bo‘lish
Javob: B
3. Crohn kasalligi qaysi sohalarda ko‘proq uchraydi?
A) Qorin bo‘shlig‘i faqat kolonda
B) Asta-sekin, har qanday GI traktada
C) Oshqozon va 12 barmoqli ichak
D) Faqat rektum
Javob: B
4. Qaysi belgilar jigar sirrozi rivojlanishida tez-tez uchraydi?
A) Ko‘ngil aynishi, teri pigmentatsiyasi, asabiylashuv
B) Ishtaha oshishi, vazn ortishi
C) Yaltiroq ko‘z oqi, charchoq, teri pigmentatsiyasi
D) Ko‘ngil aynishi, ko‘zning oq qismi sarg‘ayishi
Javob: D
5. Helicobacter pylori infektsiyasi qaysi kasalliklar bilan bog‘liq?
A) Qalqonsimon bez kasalliklari
B) Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi
C) Ichak saratoni
D) Qon bosimi ko‘tarilishi
Javob: B
6. Kolitning surunkali shakllari qaysi xususiyatga ega?
A) Faol infektsiyaga bog‘liq
B) Ichak devori yallig‘lanadi, ba‘zan qonli diareya bilan
C) Oshqozon shilliq qavati ishtirok etadi
D) Asosan qorin og‘rig‘i bo‘lmaydi
Javob: B
7. Achchiq ichak sindromi qaysi simptom bilan namoyon bo‘ladi?
A) Qorin bo‘shlig‘ida qattiq og‘riq, diareya yoki ich qotishi, meteorizm
B) Ko‘ngil aynishi, qusish
C) Qon ketishi
D) Terida sarg‘ayish
Javob: A

8. Oshqozon saratoni bilan bog‘liq xavf omili qaysi?
A) Yoshning 20 yoshdan kichik bo‘lishi
B) Kamchilik bilan ovqatlanish, H. pylori infeksiyasi
C) Suv ichishni ko‘paytirish
D) Sport bilan shug‘ullanish
Javob: B
9. Ulkus perforatsiyasi belgisi nima?
A) Qorin bo‘shlig‘ida birdan og‘riq paydo bo‘lishi va qorinda qattiqlik
B) Bosim pasayishi
C) Ich ketishi
D) Charchoq va ishtaha yo‘qolishi
Javob: A
10. Surunkali pankreatitda qaysi simptomlar kuzatiladi?
A) Qorin og‘rig‘i, vazn yo‘qotish, steatoreya
B) Qon bosimi ko‘tarilishi
C) Yaltiroq ko‘zlar
D) Qon ketishi
Javob: A
11. Gastroenterit qaysi mikroorganizmlar sababli rivojlanadi?
A) Viruslar, bakteriyalar, parazitlar
B) Faqat viruslar
C) Faqat bakteriyalar
D) Faqat zaharli moddalar
Javob: A
12. Qaysi ichak kasalligi “skip lesion” bilan xarakterlanadi?
A) Ulkus
B) Crohn kasalligi
C) Kolit
D) Gastroenterit
Javob: B
13. Qorin bo‘shlig‘ida steatoreya nimani ko‘rsatadi?
A) Pankreatik enzim yetishmasligi
B) Qon ketishi
C) Oshqozon yarasi
D) Qorinning shishishi
Javob: A
14. Qaysi diagnostik usul oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasini aniqlashda eng samarali?
A) Endoskopiya
B) Rentgen
C) Ultrasonografiya
D) Qon tahlili
Javob: A
15. Irritable bowel syndrome (IBS) ning asosiy xususiyati nima?
A) Qonli diareya

- B) Qorin og‘rig‘i bilan birga ich qotishi yoki diareya bo‘lishi
- C) Qon ketishi
- D) Jigar kasalligi bilan bog‘liq

Javob: B

16. Qaysi belgi gepatit B bilan kasallangan bemorda tez-tez uchraydi?

- A) Terining sarg‘ayishi, qusish, charchoq
- B) Qon ketishi
- C) Ich qotishi
- D) Ovqatga bo‘lgan qiziqishning oshishi

Javob: A

17. Qaysi ichak infeksiyasi ko‘proq suyuq diareya bilan kechadi?

- A) Salmonella
- B) E. coli (enterotoksigen)
- C) Crohn kasalligi
- D) IBS

Javob: B

18. Qorin bo‘shlig‘ida “guarding” belgisi nimani bildiradi?

- A) Mushaklarning refleks qisqarishi – peritonit ehtimoli
- B) Ovqat hazm qilish yaxshilanishi
- C) Diareya
- D) Achchiqlanish

Javob: A

19. Oshi qorin bo‘shlig‘ida qattiqlashgan og‘riq qaysi kasallikda tez-tez kuzatiladi?

- A) Appenditsit
- B) IBS
- C) Pankreatit
- D) Jigar sirrozi

Javob: A

20. Qaysi dori oshqozon yarasini davolashda eng samarali hisoblanadi?

- A) Proton nasosi inhibitorlari (PPI)
- B) Analgetiklar
- C) Antibiotiklar faqat
- D) Vitamin C

Javob: A

21. Oshqozon yarasining asosiy xavf omili nima?

- A) Spirtli ichimliklarni ko‘p iste‘mol qilish
- B) H. pylori infeksiyasi
- C) Ortiqcha ovqatlanish
- D) Vitamin yetishmovchiligi

Javob: B

22. Qaysi ichak kasalligi diareya va qonli najas bilan kechadi?

- A) Ulkus
- B) Ulcerativ kolit
- C) Crohn kasalligi

D) IBS

Javob: B

23. Qorin bo'shlig'ida "rebound tenderness" nimani bildiradi?

A) Peritonit ehtimoli

B) Ich qotishi

C) Yallig'lanish yo'qligi

D) Qorin shishishi

Javob: A

24. Pankreatitda amilaz va lipaz darajasi qanday bo'ladi?

A) Oshadi

B) Pasayadi

C) O'zgarmaydi

D) Faqat amilaz oshadi

Javob: A

25. Gastroezofageal refluks kasalligi (GERD)da qaysi dori ishlatiladi?

A) PPI (omeprazol)

B) Antibiotik

C) Analgetik

D) Laksativ

Javob: A

26. Qaysi virus gepatit B bilan kasallanishga sabab bo'ladi?

A) HBV

B) HCV

C) HAV

D) HEV

Javob: A

27. Crohn kasalligi bilan bog'liq asosiy simptom nima?

A) Qonli najas, diareya, qorin og'rig'i

B) Qon bosimi ko'tarilishi

C) Ko'ngil aynishi va qusish faqat

D) Terining sarg'ayishi

Javob: A

28. Oshqozon saratonining eng tez-tez uchraydigan shakli?

A) Adenokarsinoma

B) Sarkoma

C) Lymphoma

D) Melanoma

Javob: A

29. 12 barmoqli ichak yarasida qaysi simptom eng ko'p uchraydi?

A) Kechki payt qorin og'rig'i, ovqatdan keyin kamayadi

B) Doimiy qorin og'rig'i

C) Qon ketishi faqat

D) Ich qotishi

Javob: A

30. IBS da qaysi omil simptomlarni kuchaytiradi?
A) Stress
B) Yaxshi uyqu
C) Suv ichish
D) Meva yeyish
Javob: A
31. Surunkali gepatitda qaysi simptom tez-tez kuzatiladi?
A) Charchoq, teri sargʻayishi, ishtahasi pasayishi
B) Koʻngil ochish
C) Qon bosimi oshishi
D) Ovqatga qiziqishning oshishi
Javob: A
32. Pilor stenozida qaysi simptom eng koʻp uchraydi?
A) Qusish, vazn yoʻqotish, ochlik hissi
B) Diareya
C) Terining sargʻayishi
D) Qon ketishi
Javob: A
33. H. pylori infeksiyasi qaysi test bilan aniqlanadi?
A) Ureaza test, serologik test, fekoal antigen
B) Rentgen
C) Ultrasonografiya
D) Endoskopiyadan tashqari hech biri
Javob: A
34. Qorin boʻshligʻida meteorizm qaysi kasallikda kuzatiladi?
A) IBS
B) Ulkus
C) Hepatit
D) Pankreatit
Javob: A
35. Qaysi dori surunkali pankreatitda ogʻriqni kamaytiradi?
A) Analgetiklar va PPI
B) Antibiotik
C) Antivirallar
D) Laksativlar
Javob: A
36. Oshqozon yarasi perforatsiyasida qaysi simptom tez-tez uchraydi?
A) Qorin boʻshligʻida birdan qattiq ogʻriq, qorin devori qattiq
B) Diareya
C) Ich qotishi
D) Terining sargʻayishi
Javob: A
37. Ulkusda qaysi parhez tavsiya etiladi?
A) Achchiq, yogʻli va qizil goʻshtni cheklash
B) Koʻp shakar va gazli ichimliklar

- C) Faqat sut ichish
- D) Faqat meva yeyish

Javob: A

38. Kolit bilan kasallangan bemorda qaysi simptom tez-tez kuzatiladi?

- A) Diareya, qorin og‘rig‘i, qonli najas
- B) Qon bosimi oshishi
- C) Terining sarg‘ayishi
- D) Achchiqlik hissi yo‘q

Javob: A

39. Gepatit A infeksiyasi qanday yo‘l bilan yuqadi?

- A) Fekal-oral yo‘l
- B) Qon orqali
- C) Seksual yo‘l bilan
- D) Havо tomchilari bilan

Javob: A

40. Pilorik stenozda qaysi diagnostik usul samarali?

- A) Ultrasonografiya
- B) Endoskopiya
- C) Rentgen kontrastli
- D) Qon tahlili

Javob: A

41. Kron kasalligi bilan bog‘liq ichak devori o‘zgarishi qanday bo‘ladi?

- A) Fokal yallig‘lanish va chuqur yara
- B) Faqat silliq shilliq qatlam ishtirok etadi
- C) Faqat qalin ichak devori
- D) Hech qanday o‘zgarish bo‘lmaydi

Javob: A

42. Oshqozon saratonida qaysi simptom kech bosqichda kuzatiladi?

- A) Qorin shishishi, vazn yo‘qotish, qusish
- B) Ishtaha oshishi
- C) Terining sarg‘ayishi
- D) Diareya faqat

Javob: A

43. Ulkus kasalligida eng tez-tez og‘riq qaysi vaqtda paydo bo‘ladi?

- A) Ochlikda yoki kechqurun
- B) Ovqatdan so‘ng darhol
- C) Faqat tongda
- D) Tungi uyqu vaqtida yo‘q

Javob: A

44. Pankreatitda qorin og‘rig‘i qayerda joylashadi?

- A) Epigastrik va bel orqa qismida
- B) Pastki o‘ng qorin bo‘shlig‘ida
- C) Faqat yuqori chap qorin bo‘shlig‘ida
- D) Qorin bo‘shlig‘ida yo‘q

Javob: A

45. Surunkali gepatit B rivojlanishiga qanday omil ta'sir qiladi?

- A) Alkogol iste'moli, gemolitik dorilar
- B) Meva va sabzavot iste'moli
- C) Suv ichishni ko'paytirish
- D) Sport bilan shug'ullanish

Javob: A

46. Ulcerativ kolitning asoratlari qaysi?

- A) Toksik megakolon, qon ketishi, saraton xavfi
- B) Pankreatit
- C) IBS
- D) GERD

Javob: A

47. IBS da qaysi tavsiyalar foydali?

- A) Stressni kamaytirish, ovqatlanishni tartibga solish
- B) Antibiotiklar ichish
- C) Vitamin C ko'p iste'mol qilish
- D) Faqat suyuqlik ichish

Javob: A

48. Qorin bo'shlig'ida "ascites" nimani bildiradi?

- A) Qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi
- B) Qorin devori qattiqligi
- C) Qorin og'rig'i
- D) Diareya

Javob: A

49. Surunkali pankreatitning asosiy sabablaridan biri nima?

- A) Spirtli ichimliklar ko'p iste'mol qilish
- B) Virus infeksiyasi
- C) Ovqatni cheklash
- D) Vitamin yetishmovchiligi

Javob: A

50. Qaysi laborator test gepatitni aniqlashda muhim?

- A) ALT va AST darajasi
- B) Qon bosimi
- C) Glyukoza
- D) Lipidlar

Javob: A

51. Qorin bo'shlig'ida perforatsiya qaysi belgi bilan ko'rsatiladi?

- A) Birdan paydo bo'lgan og'riq, qorin devori qattiqligi
- B) Diareya faqat
- C) Ich qotishi
- D) Terining sarg'ayishi

Javob: A

52. 12 barmoqli ichak yarasida qaysi dori ishlatiladi?

- A) PPI va antibiotiklar (H. pylori eradikatsiyasi)
- B) Laksativlar

- C) Vitamin C
- D) Faqat analgetik

Javob: A

53. Gepatit C infeksiyasining asosiy yo‘li qaysi?

- A) Qon orqali yuqish
- B) Fekal-oral
- C) Havo tomchilari
- D) Teriga tegish

Javob: A

54. Pilorik stenoz bilan kasallangan bolada qaysi simptom tez-tez uchraydi?

- A) Qusish, ochlik hissi, vazn yo‘qotish
- B) Diareya
- C) Terining sarg‘ayishi
- D) Qon ketishi

Javob: A

55. Crohn kasalligi bilan bog‘liq qaysi tahlil yordam beradi?

- A) Endoskopiya va biopsiya
- B) Rentgen faqat
- C) Ultrasonografiya faqat
- D) Qon tahlili faqat

Javob: A

56. Ulcerativ kolitda qon ketishi qaysi qismdan bo‘ladi?

- A) To‘g‘ri ichak va kolondan
- B) Oshqozondan
- C) Jejunumdan
- D) Pankreastan

Javob: A

57. Pankreatitda suyuq dietaning vazifasi nima?

- A) Pankreasni dam olish
- B) Oshqozonni kuchaytirish
- C) Jigar funksiyasini oshirish
- D) Qon bosimini oshirish

Javob: A

58. GERD bilan kasallangan bemorda qaysi simptom eng tez-tez uchraydi?

- A) Ko‘krak qafasida yonish, regurgitatsiya
- B) Ich qotishi
- C) Diareya
- D) Terining sarg‘ayishi

Javob: A

59. IBS bilan bog‘liq qaysi test ko‘pincha salbiy bo‘ladi?

- A) Endoskopiya va biopsiya
- B) Qon tahlili
- C) Ultrasonografiya
- D) Rentgen

Javob: A

60. Oshqozon saratoni xavfini oshiradigan omil nima?
A) H. pylori infeksiyasi, chekish, spirtli ichimliklar
B) Suv ichishni ko'paytirish
C) Meva-sabzavot yeyish
D) Sport bilan shug'ullanish
Javob: A
61. Kron kasalligi bilan bog'liq ichak devori o'zgarishi qanday bo'ladi?
A) Fokal yallig'lanish va chuqur yara
B) Faqat silliq shilliq qatlam ishtirok etadi
C) Faqat qalin ichak devori
D) Hech qanday o'zgarish bo'lmaydi
Javob: A
62. Surunkali gepatit B asoratlari qaysi?
A) Jigar sirrozi, jigar saratoni
B) Pankreatit
C) IBS
D) GERD
Javob: A
63. Ulkus kasalligida og'riq qayerda joylashadi?
A) Epigastrik qism
B) Pastki o'ng qorin
C) Chap qorin
D) Umuman yo'q
Javob: A
64. Pankreatitda qorin og'rig'i qanday bo'ladi?
A) Epigastrik va orqa qismga beriladi
B) Faqat o'ng pastki qism
C) Faqat chap yuqori qism
D) Yo'q
Javob: A
65. Surunkali gepatit bilan kasallangan bemorda qaysi simptom kuzatiladi?
A) Charchoq, teri sarg'ayishi, ishtahasi pasayishi
B) Ovqatga qiziqish oshishi
C) Qon bosimi oshishi
D) Diareya faqat
Javob: A
66. Ulcerativ kolit asoratlari qaysi?
A) Toksik megakolon, qon ketishi, saraton xavfi
B) Pankreatit
C) IBS
D) GERD
Javob: A
67. IBS da tavsiyalar qaysi?
A) Stressni kamaytirish, ovqatlanishni tartibga solish
B) Antibiotik ichish

- C) Faqat vitamin C
- D) Faqat suyuqlik ichish

Javob: A

68. Qorin bo'shlig'ida ascites nimani bildiradi?

- A) Qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi
- B) Qorin devori qattiqligi
- C) Qorin og'rig'i
- D) Diareya

Javob: A

69. Surunkali pankreatitning asosiy sababi nima?

- A) Spirtli ichimliklar ko'p iste'mol qilish
- B) Virus infeksiyasi
- C) Ovqatni cheklash
- D) Vitamin yetishmovchiligi

Javob: A

70. Gepatit diagnostikasida qaysi laborator test muhim?

- A) ALT va AST darajasi
- B) Qon bosimi
- C) Glyukoza
- D) Lipidlar

Javob: A

71. Qorin bo'shlig'ida perforatsiya qaysi belgilar bilan namoyon bo'ladi?

- A) Birdan paydo bo'lgan og'riq, qorin devori qattiq
- B) Diareya faqat
- C) Ich qotishi
- D) Terining sarg'ayishi

Javob: A

72. 12 barmoqli ichak yarasida qaysi dori ishlatiladi?

- A) PPI va antibiotiklar (H. pylori eradikatsiyasi)
- B) Laksativlar
- C) Vitamin C
- D) Faqat analgetik

Javob: A

73. Gepatit C infeksiyasining asosiy yo'li?

- A) Qon orqali yuqish
- B) Fekal-oral
- C) Havо tomchilari
- D) Teriga tegish

Javob: A

74. Pilorik stenoz bilan kasallangan bolada qaysi simptom kuzatiladi?

- A) Qusish, ochlik hissi, vazn yo'qotish
- B) Diareya
- C) Terining sarg'ayishi
- D) Qon ketishi

Javob: A

75. Crohn kasalligi diagnostikasida qaysi usul samarali?
A) Endoskopiya va biopsiya
B) Rentgen faqat
C) Ultrasonografiya faqat
D) Qon tahlili faqat
Javob: A
76. Ulcerativ kolitda qon ketishi qaysi qismdan bo'ladi?
A) To'g'ri ichak va kolondan
B) Oshqozondan
C) Jejunumdan
D) Pankreastan
Javob: A
77. Pankreatitda suyuq dietaning vazifasi nima?
A) Pankreasni dam olish
B) Oshqozonni kuchaytirish
C) Jigar funksiyasini oshirish
D) Qon bosimini oshirish
Javob: A
78. GERD da qaysi simptom tez-tez uchraydi?
A) Ko'krak qafasida yonish, regurgitatsiya
B) Ich qotishi
C) Diareya
D) Terining sarg'ayishi
Javob: A
79. IBS da qaysi test ko'pincha salbiy bo'ladi?
A) Endoskopiya va biopsiya
B) Qon tahlili
C) Ultrasonografiya
D) Rentgen
Javob: A
80. Oshqozon saratoni xavfini oshiradigan omil nima?
A) H. pylori infeksiyasi, chekish, spirtli ichimliklar
B) Suv ichishni ko'paytirish
C) Meva-sabzavot yeyish
D) Sport bilan shug'ullanish
Javob: A
81. Oshqozon yarasining surunkali shakli qanday belgilar bilan kechadi?
A) Qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, hazmsizlik
B) Diareya faqat
C) Qon bosimi oshishi
D) Terining sarg'ayishi
Javob: A
82. GERD kasalligida qaysi parhez tavsiya etiladi?
A) Achchiq, yog'li, qizil go'shtni cheklash
B) Ko'p shakar va gazli ichimliklar

- C) Faqat sut ichish
- D) Faqat meva yeyish

Javob: A

83. Crohn kasalligi bilan bog'liq qaysi belgi tez-tez uchraydi?

- A) Diareya, qorin og'rig'i, vazn yo'qotish
- B) Qon bosimi oshishi
- C) Terining sarg'ayishi
- D) Faqat ich qotishi

Javob: A

84. Ulcerativ kolitda asorat xavfi qaysi?

- A) Kolorektal saraton
- B) Pankreatit
- C) IBS
- D) GERD

Javob: A

85. Surunkali pankreatitda qaysi laborator testlar ko'tariladi?

- A) Amilaz va lipaz vaqtincha oshadi
- B) ALT va AST
- C) Qon bosimi
- D) Glyukoza

Javob: A

86. Oshqozon saratonida qaysi simptom kech bosqichda ko'proq kuzatiladi?

- A) Qusish, vazn yo'qotish, charchoq
- B) Ich qotishi
- C) Terining sarg'ayishi
- D) Ovqatga qiziqish oshishi

Javob: A

87. Pankreatitda qorin og'rig'i qayerga beriladi?

- A) Orqa qismga, epigastrik hududdan
- B) Chap pastki qismga
- C) O'ng yuqori qismga
- D) Faqat qorin bo'shlig'ida yo'q

Javob: A

88. Surunkali gepatit B va C ning eng jiddiy asorati nima?

- A) Jigar sirrozi va jigar saratoni
- B) Pankreatit
- C) IBS
- D) GERD

Javob: A

89. Ulkus perforatsiyasining klinik belgisi?

- A) Qorin devorining qattiqligi, birdan og'riq
- B) Diareya faqat
- C) Ich qotishi
- D) Terining sarg'ayishi

Javob: A

90. H. pylori infeksiyasini davolash uchun qaysi dori ishlatiladi?
A) PPI + antibiotiklar
B) Analgetik
C) Laksativ
D) Vitamin C
Javob: A
91. IBS bilan bog'liq qaysi simptom tez-tez uchraydi?
A) Qorin og'rig'i, diareya yoki ich qotishi, meteorizm
B) Qon ketishi
C) Terining sarg'ayishi
D) Qusish faqat
Javob: A
92. Surunkali gepatit bilan kasallangan bemorda qaysi laborator test ko'tariladi?
A) ALT, AST, bilirubin
B) Glyukoza
C) Lipidlar
D) Qon bosimi
Javob: A
93. Ulcerativ kolit qaysi qismga ta'sir qiladi?
A) To'g'ri ichakdan boshlanib kolonga tarqaladi
B) Oshqozon
C) Jejunum
D) Pankreas
Javob: A
94. Crohn kasalligi bilan bog'liq ichak o'zgarishi qanday bo'ladi?
A) "Skip lesion" – turli joylarda yallig'lanish va yara
B) Faqat silliq shilliq qatlam ishtirok etadi
C) Faqat qalin ichak devori
D) Hech qanday o'zgarish yo'q
Javob: A
95. Pankreatitda og'riqni kamaytirish uchun qaysi davolash samarali?
A) Analgetiklar, suyuq dieta
B) Antibiotiklar faqat
C) Vitaminlar
D) Laksativlar
Javob: A
96. GERDda qaysi simptom asosiy hisoblanadi?
A) Ko'krak qafasida yonish, regurgitatsiya
B) Ich qotishi
C) Diareya
D) Terining sarg'ayishi
Javob: A
97. Oshqozon saratonining eng xavfli omili nima?
A) H. pylori infeksiyasi, chekish, spirtli ichimliklar
B) Meva-sabzavot yeyish

- C) Suv ichish
- D) Sport bilan shug'ullanish

Javob: A

98. Ulkus kasalligida qorin og'rig'i qanday bo'ladi?

- A) Ochlikda yoki kechqurun kuchayadi, ovqatdan so'ng kamayadi
- B) Doimiy va o'zgarishsiz
- C) Faqat tongda
- D) Tungi uyquda yo'q

Javob: A

99. Surunkali gepatit bilan kasallangan bemor qaysi belgilarni ko'rsatadi?

- A) Charchoq, ko'z va teri sarg'ayishi, ishtahasi pasayishi
- B) Ovqatga qiziqish oshishi
- C) Qon bosimi ko'tarilishi
- D) Diareya faqat

Javob: A

100. Pankreatitni oldini olish uchun qaysi tavsiyalar muhim?

- A) Spirtli ichimliklarni cheklash, to'g'ri ovqatlanish
- B) Meva-sabzavotdan voz kechish
- C) Sport bilan shug'ullanishni to'xtatish
- D) Suv ichishni kamaytirish

Javob: A

ICHKI KASALLILAR FANIDAN (PULMONOLOGIYA VA GASTRAENTERALOGIYA) VAZIYATLI MASALALAR

PULMONOLOGIYA -25 TA VAZIYATLI MASALA

1. 50 yoshli bemor uzoq davom etgan yoʻtal va nafas qisilishi bilan shikoyat qilmoqda. Rentgenogrammada ikki tomonlama interstitsial infiltratlar mavjud. Shifokor surunkali interstitsial pnevmoniya taxmin qilmoqda. Qaysi tekshiruv eng maʼqul?

- A) EKG
- B) HRCT toraks
- C) Spirometriya
- D) IgE darajasi

Javob: B) HRCT toraks

2. 35 yoshli bemor tungi yoʻtal, burun oqishi va koʻz qizarishi bilan shikoyat qilmoqda. Allergik astma shakli shubhali. Qaysi test eng aniqlovchi boʻladi?

- A) Spirometriya bronxial provokatsiya bilan
- B) Qon tahlili
- C) Rentgen toraks
- D) EKG

Javob: A) Spirometriya bronxial provokatsiya bilan

3. 60 yoshli bemor bilan shifokor bronxektaziya tashxisini koʻrmoqda. U tez-tez koʻk rangli balgʻam bilan yoʻtal qiladi. Qaysi diagnostik usul eng muhim?

- A) Toraks ultratovush
- B) HRCT toraks
- C) Spirometriya
- D) Qon gazlari

Javob: B) HRCT toraks

4. 45 yoshli bemor oʻpkada tez-tez qonli balgʻam ajratadi. U ilgari tuberkulyoz bilan kasallangan. Qaysi tekshiruv birinchi navbatda kerak?

- A) Tomografiya (CT)
- B) Balgʻam bakteriologiyasi
- C) Qon tahlili
- D) Spirometriya

Javob: B) Balgʻam bakteriologiyasi

5. 55 yoshli bemor oʻpka emfizemasi bilan kasallangan. Spirometriya natijalari $FEV1/FVC < 0.7$ ni koʻrsatdi. Bemorni davolashda asosiy maqsad nima?

- A) Antibiotiklar berish
- B) Oksigen terapiyasi va bronxodilatorlar
- C) Jarrohlik operatsiyasi
- D) Immun terapiya

Javob: B) Oksigen terapiyasi va bronxodilatorlar

6. 40 yoshli bemor surunkali yoʻtal va kechqurun kuchayuvchi nafas qisilishi bilan shikoyat qilmoqda. Allergik astma xavfi mavjud. Qaysi testni birinchi oʻtkazish kerak?

- A) Qon tahlili (eozinofillari)
- B) Rentgen toraks
- C) EKG
- D) HRCT

Javob: A) Qon tahlili (eozinofillari)

7. 65 yoshli bemor uzoq davom etgan yo‘tal bilan murojaat qildi. U ilgari surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi bilan kasallangan. Spirometriya natijalari FEV1 < 50%. Davolashda birinchi qadam nima?

- A) Kortikosteroidlar og‘zaki
- B) Inhalyatsion bronxodilatorlar
- C) Jarrohlik
- D) Oksigen terapiyasi

Javob: B) Inhalyatsion bronxodilatorlar

8. 30 yoshli bemor o‘pka tuberkulyozidan so‘ng surunkali yo‘tal bilan shikoyat qilmoqda. Qonli balg‘am ajralmoqda. Qaysi tekshiruv eng muhim?

- A) Balg‘am mikroskopiyasi va kultiavatsiyasi
- B) Spirometriya
- C) HRCT toraks
- D) Qon gazlari

Javob: A) Balg‘am mikroskopiyasi va kultiavatsiyasi

9. 50 yoshli bemor kechqurun yo‘tal bilan keladi, spirometriya FEV1 pasaygan. Qaysi davolash eng samarali bo‘ladi?

- A) Antihistamin preparatlar
- B) Inhalyatsion kortikosteroid va bronxodilator
- C) Jarrohlik
- D) Antibiotiklar

Javob: B) Inhalyatsion kortikosteroid va bronxodilator

10. 70 yoshli bemor nafas yetishmovchiligi bilan shikoyat qilmoqda.

Rentgenogramma o‘pkada hipertransparensiyani ko‘rsatdi. Bu surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi belgilari bo‘lishi mumkin. Qaysi qo‘shimcha test kerak?

- A) Qon gazlari
- B) EKG
- C) Bronxografiya
- D) IgE darajasi

Javob: A) Qon gazlari

11. 45 yoshli bemor qattiq yo‘tal va balg‘am ajratish bilan shikoyat qilmoqda. Balg‘am rangli va yopishqoq. Qaysi antibiotik guruhini tanlash mumkin?

- A) Makrolidlar
- B) Penitsillinlar
- C) Fluorokinolonlar
- D) Sulfonamidlar

Javob: A) Makrolidlar

12. 55 yoshli bemor o‘pkada surunkali yo‘tal bilan keladi. HRCT toraks bilateral “honeycombing” ko‘rsatmoqda. Bu qaysi kasallikni ko‘rsatadi?

- A) Surunkali bronxit
- B) Interstitsial pnevmoniya
- C) Emfizema
- D) Astma

Javob: B) Interstitsial pnevmoniya

13. 60 yoshli bemor nafas qisilishi, kechqurun yo‘tal va ko‘k rangli balg‘am bilan keladi. Shifokor bronxektaziya tashxisini qo‘yadi. Balg‘amning qaysi tekshiruvi eng zarur?

- A) Balg‘am bakteriologiyasi
- B) Spirometriya
- C) Rentgen toraks
- D) Qon tahlili

Javob: A) Balg‘am bakteriologiyasi

14. 35 yoshli bemor tez-tez yo‘taladi, burun oqishi va kechqurun nafas qisilishi mavjud. Allergik astma shubhali. Qaysi dori birinchi navbatda tavsiya qilinadi?

- A) Inhalyatsion kortikosteroid
- B) Antibiotik
- C) Bronxial jarrohlik
- D) Oksigen

Javob: A) Inhalyatsion kortikosteroid

15. 65 yoshli bemor surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi bilan kasallangan. Spirometriya natijasi: FEV1/FVC <0.7, FEV1 < 30%. Bemorni davolashda qo‘shimcha qadam nima?

- A) Kortikosteroid og‘zaki
- B) Oksigen terapiyasi
- C) Jarrohlik
- D) Antihistamin

Javob: B) Oksigen terapiyasi

16. 50 yoshli bemor qattiq yo‘tal bilan keladi. Balg‘amda qon mavjud. Qaysi tekshiruv birinchi o‘tkazilishi kerak?

- A) Bronxoskopiya
- B) Spirometriya
- C) HRCT
- D) Qon gazlari

Javob: A) Bronxoskopiya

17. 40 yoshli bemor kechqurun yo‘tal va ko‘k rangli balg‘am bilan shikoyat qiladi. HRCT toraksda bronxektaziya mavjud. Qaysi profilaktik chora samarali?

- A) Vaktsinatsiya (influenza)
- B) Jarrohlik
- C) Antibiotik davolash
- D) Oksigen terapiyasi

Javob: A) Vaktsinatsiya (influenza)

18. 55 yoshli bemor o‘pka emfizemasi bilan kasallangan. FEV1 past. Qaysi davolash asosiy?

- A) Jarrohlik
- B) Oksigen va bronxodilatorlar
- C) Antibiotiklar
- D) Kortikosteroid og‘zaki

Javob: B) Oksigen va bronxodilatorlar

19. 60 yoshli bemor surunkali yo‘tal bilan keladi. Spirometriya: FEV1/FVC < 0.7, FEV1 = 45%. Davolashda birinchi navbat nima?

- A) Kortikosteroid og‘zaki
- B) Inhalyatsion bronxodilator
- C) Jarrohlik
- D) Oksigen

Javob: B) Inhalyatsion bronxodilator

20. 35 yoshli bemor bronxial astma bilan kasallangan. Kechqurun yo‘tal va nafas qisilishi mavjud. Qaysi profilaktik chora samarali?

- A) Antihistaminlar
- B) Allergenga cheklov
- C) Jarrohlik
- D) Kortikosteroid og‘zaki

Javob: B) Allergenga cheklov

21. 70 yoshli bemor nafas yetishmovchiligi bilan keladi. HRCT toraksda o‘pka emfizemasi mavjud. Qaysi qo‘shimcha tekshiruv kerak?

- A) Qon gazlari
- B) EKG
- C) Bronxoskopiya
- D) IgE darajasi

Javob: A) Qon gazlari

22. 50 yoshli bemor qonli balg‘am bilan keladi. U ilgari tuberkulyoz bilan kasallangan. Birinchi tekshiruv nima?

- A) Balg‘am bakteriologiyasi
- B) Spirometriya
- C) HRCT
- D) Qon gazlari

Javob: A) Balg‘am bakteriologiyasi

23. 45 yoshli bemor surunkali yo‘tal bilan keladi. HRCT toraks interstitsial o‘zgarishlarni ko‘rsatdi. Davolashda asosiy dori qaysi?

- A) Kortikosteroidlar
- B) Antibiotiklar
- C) Bronxodilatorlar
- D) Oksigen

Javob: A) Kortikosteroidlar

24. 60 yoshli bemor ko‘k rangli balg‘am bilan surunkali yo‘talga shikoyat qilmoqda. HRCT toraks bronxektaziya mavjud. Qaysi davolash samarali?

- A) Antibiotik davolash
- B) Kortikosteroid og‘zaki

C) Inhalyatsion bronxodilator

D) Oksigen terapiyasi

Javob: A) Antibiotik davolash

25. 55 yoshli bemor kechqurun nafas qisilishi va yoʻtal bilan keladi. Spirometriya: FEV1 60%, FEV1/FVC < 0.7. Qaysi davolash birinchi navbatda tavsiya qilinadi?

A) Oksigen terapiyasi

B) Inhalyatsion bronxodilatorlar

C) Jarrohlik

D) Kortikosteroid ogʻzaki

Javob: B) Inhalyatsion bronxodilatorlar

GASTROENTEROLOGIYA – 25 TA VAZIYATLI MASALA

1. 45 yoshli bemor oshqozon ogʻrigʻi, koʻngil aynishi va qayt qilish bilan shikoyat qilmoqda. Gastroskopiya duodenal yara aniqlangan. Qaysi dori birinchi navbatda tavsiya qilinadi?

A) Antibakterial terapiya (H. pylori eradikatsiyasi)

B) Antihistaminlar

C) Kortikosteroidlar

D) Antikoagulyantlar

Javob: A) Antibakterial terapiya (H. pylori eradikatsiyasi)

2. 60 yoshli bemor surunkali diareya va vazn yoʻqotish bilan keladi. Qon tahlilida anemiya va temir yetishmovchiligi koʻrildi. Qaysi kasallikni tekshirish kerak?

A) Irritabl ichak sindromi

B) Oshqozon-ichak maligniteti

C) Surunkali gepatit

D) Pankreatit

Javob: B) Oshqozon-ichak maligniteti

3. 35 yoshli bemor qattiq qorin ogʻrigʻi, diareya va gematocheziya bilan keladi. Qaysi tekshiruv birinchi oʻtkazilishi kerak?

A) Kolonoskopiya

B) Gastroskopiya

C) Rentgen toraks

D) Ultrasonografiya

Javob: A) Kolonoskopiya

4. 50 yoshli bemor oshqozon-ichak qon ketishi bilan keladi. Laboratoriyada gemoglobin 8 g/dl. Qaysi chora birinchi navbatda zarur?

A) Transfuzion terapiya

B) Proton nasos inhibitori (PPI)

C) Antibiotiklar

D) Kortikosteroidlar

Javob: A) Transfuzion terapiya

5. 40 yoshli bemor koʻngil aynishi, qayt qilish va qorin shishishi bilan shikoyat qilmoqda. Gastroskopiya refluks ezofagit koʻrildi. Qaysi dori eng samarali?

- A) Antasidlar va PPI
- B) Antibakterial terapiya
- C) Bronxodilatorlar
- D) Kortikosteroidlar

Javob: A) Antasidlar va PPI

6. 55 yoshli bemor surunkali diareya va qorin og‘rig‘i bilan keladi. Lab natijalarida malabsorbsiyon belgilari mavjud. Qaysi kasallikni shubha qilish kerak?

- A) IBD (yallig‘lanishli ichak kasalligi)
- B) IBS (iritabl ichak sindromi)
- C) O‘tkir gastroenterit
- D) Hepatit

Javob: A) IBD (yallig‘lanishli ichak kasalligi)

7. 60 yoshli bemor oshqozon og‘rig‘i bilan keladi, oshqozon adenokarsinomasidan shubha bor. Qaysi tekshiruv aniqlash uchun eng muhim?

- A) Gastroskopiya biopsiya bilan
- B) Ultrasonografiya
- C) Rentgen toraks
- D) Qon gazlari

Javob: A) Gastroskopiya biopsiya bilan

8. 35 yoshli bemor ko‘ngil aynishi va qayt qilish bilan keladi. Laboratoriya natijalarida gepatit A virus antigeni ijobiy. Qaysi chora birinchi navbatda tavsiya qilinadi?

- A) Suv ichishni ko‘paytirish va simptomatik davolash
- B) Antibiotiklar
- C) PPI
- D) Kortikosteroidlar

Javob: A) Suv ichishni ko‘paytirish va simptomatik davolash

9. 50 yoshli bemor surunkali ich qotishi bilan keladi. Dieta va laksativlar samara bermayapti. Qaysi tekshiruv birinchi bo‘lishi kerak?

- A) Kolonoskopiya
- B) Gastroskopiya
- C) HRCT toraks
- D) Qon tahlili

Javob: A) Kolonoskopiya

10. 45 yoshli bemor surunkali diareya, vazn yo‘qotish va qorin shishishi bilan keladi. Qaysi tekshiruv malabsorbsiyonni aniqlash uchun eng muhim?

- A) Qon tahlili (vitamin va minerallar)
- B) Rentgen toraks
- C) EKG
- D) Spirometriya

Javob: A) Qon tahlili (vitamin va minerallar)

11. 55 yoshli bemor surunkali qorin og‘rig‘i va dispepsiya bilan keladi. Gastroskopiya o‘tkir gastrit ko‘rildi. Qaysi dori tavsiya qilinadi?

- A) PPI va H. pylori eradikatsiyasi
- B) Antibiotiklar faqat

- C) Kortikosteroidlar
- D) Antikoagulyantlar

Javob: A) PPI va H. pylori eradikatsiyasi

12. 40 yoshli bemor qattiq diareya va qorin og‘rig‘i bilan keladi. Laboratoriyada CRP yuqori. Qaysi kasallik ehtimoli ko‘proq?

- A) Yallig‘lanishli ichak kasalligi
- B) IBS
- C) O‘tkir gastroenterit
- D) Hepatit

Javob: A) Yallig‘lanishli ichak kasalligi

13. 60 yoshli bemor surunkali qorin og‘rig‘i va dispepsiya bilan keladi. Gastroskopiya natijasi: peptik yara. Qaysi davolash birinchi navbatda?

- A) PPI + H. pylori eradikatsiyasi
- B) Kortikosteroidlar
- C) Oksigen terapiyasi
- D) Antibiotiklar faqat

Javob: A) PPI + H. pylori eradikatsiyasi

14. 50 yoshli bemor qattiq qorin og‘rig‘i bilan keladi, qayt qilish mavjud. Qaysi diagnostika birinchi bo‘lishi kerak?

- A) Gastroskopiya
- B) Kolonoskopiya
- C) Rentgen toraks
- D) HRCT

Javob: A) Gastroskopiya

15. 35 yoshli bemor surunkali diareya bilan keladi, vazn yo‘qotish mavjud. Qaysi kasallikni tekshirish zarur?

- A) Malabsorbsion sindromi (Celiac kasalligi)
- B) IBS
- C) Pankreatit
- D) Hepatit

Javob: A) Malabsorbsion sindromi (Celiac kasalligi)

16. 45 yoshli bemor oshqozon-ichak qon ketishi bilan keladi. Laboratoriyada gemoglobin past. Qaysi chora birinchi?

- A) Qon preparatlari bilan to‘ldirish
- B) Antibiotiklar
- C) Kortikosteroidlar
- D) PPI faqat

Javob: A) Qon preparatlari bilan to‘ldirish

17. 50 yoshli bemor ko‘ngil aynishi va qayt qilish bilan keladi. Laboratoriyada amilaza va lipaza ko‘tarilgan. Qaysi kasallik ehtimoli ko‘proq?

- A) Pankreatit
- B) IBS
- C) Hepatit
- D) Gastrit

Javob: A) Pankreatit

18. 60 yoshli bemor qattiq diareya bilan keladi. Laboratoriyada shigella aniqlangan. Qaysi chora birinchi?

- A) Antibiotiklar
- B) PPI
- C) Kortikosteroidlar
- D) Oksigen

Javob: A) Antibiotiklar

19. 40 yoshli bemor surunkali diareya va vazn yo'qotish bilan keladi. Qaysi test malabsorbsionni aniqlash uchun eng muhim?

- A) Qon tahlili (vitamin va minerallar)
- B) HRCT toraks
- C) Spirometriya
- D) EKG

Javob: A) Qon tahlili (vitamin va minerallar)

20. 55 yoshli bemor qattiq qorin og'rig'i bilan keladi, diareya mavjud.

Kolonoskopiya yallig'lanishli ichak kasalligini ko'rsatdi. Qaysi davolash tavsiya qilinadi?

- A) Aminosalisilatlar
- B) Antibiotiklar faqat
- C) Kortikosteroidlar faqat
- D) Oksigen

Javob: A) Aminosalisilatlar

21. 50 yoshli bemor oshqozon og'rig'i va qattiq dispepsiya bilan keladi.

Gastroskopiya peptik yara. Qaysi profilaktik chora samarali?

- A) PPI davomiy qo'llash
- B) Antibiotiklar faqat
- C) Kortikosteroidlar
- D) Oksigen

Javob: A) PPI davomiy qo'llash

22. 45 yoshli bemor qattiq qorin og'rig'i va ko'ngil aynishi bilan keladi.

Laboratoriyada amilaza yuqori. Qaysi kasallik ehtimoli ko'proq?

- A) Pankreatit
- B) IBS
- C) Hepatit
- D) Gastrit

Javob: A) Pankreatit

23. 60 yoshli bemor surunkali diareya bilan keladi, vazn yo'qotish mavjud. Qaysi tekshiruv birinchi?

- A) Kolonoskopiya
- B) Gastroskopiya
- C) HRCT toraks
- D) Qon gazlari

Javob: A) Kolonoskopiya

24. 55 yoshli bemor oshqozon og'rig'i bilan keladi, ko'ngil aynishi mavjud.

Gastroskopiya refluks ezofagit ko'rildi. Qaysi dori eng samarali?

- A) PPI + Antasidlar
- B) Antibiotiklar
- C) Kortikosteroidlar
- D) Oksigen

Javob: A) PPI + Antasidlar

25. 40 yoshli bemor qattiq qorin og‘rig‘i, diareya va vazn yo‘qotish bilan keladi. Kolonoskopiya yallig‘lanishli ichak kasalligini ko‘rsatdi. Qaysi davolash birinchi navbatda?

- A) Aminosalisilatlar
- B) Kortikosteroidlar faqat
- C) Antibiotiklar faqat
- D) Oksigen

Javob: A) Aminosalisilatlar

GLOSSARIY (ICHKI KASALLIKLAR)

Atama	Ta'rif
Alveolit	O'pka alveolarining yallig'lanishi, ko'pincha fibroz bilan kechadi.
Anamnez	Bemorning kasallik va hayot tarixi haqida ma'lumot yig'ish jarayoni.
Anemiya	Gemoglobin yoki eritrotsitlar miqdorining kamayishi.
Angina pektoris	Miokard ishemiyasi bilan bog'liq ko'krak qafasidagi og'riq.
Ankilozlovchi spondilit	Umurtqa va sakroiliak bo'g'imlarning surunkali yallig'lanishi bilan kechuvchi revmatik kasallik.
Antifosfolipid sindrom	Tromboz va homiladorlik asoratlari bilan kechuvchi autoimmun kasallik.
Aritmiya	Yurak ritmi, tezligi yoki ketma-ketligining buzilishi.
Arterial gipertoniya	Arterial qon bosimining doimiy ko'tarilishi.
Assit	Qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi.
Atelektaz	O'pka to'qimasining qisman yoki to'liq so'lishi.
Atrial fibrillyatsiya	Bo'lmachalarning tartibsiz va tez qisqarishi bilan kechuvchi aritmiya.
Atrial flutter	Bo'lmachalarning ritmik, ammo tez qisqarishi bilan kechuvchi aritmiya.
Auskultatsiya	Stetoskop yordamida yurak, o'pka va ichki organ tovushlarini eshitish usuli.
Autoimmun gepatit	Immun tizimi ta'sirida jigar hujayralari zararlanishi.
AV-blokada	Atrioventrikulyar tugunda impuls o'tishining sekinlashishi yoki to'xtashi.
Blokada	Yurak impulslarining o'tishi buzilishi.
Bradikardiya	Yurak urish tezligining daqiqasiga 60 dan kam bo'lishi.
Bronxial astma	Bronxlarning qaytuvchi torayishi bilan kechuvchi surunkali yallig'lanish kasalligi.
Bronxit (o'tkir)	Bronx shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi.
Bronxit (surunkali)	Kamida 2 yil davomida takrorlanuvchi bronx yallig'lanishi.
Bronxoektaziya	Bronxlarning qaytmas kengayishi va yiringli jarayonlar bilan kechishi.
Bronxoobstruktiv sindrom	Nafas yo'llarining torayishi bilan bog'liq klinik holat.
Bronxopnevmoniya	Bronxlar va alveolalarning yallig'lanishi bilan kechuvchi pnevmoniya turi.
Buqoq (zob)	Qalqonsimon bezning kattalashishi.
Churra (hiatal)	Diafragma teshigidan oshqozon qismi ko'krak bo'shlig'iga siljishi.
Diastolik disfunktsiya	Yurak qorinchalarining bo'shashishi buzilishi.
Disfagiya	Yutishning qiyinlashuvi.
Dispepsiya	Hazm buzilishi bilan bog'liq simptomlar majmuasi.
EKG (elektrokardiografiya)	Yurakning elektr faolligini qayd etish usuli.
Ekssudativ plevrit	Plevra bo'shlig'ida yallig'lanish suyuqligi to'planishi.
Enterit	Ingichka ichak yallig'lanishi.
Eritrotsitlar	Kislorod tashuvchi qizil qon hujayralari.

Eroziv gastrit	Oshqozon shilliq qavatida eroziyalar bilan kechuvchi gastrit.
Extrasistoliya	Yurakning muddatidan oldin qisqarishi.
Fibrillyatsiya	Yurak tolalarining tartibsiz qisqarishi.
Fibrozlovchi alveolit	O'pka interstitsial to'qimasining fibroz bilan zararlanishi.
Fizik tekshiruv	Inspeksiya, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiyadan iborat tekshiruv.
Gastrit	Oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi.
Gastroenterit	Oshqozon va ichakning birgalikda yallig'lanishi.
Gepatit	Jigar to'qimasining yallig'lanishi.
Gepatorenal sindrom	Jigar kasalligi fonida rivojlanadigan buyrak yetishmovchiligi.
Gepatosplenomegaliya	Jigar va taloqning bir vaqtda kattalashishi.
GERD (gastroezofageal reflyuks kasalligi)	Oshqozon kislotalarining qizilo'ngachga qaytishi bilan kechuvchi kasallik.
Giperglikemiya	Qonda glyukoza miqdorining oshishi.
Gipertermiya	Tana haroratining ko'tarilishi.
Gipertrofik kardiomiopatiya	Yurak mushagi qalinlashuvi bilan kechuvchi kasallik.
Gipoglikemiya	Qonda glyukoza miqdorining kamayishi.
Gipotireoz	Qalqonsimon bez gormonlari yetishmovchiligi.
Gis tutami	Yurak o'tkazuvchi tizimining asosiy qismi.
Glomerulonefrit	Buyrak glomerularining immun-yallig'lanish kasalligi.
Ichak disbakteriozi	Ichak mikroflorasi muvozanatining buzilishi.
Ichak tutilishi (ileus)	Ichak orqali moddalarning o'tishi buzilishi.
Insulin	Glyukozani hujayraga kirituvchi gormon.
Insulin pompasi	Insulinni uzluksiz yuboruvchi qurilma.
Insulinoterapiya	Insulin preparatlari bilan davolash.
Interstitsial o'pka kasalligi	O'pkaning biriktiruvchi to'qimasi zararlanishi bilan kechuvchi kasalliklar guruhi.
Ishemik yurak kasalligi (YIK)	Miokardga qon yetishmasligi bilan bog'liq kasalliklar guruhi.
Jigar ensefalopatiyasi	Jigar yetishmovchiligi natijasida miya zararlanishi.
Jigar sirrozi	Jigar to'qimasining fibroz bilan almashishi.
Kardiomiopatiya	Yurak mushagining birlamchi zararlanishi.
Kardioskleroz	Yurak mushagining biriktiruvchi to'qima bilan almashishi.
Ko'krak og'rig'i	Yurak, o'pka yoki OVQAT hazm tizimi bilan bog'liq simptom.
Kolit	Yo'g'on ichak yallig'lanishi.
Kron kasalligi	Ichakning segmentar yallig'lanishi bilan kechuvchi autoimmun kasallik.
Leykotsitlar	Immun himoyani ta'minlovchi oq qon hujayralari.
Leykotsitoz	Qonda leykotsitlar sonining oshishi.
Lobar pnevmoniya	O'pkaning bir bo'lagi zararlanishi.
Me'da yara kasalligi	Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatida yara hosil bo'lishi.
Miokard infarkti	Yurak mushagining nekrozi.
Miozit	Skelet mushaklarining yallig'lanishi.

Nefrotik sindrom	Proteinuriya, shish va gipoproteinemiya bilan kechuvchi holat.
Nodulyar periarteriit	Kichik va oʻrta arteriyalarning tizimli yalligʻlanishi.
Oʻpka emboliyasi	Oʻpka arteriyasining tromb bilan toʻsilishi.
Oʻpka gipertenziyasi	Oʻpka arteriyasida bosimning oshishi.
Oʻtkir respirator distress sindromi (ARDS)	Ogʻir nafas yetishmovchiligi bilan kechuvchi holat.
Palpatsiya	Organlarni qoʻl bilan paypaslab tekshirish.
Pankreatit	Oshqozon osti bezining yalligʻlanishi.
Perkussiya	Organlar holatini urib koʻrish orqali aniqlash.
Piyelonefrit	Buyrak jomi va parenximasining yalligʻlanishi.
Plevra empiyemasi	Plevra boʻshligʻida yiring toʻplanishi.
Pnevmoniya	Oʻpka toʻqimasining infeksiyon-yalligʻlanishi.
Poliartrit	Bir nechta boʻgʻimlarning yalligʻlanishi.
Portal gipertenziya	Portal vena tizimida bosim oshishi.
Proteinuriya	Siydikda oqsil paydo boʻlishi.
Pulmonar fibroz	Oʻpka toʻqimasining fibroz bilan almashishi.
Surunkali buyrak kasalligi (SBK)	Buyrak funksiyasining sekin-asta yoʻqolishi.
Surunkali obstruktiv oʻpka kasalligi (SOʻOK)	Nafas yoʻllarining qaytmas torayishi bilan kechuvchi kasallik.
Zardob kasalligi	Immun komplekslar bilan bogʻliq allergik holat.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

Asosiy adabiyotlar

1. Tashkenbaeva E.N. - Internal diseases in family medicine-2025 -Samarqand.
2. Tashkenbaeva E.N. - Internal diseases – 2024- Samarqand.
3. Abdig'affor Gadayev — Ichki kasalliklar — 2020 — Toshkent.
4. (Muallif ko'rsatilmagan) — Ichki kasalliklar bo'yicha o'quv qo'llanma — 2025 — Toshkent.
5. Arslonov, Nazarov, Bobomurodov — Ichki kasalliklar — 2019/2020 — O'zbek nashri.
6. Ю. Ш. Халимов, В. И. Трофимов (tahriri ostida) — Внутренние болезни: учебник — 2025 — Rossiya nashri.
7. Gadaev A.G. Ichki kasalliklar, Darslik. T: Turon Zamin Ziyoyi, 2021 y.
8. Gadaev A.G. Terapiya. Darslik. (o'zb. tilida). 2018 y.
9. Gadaev A.G. Terapiya. Uchebnik. (na rus yaz). 2018 y.
10. Karimov Sh.I. va boshqalar. Sog'lom ovqatlanish- salomatlik mezonlari. Toshkent, 2015 y.
11. Karimov Sh.I., Tashaev O.R., Gadaev A.G., Nurillaeva N.M. Oilaviy tibbiyot asoslari. O'quv qo'llanma. -Toshkent. O'zbekiston nashriyot-matbaa ijodiy uyi. 2017 y.
12. А. И. Мартынов, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев (tahriri ostida) — Internal Diseases. Textbook in 2 Vols. Vol. I — 2022 — Moskva, G'OTAP-Media, 4-nashr.
13. А. И. Мартынов, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев (tahriri ostida) — Internal Diseases. Textbook in 2 Vols. Vol. II — 2022 — Moskva, G'OTAP-Media, 4-nashr.
14. М. В. Малишевский, С. М. Пантелеев — Внутренние болезни: учебник в 2 т. — 2020 — То'liq ikki tomli nashr.
15. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов (tahriri ostida) — Внутренние болезни: учебник (4-е изд.) — 2023–2025 — Yangilangan nashr.
16. Щёкотов, А. И. Мартынов, А. А. Спасский (tahriri ostida) — Дифференциальная диагностика внутренних болезней — (yil ko'rsatilmagan) — Differensial diagnostika bo'yicha qo'llanma.
17. О. В. Серебрякова, В. И. Просяник, С. И. Щаднев (tahriri ostida) — Синдромология в клинике внутренних болезней — 2025 — Metodik qo'llanma.
18. D'Haese J., Theunissen K., Vermeulen E. — Detection of galactomannan in bronchoalveolar lavage fluid samples of patients at risk for invasive pulmonary aspergillosis — 2018 — J Clin Microbiol; 50:1258–1263.

19. Eriksson M., Brown W.T., Gordon L.B., Glynn M.W., Singer J., Scott L., Erdos M.R., Robbins C.M., Moses T.Y., Berglund P., Dutra A., Pak E., Durkin S., Csoka A.B., Boehnke M., Glover T.W., Collins F.S. — Recurrent de novo point mutations in lamin A cause Hutchinson-Gilford progeria syndrome — 2019 — Nature; 423:293–298.
20. Franks T.J., Chong P.Y., Chui P. — Lung pathology of severe acute respiratory syndrome (SARS) — 2023 — Hum Pathol; 34:743–748.
21. Gerberding J.L., Morgan J.G., Shepard J.A., Kradin R.L. — Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 9-2004 — 2021 — N Engl J Med; 350:1236–1247.
22. Davidson's Principles and Practice of Medicine — 2024–2026 — 24–25-nashrlar, global ichki kasalliklar asoslari.
23. Oxford Handbook of Clinical Medicine — 2024 — 11-nashr, tezkor klinik qoʻllanma.
24. Goldman-Cecil Medicine — 2023 — 27-nashr, keng qamrovli ichki tibbiyot darsligi.
25. The Washington Manual of Medical Therapeutics — 2022 — 37-nashr, shifoxona terapevtikasi.
26. Frameworks for Internal Medicine — 2024 — 2-nashr, klinik fikrlash metodikasi.
27. MKSAP (Medical Knowledge Self-Assessment Program) — (yangilangan) Test va nazariy materiallar toʻplami.
28. Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine — (soʻnggi nashr) — Tezkor klinik qoʻllanma.

Qoʻshimcha adabiyotlar

29. Nurillaeva N.M., Xasanova N.A. va boshqalar. Xolter monitorlash asoslari. Oʻquv qoʻllanma. Toshkent. 2019 y.
30. Shoalimova Z.M., Nuritdinova N.B. Kardiomegaliya sindromi. Oʻquv-uslubiy qoʻllanma. Toshkent 2019 y.
31. Nurillaeva N.M., Zubaydullaeva M.T. Geriatriyada qariyalarni kompleks baholash. Oʻquv-uslubiy qoʻllanma. Toshkent. 2019 y.
32. Gadaev A.G., Rozikov A.A., Raximova M.E. Amaliy elektrokardiografiya. Toshkent. Turon Zamin Ziyo nashriyoti. 2016 y.
33. Harrison's Textbook Principles of Internal Medicine-19th Edition – 2015.
34. Robert E. Rakel, MD Textbook of family medicine - 2016
35. CURRENT Medical Diagnosis & Treatment 2025 — 2025 — 64-nashr, amaliy tashxis va davolash.
36. Conn's Current Therapy 2025-Terapiya boʻyicha qoʻllanma.


37. Merck Manual of Diagnosis and Therapy — (so‘nggi nashr) — Umumiy tibbiyot qo‘llanmasi.
38. Cecil Essentials of Medicine — (so‘nggi nashr) — Asosiy konsepsiyalar.
39. Case Files Internal Medicine — 6-nashr — Klinik misollar asosida.
40. Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide — (so‘nggi nashr) — Simptomatik yondashuv.
41. The ICU Book — (so‘nggi nashr) — Intensiv terapiya qo‘llanmasi.
42. The Little ICU Book — (so‘nggi nashr) — Kompakt ICU qo‘llanma.
43. Learning Radiology: Recognizing the Basics — (so‘nggi nashr) — Radiologiya asoslari.

Internet saytlari:

44. www.medlook.ru
45. [www. prof. bolezni. com.](http://www.prof.bolezni.com)
46. www.medicum.ru
47. www.medtext.ru
48. www.medkniga.ru
49. www.cardioline.ru
50. [www:http://buks.ru/book;](http://www.http://buks.ru/book)
51. [www.ziyonet.uz;](http://www.ziyonet.uz)
52. [www.lex.uz;](http://www.lex.uz)
53. [www. cardiosite.ru;](http://www.cardiosite.ru)
54. [www. cardiologia.ru;](http://www. cardiologia.ru)
55. [www.bilim.uz;](http://www.bilim.uz)
56. [www.gov.uz;](http://www.gov.uz)
57. [www.mf.uz.](http://www.mf.uz)

MUNDARIJA

QISQARTMALAR RO‘YXATI	6
I-BOB. ICHKI KASALLIKLAR FANIGA KIRISH.....	8
1.1. Ichki kasalliklar mutaxassislarning vazifasi.....	9
1.2. Kasallik tarixi va jismoniy ko‘rik tashxis qo‘yish jarayonining muhim qismidir.....	11
II-BOB. NAFAS OLIISH TIZIMINI TEKSHIRISH USULLARI	14
2.1. Fizik tekshiruv (jismoniy ko‘rik)	15
2.2. Ko‘krak qafasining old qismini tekshirish	19
2.3. Ko‘krak qafasining orqa qismini tekshirish	23
2.4. Nafas olish tizimi kasalliklarida instrumental tekshiruvlar.....	24
III-BOB. O‘TKIR VA SURUNKALI BRONXITLAR	26
3.1. O‘tkir bronxit.....	26
3.1.1. Etiologiyasi.....	26
3.1.2. Epidemiologiya	28
3.1.3. Patofiziologiya	28
3.1.4. Asosiy shikoyatlar	29
3.1.5. Fizikal baholash.....	30
3.1.6. Davolash.....	31
3.1.7. Differensial diagnostika	33
3.1.8. Oqibati.....	33
3.1.9. Asoratlar	34
3.2. Surunkali bronxit.....	34
3.2.1. Etiologiyasi.....	34
3.2.2. Epidemiologiya	34
3.2.3. Patofiziologiya	35
3.2.4. Gistopatologiya	35
3.2.5. Asosiy shikoyatlar va fizikal tekshiruvlar.....	35
3.2.6. Oqibati.....	36
3.2.7. Davolash.....	37
3.2.8. Asosiy farmakologik aralashuvlar quyidagilardir:	37
3.2.9. Nofarmakologik choralar	37
3.2.10. Differensial diagnostika	37

IV-BOB. PNEVMONIYALAR (ZOTILJAM)	39
4.1. Shifoxonadan tashqari zotiljam.....	39
4.2. Gospital zotiljam	39
4.3. Ventilyator bilan bog‘liq zotiljam	40
4.4. Etiologiyasi	40
4.4.1. Kasalxonadan tashqari zotiljam Bakterial sabablar	40
4.4.2. Virusli sabablar.....	40
4.4.3. Zamburug‘li sabablar	40
4.4.4. Gospital zotiljam va ventilyator bilan bog‘liq zotiljam	41
4.5. Epidemiologiya	41
4.6. Patofiziologiya	42
4.7. Krupoz zotiljam (Bo‘lakli zotiljam)	42
4.8. Bronxopnevmoniya	43
4.9. Asosiy shikoyatlar.....	43
4.10. Fizikal ko‘rikning umumiy natijalari quyidagilarni o‘z ichiga oladi:	43
4.11. Radiologik baholash.....	44
4.12. Laboratoriya bahosi.....	44
4.13. Davolash.....	44
4.14. Differensial diagnostika	45
4.15. Asoratlari	45
V-BOB. QURUQ VA EKSSUDATLI PLEVRITLAR	46
5.1. Quruq pleurit	46
5.1.1. Etiologiyasi (kelib chiqish sabablari).....	46
5.1.2. Epidemiologiyasi.....	46
5.1.3. Patofiziologiyasi.....	46
5.1.4. Quruq plevritlarning tasnifi Klassik klinik-morfologik tasnif (2000–2010-yillar)	47
5.1.5. Quruq pleuritda fizikal baholash.....	48
5.1.6. Quruq plevritlarni davolash Quruq pleurit (Fibrinoz pleurit) ni dorilarsiz davolash.....	50
5.1.7. Quruq plevritning asosiy asoratlari	53
5.2. Ekssudatli pleuritlar	53
5.2.1. Etiologiyasi:	54
 5.2.2. Epidemiologiya — qanchalik keng tarqalgan?	54

🧠 5.2.3. Patofiziologiya — kasallik jarayoni qanday rivojlanadi?.....	55
5.2.4. Gistopatologik o'zgarishlar (mikroskopda)	55
5.2.5. Ekssudatli plevrit bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari va fizik tekshiruvlari	57
5.2.6. Ekssudatli plevritlarni differensial diagnostikasi:	58
5.2.7. Ekssudatli plevritning oqibatlari (kompliksiyalar).....	61
💊 5.2.8. Ekssudatli plevritni davolash	61
5.2.9. Asoaiy farmakologik muolajalar	62
5.2.10. Nofarmakologik chora-tadbirlari.....	63
VI-BOB. BRONXIAL ASTMA.....	65
6.1. Kasallanish darajasi.....	65
6.2. Diagnostika.....	65
6.3. Ingalyatsion kortikosteroidlar	68
6.4. Leykotriyen ingibitorlari	68
6.5. Astmaning qo'zishi	69
6.6. Og'ir bo'lmagan qo'zg'alishlarni davolash.....	69
6.7. Og'ir asoratlarni davolash	70
VII-BOB. O'PKA YURAK KASALLIGI (O'YK, COR PULMONALE)	71
7.1. O'pka yurak kasalligining etiologiyasi	71
7.2. Epidemiologiyasi.....	73
7.4. O'pka yurak va nafas yetishmovchiligi – klinik ko'rinishi.....	76
7.5. O'pka–yurak kasalligini (cor pulmonale) fizikal baholash	79
7.7. Differensial diagnostika qachon kerak?	81
7.8. Kasallik asoratlari va oqibati.....	83
7.9. O'pka va yurak kasalliklari bilan bog'liq nafas yetishmovchiligini davolash etaplari	84
7.10. Dispanserizatsiya tushunchasi.....	87
VIII-BOB. O'PKANING YIRINGLI KASALLIKLARI. BRONXOEKTAZ, ABSSES, GANGRENA.....	90
8.1. Bronxoektaziya kasalligi	90
8.1.1. Etiologiyasi.....	90
8.1.2. Epidemiologik ahamiyati	91
8.1.3. Patogenezi	93

8.1.4. Bronxoektaziya tasnifi	95
8.1.5. Klinik ko‘rinishlari.....	96
8.1.6. Bronxoektatik kasalligi bor bemorlarni klinik jihatdan baholash	97
8.1.7. Differensial diagnostika maqsadi	99
8.1.8. Bronxoektaziya asoratlari.....	102
8.1.9. Bronxoektaz kasalligini davolash	103
8.2. O‘pka absesi	105
8.2.1. Etiologiya	105
8.2.2. Epidemiologiyasi.....	107
8.2.3. Patogenezi (infeksiyaning rivojlanishi).....	108
A. Infeksiya manbai va yo‘li	108
B. Jarayon bosqichlari	108
3. Bakterial mexanizm	109
4. Immun javob	109
5. Asoratlar	109
8.2.4. O‘pka absesi tasnifi	109
8.2.5. Klinikasi	110
8.2.6. O‘pka absesi bilan kasallangan bemorlarni fizikal, laborator va instrumental tekshiruvlari.....	111
8.2.7. Differensial diagnostika	113
8.2.8. O‘pka absesi oqibatlari (kompliksiyalari)	114
8.2.9. Davolash.....	114
8.2.11.O‘pka absesi profilaktikasi	115
8.3. O‘PKA GANGRENASI.....	116
8.3.1. Etiologik omillar:	116
8.3.2. O‘pka gangrenasi epidemiologiyasi	117
8.3.3. Patogenezi	118
8.3.5. O‘pka gangrenasi bilan kasallangan bemorlar shikoyatlari, fizikal, laborator, instrumental tekshiruvlar.....	119
8.3.7. O‘pka gangrenasining oqibatlari quyidagilar:.....	122
8.3.8. Davolash.....	123
IX-BOB. OSHQOZON-ICHAK TRAKTINING FUNKSIONAL DIAGNOSTIKA USULLARI.	123
9.1. Jismoniy ko‘rik.....	124
9.2. Ko‘rikdan o‘tkazish.....	125

9.3. Auskultatsiya.....	126
9.4. Palpatsiya	126
9.5. Perkussiya.....	127
9.6. Rektal tekshiruv.....	128
9.7. Chov sohasi	129
X-BOB. GASTRITLAR: ETIOLOGIYASI, KLINIKASI, TASHXISI VA DAVOSI	131
10.1. Etiologiyasi.....	131
10.2. O‘tkir gastrit	131
10.3. Surunkali gastrit	132
10.4. Reaktiv gastrit	132
10.5. Gastritning Sidney tasnifi tizimi	132
10.6. Epidemiologiya	134
10.7. Patofiziologiya	135
10.8. Autoimmun gastrit.....	136
10.9. Gistopatologiya	136
10.10. Oshqozon shilliq qavatining normal gistologiyasi	136
10.11. Klinikasi	137
10.12. Dispepsiyani baholash va H. pylori testi	138
10.13. Atrofik gastrit tashxisi.....	139
10.14. Davolash.....	141
10.15. Differensial diagnostika	143
10.16. Prognoz.....	143
10.17. Asoratlari	144
XI-BOB. OSHQOZON VA 12-BARMOQ ICHAK (DUODENAL) YARA KASALLIGI (<i>Peptik yara kasalligi – PUD</i>)	146
11.1. Epidemiologiyasi.....	146
11.2. Etiologiyasi.....	146
11.3. Patogenetik muvozanat nazariyasi	148
11.4. Helicobacter pylori roli (eng muhim omil)	149
11.5. Tasnif (2020–2025 yillar yondashuvi)	151
11.6. Oshqozon shilliq qavatining normal fiziologiyasi.....	153

11.8. Oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi bilan kasallangan bemorlarning asosiy shikoyatlari, fizikal baholash.....	158
11.10. Peptik yaralarning asoratlari va oqibatlari.....	164
11.11. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini davolash	168
XII-BOB. SURUNKALI XOLETISTIT (CHRONIC CHOLECYSTITIS)	172
12.1. Epidemiologiya	172
12.2. Etiologiya (sabablari)	172
12.3. Patogenezi	172
12.4. Asosiy shikoyatlar	173
12.5. Fizikal baholash	173
12.7. Differensial diagnostika	176
12.8. Surunkali xolesistetni davolash.....	177
12.9. Oqibati (prognozi).....	178
12.10. Dispanserizatsiya.....	179
XIII-BOB. SURUNKALI PANKREATITLAR.....	180
13.1. Epidemiologiya — butun dunyoda va O‘zbekistonda tarqalishi bo‘yicha.....	180
13.2. Etiologiya — kasallik sabablari	180
13.3. Patogenezi (kasallik rivojlanish mexanizmi)	181
13.4. Tasniflar (Classification) 2010-2025	181
13.5. Surunkali pankreatitlar diagnostikasi	183
13.6. Surunkali pankreatitning differensial diagnostikasi.....	185
13.7. Surunkali pankreatit asoratlari va oqibatlari	188
13.8. Surunkali pankreatitni davolash.....	191
13.9. Surunkali pankreatitlarni profilaktikasi.....	192
13.10. Surunkali pankreatitlarni dispanserizatsiyasi	194
XIV-BOB. GEPATITLAR, JIGAR SIRROZI.....	197
14.1. Belgilari va alomatlari.....	198
14.2. Jigar faoliyatining buzilishi.....	199
14.3 Portal gipertenziya	199
14.4. Sabablari.....	200
14.5. Gepatit C virusi zarrachalari va jigar	201
Kam uchraydigan sabablar	201
14.6. Profilaktika.....	203

14.7. Davolash.....	204
14.8. Asoratlar	205
14.8.1. Assit.....	205
14.8.2. Qizilo‘ngach va oshqozon varikoz venalaridan qon ketishi.....	205
14.8.3. Jigar ensefalopatiyasi	206
14.8.5. Gepatorenal sindrom	207
14.8.6. Spontan bakterial peritonit	207
14.8.7. Portal gipertenziv gastropatiya.....	207
14.8.7. Infeksiya	207
14.8.8. Gepatotsellyulyar karsinoma.....	207
XV-BOB. SURUNKALI ENTERITLAR.	208
15.1. Surunkali enterit epidemiologiyasi.....	208
15.2. Etiologiyasi (sabablari)	211
15.3. Patogenezi (Kasallik rivojlanish mexanizmi)	212
15.4. Surunkali enteritning yillarga qarab tasnifi	213
15.5. Surunkali enterit blan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan asosiy belgilar	214
15.6. Differensial diagnostika	217
15.7. Oqibatleri (natijaviy holatlar) va asoratlari	218
15.8. Davolash.....	219
XVI-BOB. SURUNKALI KOLITLAR. NOSPETSIFIK YARALI KOLIT.	222
16.1. Surunkali kolitlar (chronic colitis)	222
16.1.1. Epidemiologiya	222
16.1.2. Etiologiya (sabablari)	222
16.1.3. Patogenezi	223
16.1.4. Tasnifi.....	223
16.1.5. Asosiy shikoyatlar	223
16.1.6. Fizikal baholash.....	224
16.1.7. Differensial diagnostika	224
16.1.8. Oqibati va asoratlari	225
16.1.9. Davolash.....	225
16.2. NOSPETSIFIK YARALI KOLIT (NYK).....	226
16.2.1. Epidemiologiya.....	226

16.2.2. Etiologiya (Sabablari).....	226
16.2.3. Patogenezi.....	226
16.2.4. Tasnifi.....	227
16.2.5. Asosiy shikoyatlar	227
16.2.6. Fizikal baholash.....	227
16.2.7. Differensial diagnostika.....	228
16.2.8. Oqibati va asoratlari	228
16.2.8. Davolash	228
16.2.9. Surunkali kolitlar va nospetsifik yarali kolitlarning profilaktikasi	229
ICHKI KASALLILAR FANIDAN (PULMONOLOGIYA VA GASTRAENTERALOGIYA) SAVOLLAR VA JAVOBLAR	233
<input type="checkbox"/> PULMONOLOGIYA (1–100).....	233
<input checked="" type="radio"/> GASTROENTEROLOGIYA (101–200).....	234
<input checked="" type="checkbox"/> JAVOBLAR (Qisqa va aniq).....	235
ICHKI KASALLILAR FANIDAN (PULMONOLOGIYA VA GASTRAENTERALOGIYA) TEST SAVOLLAR VA JAVOBLAR	239
PULMONOLOGIK TESTLAR	239
ICHKI KASALLILAR FANIDAN (PULMONOLOGIYA VA GASTRAENTERALOGIYA) VAZIYATLI MASALALAR	267
PULMONOLOGIYA -25 TA VAZIYATLI MASALA.....	267
GASTROENTEROLOGIYA – 25 TA VAZIYATLI MASALA.....	271
<input type="checkbox"/> GLOSSARIY (ICHKI KASALLIKLAR).....	276
ADABIYOTLAR RO'YXATI	279

**Axmedova Gulchehra Abdullayevna,
Yarmuxammedova Saodat Xabibovna,
Djumaniyazova Zulxumor Farxadovna**

Ichki kasalliklar

O'quv qo'llanma

ARTEX NASHR||

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhih — Madina Mirzakarimova

Texnik muharrir — Raxmonov Shohimardon

Dizayner va sahifalovchi — Raxmonov Shahzod

ARTEX NASHR|| bosmaxonasida chop etildi.

Samarqand shahar, Alisher Navoiy ko'chasi 27 - uy

Bichimi 60x84 1/16 . Times New Roman|| garniturasida. 20 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 200 /28.06.2026

Tel:(97) 897-80-00