



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI



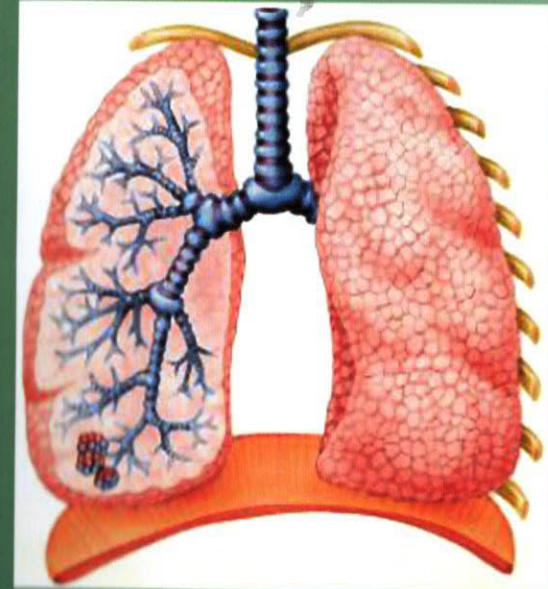
TOSHKENT TIBBIY AKADEMIYASI

PEDAGOG XODIMLAR MALAKASINI OSHIRISH VA
QAYTA TAYYORLASH MARKAZI

Oxunov A.O., Bobokulova S.A.

O'PKA VA PLEVRANING YIRINGLI KASALLIKLARI VA ULARNING COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA KECHISHI HUSUSIYATLARI

O'quv-uslubiy qo'llanma



Toshkent - 2022

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

**PEDAGOG XODIMLAR MALAKASINI OSHIRISH VA
QAYTA TAYYORLASH MARKAZI**

1-UMUMIY VA BOLALAR JARROHLIGI KAFEDRASI

**O'PKA VA PLEVRANING YIRINGLI KASALLIKLARI VA
ULARNING COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA KECHISHI
HUSUSIYATLARI**

O'quv-uslubiy qo'llanma

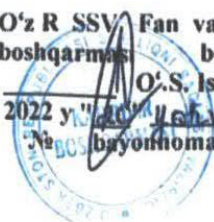
Toshkent 2022

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSV Fan va ta'lim
boshqarmasi boshlig'i
O.S. Ismailov
2022 y. 10. 20
№ 103 bayonoma



“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy
ta'limni rivojlantirish
markazi direktori v.v.b.
N.R. Eshpulatova
2022 y. 10. 20
№ 1 bayonoma



O'PKA VA PLEVRANING YIRINGLI KASALLIKLARI
VA ULARNING COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA
KECHISHI HUSUSIYATLARI

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari yuqori kurs talabalari
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI TOMOJIDAN
RO'YHATGA OLINDI
20
20 yanvar 2022

Toshkent - 2022

Oxunov A.O., Bobokulova S.A. // “O’pka va plevranning yiringli kasalliklari va ularning covid-19 o’tkazgan bemorlarda kechishi hususiyatlari”: O’quv-uslubiy qo’llanma// MChJ «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» – 2022 r. 48 bet.

Tuzuvchilar:

OXUNOV Alisher Oripovich – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi “1-sonli umumiy va bolalar jarrohligi” kafedrasini mudiri, O’zbekiston Respublikasi Sog’liqni saqlash a’lochisi, “2019 yilning yangi yaxshi professori” mukofoti laureati, Amerika (SIS) va Yevropa (SIS-E) jarrohlik infeksiyalari jamiyatlari a’zosi,

BOBOKULOVA Shoxista Abdualimovna - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-sonli Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini assistenti

Taqrizchilar:

XAKIMOV M.Sh. – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi Davolash fakultetining Gospital jarrohlik kafedrasini mudiri;

BAYMAKOV S.R. – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent Davlat Stomatologiya instituti Umumiy va harbiy dala jarrohligi kafedrasini mudiri;

Ushbu O’quv-uslubiy qo’llanma Toshkent tibbiyot akademiyasi Markaziy uslubiy hay’atida ko’rib chiqilgan va muhokama qilingan

Yig’ilish bayonnomasi № _____ «___» _____ 2021 y.

Ushbu O’quv-uslubiy qo’llanma Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy Kengashida ko’rib chiqilgan va muhokama qilingan

Yig’ilish bayonnomasi № _____ «___» _____ 2021 y.

© Oxunov A.O., Bobokulova S.A.

© OOO«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI». 2022

MUNDARIJA

KIRISH	6
O'PKA VA PLEVRANING YIRINGLI KASALLIKLARI VA ULARNING COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA KECHISHI HUSUSIYATLARI ...	7
Patogenez	8
COVID-19 ning yengil, o'rtacha va og'ir shakllari farqlanadi.	9
Klinik belgilari	10
Davolash tamoyillari	11
O'tkir o'pka abssessi	15
Yuzaga kelish yo'llari, rivojlanish mexanizmlari	15
Klinik patofiziologiya.	15
Klinik kechishi va tashxisoti.	16
O'tkir o'pka yiringlashining asoratlari.	17
Tashxisot va differensial tashxisot.	18
Davolash yondashuvlari tamoyillari, jarrohlik davolashga ko'rsatmalar, aralashuv turlari	19
Operasiyaga (operativ davoga) ko'rsatma.	20
Surunkali o'pka abscesslari.	22
Kelib chiqish yo'llari	23
Klinik kechishi va tashxisoti	24
Differensial diagnostika.	25
O'tkir plevra empiyemasi va piopnevotoraks	28
Empiyemalar tasnifi	28
Epidemiologiya	29
Klinik patofiziologiya.	30
O'tkir empiyemani davolash: umumiy tamoyillar, jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar, operasiyalar turlari.	33
Surunkali plevra empiyemasi	35
Surunkali empiyemaning klinik kechishi	36
O'ZLASHTIRISHNI NAZORAT QILISH UCHUN TESTLAR	39
Vaziyatli masalalar	42
ADABIYOTLAR	46

KIRISH

2019 yilning oxirida Xitoy Xalq Respublikasida (XXR), epidyemiologik markaz - Uxan shahrida (Xubey provinsiyasi) yangi koronavirus infeksiyasining tarqalishi kuzatildi. 2020 yil 11 fevral kuni Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) yangi koronavirus keltirib chiqargan infeksiyaning rasmiy nomini – COVID-19 (“Coronavirus disease 2019”) deb belgiladi. 2020 yil 11 fevral kuni Viruslar taksonomiyasi bo'yicha Xalqaro qo'mita infeksiya qo'zg'atuvchisiga – SARS-CoV-2 degan rasmiy nom berdi.

Yiringli o'pka kasalliklari tashxis qo'yishning qiyinligi va bemorlar o'lim darajasining yuqoriligi tufayli, pulmonologiyaning batafsil o'rganishni talab qiladigan dolzarb masalalari qatoriga kiradi. Bu bir qator ob'yektiv va sub'yektiv sabablarga, xususan antibiotiklarga chidamli mikrofloraning keng tarqalganligiga ham bog'liq. Bu hatto COVID-19 ning yengil shaklida ham antibiotiklar asossiz ravishda buyurilishi tufayli juda muhim hisoblanadi. Bu, shubhasiz, immuniteti shunday ham pasaygan COVID bemorlariga ta'sir qiladi.

Hozirgi vaqtda SARS-CoV-2 infeksiyasidan keyin yoki infeksiya paytida o'pkaning yiringli asoratlari rivojlanishining aniq mexanizmi haqidagi savol ochiqlicha qolmoqda. O'pka absessining klinik va rentgenologik belgilari ko'pincha pnevmoniya (zotiljam) belgilariga o'xshaydi, ammo antibakterial va simptomatik davosi boshqacha bo'ladi. O'pka gangrenasida intoksikasiya sindromining kuchayishi asta-sekin rivojlanishi mumkin, bu esa shifokorning jiddiy kasallikka nisbatan hushyorligini pasaytiradi va noto'g'ri davolashga olib keladi. Barcha shifokorlar uchun keng qamrovli tashxisot tadbirlarini, asosiy klinik, instrumental va laborator ko'rsatkichlarni bilish zarur hisoblanadi.

Maqsad:

o'pkaning yiringli kasalliklarini tashxislashni, boshqa kasalliklar bilan differensial (farqlovchi) tashxis o'tkazishni va tegishli davolashni buyurishni o'rganish.

Vazifalar:

- o'pkaning yiringli kasalliklari tasnifi va simptomlari bilan tanishish;
- klinik, rentgen va laboratoriya tekshiruvlari natijalariga ko'ra o'pka absyessi, gangrenoz absess, o'pka gangrenasini farqlashni o'rganish;
- o'pkaning yiringli kasalliklarini davolashning terapevtik usullarini tanlashni o'rganish;
- jarrohlik usulida davolash uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni baholash;
- kasalliklar prognozini (oqibatini), natijalarini aniqlashni o'rganish.

O'PKA VA PLEVRANING YIRINGLI KASALLIKLARI VA ULARNING COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA KECHISHI HUSUSIYATLARI

Yangi koronavirus SARS-CoV-2 bir zanjirli RNK-saqlovchi virus bo'lib, Coronaviridae oilasiga mansub, Beta-CoV B qatoriga kiradi. Virus ushbu oilaning boshqa ba'zi a'zolari (SARS-CoV, MERS-CoV viruslari) kabi II-patogenlik guruhiga tegishli. SARS-CoV-2 koronavirusi taxminan ko'rshapalak koronavirusi va noma'lum koronavirus o'rtasidagi rekombinant virus hisoblanadi. SARS-CoV-2 ning genetik ketma-ketligi SARS-CoV genetik ketma-ketligiga deyarli 79% o'xshaydi. Koronaviruslar uchun asosiy nishon-hujayralar alveolyar epiteliy hujayralari bo'lib, ularning sitoplazmasida virus replikasiyasi sodir bo'ladi. Virionlar yig'ilgandan so'ng ular sitoplazmatik vakuolalarga o'tadi, vakuolalar hujayra membranasiga ko'chadi va ekzositoz yo'li orqali hujayradan tashqaridagi bo'shliqqa chiqadi. Hujayradan virionlar chiqishidan oldin virus antigyenlarining hujayra yuzasiga ekspressiyasi sodir bo'lmaydi, shuning uchun antitelo hosil bo'lishi va interferon ishlab chiqilishi nisbatan kechroq bo'ladi. Virus ta'sirida sinsitiyning shakllanishi virusning to'qimalarga tez tarqalishiga imkon beradi.

Virusning ta'siri hujayra membranalari o'tkazuvchanligining oshishiga va o'pkaning interstisial to'qimalariga va alveolalar ichiga albuminga boy suyuqlikning transporti kuchayishiga olib keladi. Bunda surfaktant parchalanadi, bu alveolalarning kollapsiga sabab bo'ladi, gaz almashinuvining keskin buzilishi natijasida o'tkir respirator distress-sindrom rivojlanadi. Bemorning immunosuppressiv holati nafas yo'llarining opportunistik bakterial va zamburug'li infeksiyalarining rivojlanishiga yordam beradi.

Koronavirus infeksiyasi yangi variantining eng keng tarqalgan klinik ko'rinishi ikki tomonlama pnevmoniya (virusli diffuz alveolyar shikastlanish mikroangiopatiya bilan) hisoblanadi; bemorlarning 3-4%da o'tkir respirator distress sindromi (O'RDS) qayd etilgan. Ba'zi bemorlarda tromboz va tromboemboliya bilan giperkoagulyasion sindrom rivojlanadi, boshqa a'zolar va tizimlar ham zararlanadi (markaziy asab tizimi, miokard, buyraklar, jigar, oshqozon-ichak trakti, endokrin va immun tizimlar), sepsis va septik shok rivojlanishi mumkin. COVID-19 ning yengil kechishidagi morfologik o'zgarishlarning tabiati noma'lum. Klinik simptomlarni tahlil qilish asosida virus hiqildoq epiteliysiga, nafas yo'llarining kiprikli epiteliysiga, I va II tipdagi alveolositlarga tropizmini (joylashib olishini) taxmin qilish mumkin.

COVID-19 ning kritik shakli sitokin bo'ronining bir turi bo'lib, uning namoyon bo'lishi birlamchi va ikkilamchi gemofagositar limfogistositoz (GLG) yoki makrofag faollashuvi sindromining (MFS) kyechishiga o'xshaydi. COVID-19 ning kritik kyechishida tug'ma va orttirilgan (Th1- va Th17-tipli) immunitetning

patologik faollashuvi, IL1, IL2, IL6, IL7, IL8, IL9, IL10, IL12, IL17, IL18, granulositar koloniyani stimullovchi omil (G-KSO), granulositar-makrofagal koloniyani stimullovchi omil (GM-KSO), o'sma nekrozi omili α ($O'NO-\alpha$), IFN γ -induksiyalovchi oqsil 10, IFN α va IFN β , monositar xemoattaktant oqsil 1 (MXO1), makrofag yallig'lanish oqsili 1 α (MYAO1 α), shuningdek yallig'lanish markerlari (CRB, ferritin) kabi "yallig'lanish oldi", immunoregulyator, "yallig'lanishga qarshi" sitokinlar va xemokinlar sintezining "disregulyatsiyasi" rivojlanadi.

COVID-19 tomonidan qo'zg'algan ikkilamchi GLG ning virusli sitokin bo'ronining boshqa shakllaridan farqi shundaki, sitokin bo'ronining ushbu variantida nishon organ - o'pka bo'lib, u koronavirusning o'pka to'qimalariga tropizmi bilan bog'liq, shuningdek. qon zardobidagi ferritin darajasining o'rtacha darajada oshishi kuzatiladi. COVID-19da immunitetning giperfaollashuvi ko'pincha bronxial va alveolyar limfoid to'qimalar bilan qo'shni bo'lgan o'pka parenximi bilan cheklanadi va O'tkir respirator distress sindromi rivojlanishi bilan kechadi.

COVID-19 pnevmoniyasining erta davrida qonda fibrinogen, mintaqaviy (regional) fibrinolizning me'yoriy darajasi va D-dimerning yuqori darajasi kuzatiladi, bu esa o'tkir makrofag faollashuvi sindromi rivojlanishining belgisi hisoblanmaydi. Ushbu jarayonni MFS ga o'xshash o'pka ichi yallig'lanishi deb hisoblash mumkin, u mahalliy tomir disfunktsiyasini, shu jumladan mikrotromboz va gemorragiyaning namoyon bo'lishini kuchaytiradi, ya'ni disseminatsiyalangan tomir ichi ivishiga qaraganda o'pka tomir ichi koagulopatiyasi ko'proq rivojlanishiga olib keladi. COVID-19 og'ir kechgan bemorlarda vaskulyar endotelial disfunktsiya, koagulopatiya, fosfolipidlarga qarshi antitanali trombozlar, katastrofik antifosfolipid sindromini eslatadigan klinik belgilar rivojlanadi. Klinik va patologik o'zgarishlarni DVC va trombotik mikroangiopatiyada (TMA) rivojlanadigan poliorgan trombozdan farqlash qiyin.

Endotelinying SARS-CoV 2 bilan assosiasiyalangan endotelit deb ataladigan, maxsus virusli va sitokin bo'roni (va keyinchalik - ehtimol autoimmun ham) tufayli kelib chiqqan shikastlanishi - COVID-19 ga xos bo'lgan, asosan o'pka, kamroq hollarda boshqa organlar (miokard, miya va boshqalar) mikroangiopatiyasining asosi hisoblanadi, bundan tashqari, bir qator kuzatuvlarda mahalliy o'pka yoki tizimli produktiv-destruktiv trombovaskulit rivojlanadi.

Patogenez

COVID-19 patogenezida mikrosirkulyator tomirlarning shikastlanishi muhim rol o'ynaydi. COVID-19 da o'pkaning shikastlanishiga alveolalararo to'siq kapillyarlarining, shuningdek, o'pka arteriyalari va venalarining eritrositlar quyuq

cho'kmasi, yangi fibrin va tromblar shakllanishi kuzatiladigan yaqqol to'laqonligi; qonli balg'am uchun substrat bo'lgan intrabronxial, intrabronxiolyar va intraalveolyar qon ketishlar, shuningdek perivaskulyar qon ketishlar xarakterlidir. Yaqqol namoyon bo'lgan alveolyar-gemorragik sindrom, deyarli gemorragik infarktlarning yuzaga kelishigacha bo'lgan holatlar ko'pchilik kuzatuvlar uchun xarakterli (garchi haqiqiy gemorragik infarktlar ham kam uchramasada).

COVID -19 da inkubasion (yashirin) davr 2 kundan 14 kungacha, o'rtacha 5 kun davom etadi. Taqqoslash uchun, mavsumiy grippning inkubasion davri taxminan 2 kun. COVID-19 ning birinchi simptomlari orasida tana haroratining oshishi 90% hollarda; yo'tal (quruq yoki oz miqdordagi balg'am bilan) 80% hollarda; 20% hollarda ko'krak qafasida siqilish hissi; 55% hollarda hansirash; mialgiya va charchoq (44%); balg'am ajralishi (28%); shuningdek, bosh og'rig'i (8%), qonom balg'am (5%), diareya (3%), ko'ngil aynishi qayd etiladi. Infeksiyaning boshlanishida ushbu simptomlar tana harorati ko'tarilmasdan ham kuzatilishi mumkin.

COVID-19 ning klinik shakllari va namoyon bo'lishi:

1. Yengil kechadigan o'tkir respirator virusli infeksiya.
2. Nafas yetishmovchiligi kuzatilmaydigan pnevmoniya.
3. O'tkir nafas yetishmovchiligi kuzatiladigan pnevmoniya.
4. O'tkir respirator distress sindromi.
5. Sepsis.
6. Septik (yuqumli-toksik) shok.

Gipoksemiya (SpO₂ ning 88%dan kam bo'lishi) 30% dan ko'p bemorlarda uchraydi.

COVID-19 ning yengil, o'rtacha va og'ir shakllari farqlanadi.

COVID-19 og'ir kechgan bemorlarda kasallikning 1-haftasida pnevmoniya rivojlanadi. O'pkada ikki tomonda ham nam kreptasiyali, mayda pufakchali xirillashlar eshitiladi. Perkussiyada o'pka tovushining to'mtoqlashishi aniqlanadi. Chuqur nafas olganda xirillash kuchayadi, yo'taldan keyin ular yo'qolmaydi, bemor tanasining holatiga qarab o'zgarmaydi (o'tirish, turish, yotish). Ryentgenografiyada o'pka maydonlarining periferik hududlarida infiltrasiya aniqlanadi. Jarayon rivojlanib ketganda infiltrasiya kuchayadi, zararlangan hududlar ko'payadi, O'tkir respirator distress sindromi qo'shiladi.

Infeksiya rivojlanganda sepsis va yuqumli toksik shok kuzatiladi.

SARSCoV-2 og'ir darajali pnevmoniyasining eng keng tarqalgan sababi nafaqat virusli, balki bakteriyali va zamburug'li, jumladan o'pkaning sun'iy

ventilyasiyasi bilan bog'liq superinfeksiyalar hisoblanadi.

O'pka COVID-19 infeksiyasining o'ziga xos xususiyati – bu o'pkada yallig'lanish o'chog'ining konsolidasiyasi bo'lib, yuqorida aytib o'tilganidek, kasallikdan keyingi uzoq muddatli davrda o'lim ko'rsatkichining yuqoriligi bilan assosiasiyalanadigan o'pkaning yiringli-destruktiv kasalliklari, sepsis yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin. Bu alveolyar diffuz shikastlanish, intraalveolyar qon ketish, alveolyar arteriolalarning stenozi yoki okklyuziyasi, ularning trombozi va yuqorida aytilganlarning oqibatida hujayra parenximasining nekrozi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. O'pkaning o'tkir yiringli-destruktiv kasalliklari (O'O'YDK) yuzaga kelishining yana bir omili SARS-CoV pnevmoniyasidan keyin ko'p uchraydigan o'pka fibrozi hisoblanadi.

O'pka SARS-COV-2 infeksiyasi kyechishining o'ziga xos xususiyati - o'pkadagi yallig'lanish o'chog'ining konsolidasiyasi bo'lib, u SARS-COV-2 kasalligi bilan og'rib o'tgandan so'ng uzoq muddatli davrda o'lim ko'rsatkichining yuqoriligi bilan assosiasiyalanadigan o'pka absessi va gangrenasi va sepsis hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin.

SARSCoV-2 og'ir darajali pnevmoniyasining eng keng tarqalgan sababi nafaqat virusli, balki bakteriyali va zamburug'li, jumladan o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi bilan bog'liq superinfeksiyalar hisoblanadi.

SARSCoV-2 infeksiyasi paytida/undan keyin O'O'YDKni standart davolash sxemasi patogenetik omillar tufayli samarasiz bo'ladi. Bu yerda jiddiy muammo – SARSCoV-2 ning yengil shaklida ham antibakterial preparatlarni asossiz qo'llash oqibatida yuzaga keladigan antibakterial chidamlilik paydo bo'ladi. Bu, o'z navbatida, O'O'YDKni davolashda qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, infeksiyaning tarqalishiga va natijada bemorlarning o'limiga olib keladi.

Klinik belgilari

O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda klinik belgilar asosan kasallikning tabiatiga, asoratlarning mavjudligiga va ularning shakliga bog'liq. Ulardan asosiylari o'pka to'qimasida yiringli-destruktiv jarayonning o'tkirligi, og'irligi va tarqalishi, o'pka atelektazining mavjudligi va darajasi, plevra bo'shlig'ining zararlanish hajmi hisoblanadi.

O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari bilan og'rigan bemorlar holatining og'irlik darajasi va jarayon dinamikasini ob'yektiv baholash uchun Yu.N.Levashov va L.I.Kobrin modifikasiyasi asosida G.I.Marchuk va boshq. tomonidan ishlab chiqilgan, ikkita integral ko'rsatkichlarni – og'irlik darajasining laborator (Pl) va klinik (Pk) indekslarini hisoblashga asoslangan miqdoriy usuldan foydalaniladi. O'O'YDK da klinik-rentgenologik ma'lumotlarni baholash

(ballarda) biror simptomning namoyon bo'lishiga va ma'lum bir darajada organizmning reaktivligiga ko'ra gradasion raqamli qiymatga ega bo'lgan standart shkala bo'yicha amalga oshiriladi.

Grafikdagi indekslarning dinamikasi kasallikning kechishini va davolash samaradorligini baholash imkonini beradi. Bunda matematik usul kasallik og'irlik darajasini ob'yektiv aniqlashga yordam beradi, konservativ terapiya yoki operatsiyadan oldingi tayyorgarlik samaradorligini o'z vaqtida baholash imkonini beradi.

Sepsisning rivojlanish chastotasini va sepsisga bog'liq organlar yetishmovchiligini aniqlash uchun 1991 yilda AQSHda (Chikago) pulmonologlar va intensiv terapiya shifokorlarining kyeleshuv konferensiyasida asos qilib olingan R.C.Bone ning sepsis tasnifi qo'llaniladi. O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklarining asorati sifatida tasdiqlangan sepsis tashxisi kelishuv konferensiyasi tomonidan taklif qilingan klinik-patogenetik belgilar asosida qo'yiladi.

Bemor ahvolining og'irligini balli tizim asosida bir vaqtning o'zida baholashda sepsis (yallig'lanishga tizimli javob) kyechishining kelishilgan tushunchasi bemor guruhlarini tasodifiy ajratish (randomirlash) imkonini beradi.

Deyarli barcha bemorlarda balg'amli yo'tal, vazn yo'qotish va holsizlik qayd etiladi. Balg'am miqdori bir kunda 20-30 ml dan 500 ml gacha o'zgarib turadi. Jarayon sepsis sindromi bilan asoratlangan bemorlarda balg'am miqdori 100 ml dan oshishi mumkin. Gangrenoz jarayonlarda va septik shok yoki og'ir sepsis bo'lganda balg'am 100% yomon hidga ega bo'ladi.

Ko'krak qafasidagi og'riqlar 8-9% hollarda va, odatda, o'tkir shaklli bemorlarda plevral asoratlari mavjud bo'lganda paydo bo'ladi.

Remissiya bo'lgan bemorlarda harorat reaksiyasi, odatda, subfebril bo'lib, Sepsis Sindrom rivojlanganda 38-38,5°C oralig'ida o'zgarib turadi. TYAJSda (tizimli yallig'lanishning javob sindromi) harorat 38-39,5°C oralig'ida qayd etiladi. Titrash va haroratning yuqori ko'tarilishi ko'pincha TYAJS va Sepsis Sindromda kuzatiladi.

Davolash tamoyillari

O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari bilan og'irgan bemorlarni davolashda asosiy qoida erta va adekvat endobronxial yoki transtorakal drenajlash va o'pkadagi yiringli-nekrotik o'choqni sanasiya qilish hisoblanadi.

SARS- COV-2 bilan kasallangan bemorlarda O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari etiologiyasida aerob va anayeerob mikroblar assosiasiyasi asosiy rol o'ynashidan kelib chiqqan holda, antibakterial terapiya dastlab kombinatsiyalangan holda amalga oshiriladi.

Antibakterial-detoksikasion davolashning birinchi bosqichi o'tkir davrda o'pkadagi yiringli-nekrotik o'choqni yetarli darajada drenajlash va sanasiya qilish fonida amalga oshiriladi va tibbiy muassasaning arsenalida mavjud bo'lgan barcha vositalardan, mos ravishda, muayyan holatda ko'rsatma bo'ladigan vositalardan foydalanishni nazarda tutadi. Davolashning birinchi bosqichi fonida O'pkaning Norespirator Faoliyati Yetishmasligini korreksiyalashga yo'naltirilgan davolashning keyingi bosqichini ulab ketish kerak. Bunda uning darajasini aniqlash juda muhim, chunki o'tkaziladigan davolashning keyingi taktikasi unga bog'liq bo'ladi.

O'pkaning norespirator funksiyasi yetishmovchiligining kompensasiyalangan darajasida umumiy dori-darmonli terapiya oqsilli-sintetik kuchaytiruvchi vositalarni (OSKV) qo'shish bilan to'ldiriladi.

Buning zaruriy sharti anabolik maqsadda ularni qo'llashning yuqori samaradorligi, metabolik jarayonlarning muvozanatiga faol ta'sir qilishi bo'ldi, ularning buzilishi biz tomonimizdan tajribada isbotlandi. Eng oqilona oqsilli-sintetik kuchaytiruvchi vositalardan biri albumin + retabolil kompleksi hisoblanadi. Bir kunda kamida 100 ml 10% albuminni venaga tomchilab yuborish, retabolilni har 3 kunda 1 marta mushak ichiga yuborish tavsiya etiladi.

Ham o'pkada, ham umumiy organizmda jiddiy metabolik o'zgarishlar rivojlanganda vaziyat O'O'YDKni konservativ davolash usullarining nomukammalligi sababli og'irlashadi, ular orasida dorilarni venaga yuborish yo'li yetakchi hisoblanadi.

Reologik preparatlarni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni venaga yuborish rejimi, birinchi navbatda yuqorida ko'rsatilgan, asosan organizmning toksinlar va infeksiyalarni markaziy qon oqimiga kirishini oldini olishga qaratilgan va shu bilan intoksikasiya va sepsisni kamaytiradigan himoya reaksiyalari hisoblangan mikrosirkulyasiya buzilishlarini korreksiyalashni nazarda tutadi. Tabiiyki, SARS-COV-2 o'tkazgan bemorlarda keng tarqalgan O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda iloji boricha yiringni tezroq evakuasiya qilish, destruksiya o'chog'ini yetarli darajada sanasiya qilish kerak. Bunday sharoitda o'choq mikrotomirlarining ochilishi intoksikasiya va septisemiyaning rivojlanishi bilan birga kechishi mumkin emas. Mahalliy jarrohlik aralashuvi va dori-darmonlarni arteriyaga yuborish masalalarini kompleks hal qilish tufayli zararlangan hududda dori vositalarining yuqori konsentratsiyasini ta'minlash uchun zarur shart-sharoitlar yaratiladi.

O'pkaning Norespirator Faoliyati Yetishmasligiga qarab asosiy va bazis dori vositalarini kiritishning yangi sxemasi ishlab chiqildi, ya'ni: birinchi bosqichlarda mikrosirkulyasiyani yaxshilaydigan dorilarni kiritish, chunki ular ishtirokisiz qo'llaniladigan dorilar zararlanish o'chog'iga yetib bormaydi va

arterio-venulyar shuntlar orqali umumiy qon oqimiga tushib, organizmdan chiqarib yuboriladi. Keyin biz zaharli metabolik mahsulotlarni, mikroorganizmlarning toksinlarini va yallig'lanishning ortiqcha mediatorlarini evakuasiya qilish uchun detoksikasion preparatlarni yubordik va antibakterial dorilarni bolyusli yuborishni qo'shdik. Ikkinchi bosqichda (3-4 kun) mikrosirkulyasiyaning tiklanish va o'pka to'qimalarining antibakterial preparatlar bilan to'yinish fonida o'tkazilayotgan kateterli terapiyaga oqsilli-sintetik kuchaytiruvchi vositalarni (albumin, alvezin va boshqalar) qo'shdik.

Davolash antibakterial preparatlarni 2-3 ta kombinasiyada bolyusli yuborishni o'z ichiga oladi. Bunda syefalosporinlar (syeftriakson, lendasin, fortum, rosyefin) va aminoglikozidlar (amikasin, amikin, gentamisin, netromisin) birinchi kuni yuqori zarbali dozada arteriya ichiga buyurildi, chunki bakterisid ta'sirga antibiotikning qondagi konsyentratsiyasi o'rtacha terapevtik dozadan 2-4 baravar yuqori bo'lganda erishiladi. Keyinchalik antibiotikli terapiya bakteriogramma ma'lumotlariga qarab korreksiyalanadi. Bugungi kunga kelib, o'pka destruksiyasining rivojlanishida noklostridial anaerob mikroorganizmlarning roli shubhasiz, shuning uchun metronidazol (metrogil, efloran, klion) kuniga 3000 mg gacha qo'llanildi.

SARS-COV-2 o'tkazgan O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda O'pkaning Norespirator Faoliyati buzilishlarini arteriyaga va venaga yuborish orqali kompleks korreksiyalashning original usullarini ishlab chiqish va tadbiq etish, infeksiyaga va yallig'lanishga qarshi kurash kateterli terapiya muddatini qisqartirish va yiringli-destruktiv jarayonni chegaralash jarayonini tezlashtirish, to'liq va klinik sog'ayish chastotasini oshirish, surunkaliga o'tish va o'lim ko'rsatkichini kamaytirish imkonini beradi.

Subkompensiyalangan O'pkaning Norespirator Faoliyati Yetishmasligi da korreksiyalash o'z ichiga oqsilli-sintetik kuchaytiruvchi vositalarni (albuminning 10%li eritmasi 100-200 ml, alvezin) arteriyaga va bir vaqtning o'zida retabolilni mushak ichiga yuborishni, kuniga 150 mg poliyen yoki poliyen-eksta, qattiq yog'lar, 40% etil spirtni og'iz orqali qabul qilishni oladi.

Birinchi bosqichda asosiy bazis eritmalar ryeologik (ryeopoliglyukin, ryeoglyuman) va dezintoksikasion (gemodez) eritmalar, ikkinchi bosqichda – OSKV (albumin, alvezin) va glyukozali-vitaminli aralashmalar (5%li glyukoza eritmasi + 10 ml 5%li askorbin kislotasi eritmasi) bo'ldi.

Dekompensasiyalangan O'pkaning Norespirator Faoliyati Yetishmasligi da medikamentoz davolash kompleks bo'lishi va o'z ichiga arteriya va vena ichiga kateterli terapiyani olishi lozim, bunda vena tomirlarini kateterlash yuqori kovak vena tizimining markaziy venasi orqali amalga oshiriladi.

Ushbu davolashni amalga oshirishning muhim qoidasi:

□ OSKV (aminokislotalar aralashmalari) va energiya manbalari (uglevodlar) va plastik materialni (yog'li emulsiyalar) bir vaqtda yuborish;

□ venaga yuboriladigan oqsilli-sintetik kuchaytiruvchi vositalar va uglevodlar va yog'lar ko'rinishidagi ichki oqsil bo'lmagan energiya nisbati quyidagicha bo'lishi kerak: kiritilgan azotning 1 g uchun 150-180 oqsil bo'lmagan kaloriya.

Azot va oqsil bo'lmagan kaloriya balansiga rioya qilinmaganda quyidagi asoratlari: gipeplikemiya, karbonat angidrid ishlab chiqilishining oshishi (gipepkapniya), kiritilgan azotli aminokislotalarni organizm tomonidan o'zlashtirilmasligi va uni siydik orqali muqarrar yo'qotilishi bo'lishi mumkin.

Yuqorida aytib o'tilgan asoratlarning oldini olish uchun biz ichki kateter terapiyasiga qo'shimcha - spirtlarni (etil spirti, sorbitol, ksilitol) qo'shishni taklif qildik.

Kaloriya qiymati bo'yicha spirtlar uglevodlardan ustunlik (7,1 kkal/l) qiladi. Ular organizmda oksidlanib, asetil koenzim A ga aylanadi.

Ushbu usulning ijobiy ta'siri:

1. Yaqqol darajada ifodalangan azotni tejash effekti.
2. Sedatsiya.
3. Analgyeziya (og'riq qoldirish).
4. Yurak-qon tomir tizimini tonuslash.
5. O'pka ventilyasiyasini kuchaytirish.
6. Ko'pikli o'chirish effektini ko'rsatish.

Birinchi bosqichda davolash bir kunda 500 ml gacha bo'lgan hajmdagi yog' emulsiyali preparatlarni 1 daqiqada 12-15 tomchi tezlikda iliq shaklda venaga yuborishni o'z ichiga oladi.

Keyinchalik ushbu tizimga uglevodlar bilan birga 33-35% li etil spirti eritmasi infuziyasi 0,1 g/kg/soat tezlikda, umumiy kunlik doza tana vazniga 1 g/kg hisobida qo'shiladi.

Bunda shuni esda tutish kerakki, etil spirtini glyukoza bilan birga yuborish uning organizmdagi oksidlanish tezligini oshiradi, bu esa mastlik hissi, taxikardiya kabi nojo'ya ta'sirlarni oldini oladi.

COVID-19 o'tkazgan O'pkaning O'tkir Yiringli Destruktiv Kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda O'pkaning Norespirator Faoliyati buzilishlarini korreksiyalashning original usullarini ishlab chiqish va tadbir etish, infeksiyaga va yallig'lanishga qarshi kurash yiringli-destruktiv jarayonni chegaralash jarayonini tezlashtirish, to'liq va klinik sog'ayish chastotasini oshirish, surunkaliga o'tish va o'lim ko'rsatkichini kamaytirish imkonini beradi.

O'tkir o'pka absessi

O'tkir o'pka absessi (xo'ppozi) - yiringli-destruktiv jarayon butun o'pkani egallaydigan o'pka gangrenasidan farqli o'laroq, o'pka to'qimalarida chegaralangan yiringli-destruktiv jarayon hisoblanadi. Absessning rivojlanishi gangrenadan farqli o'laroq, ko'pincha organizmning yaqqol himoya reaksiyasini ko'rsatadi, gangrenada esa yallig'lanish jarayoni organizmning kuchsiz reaktivligi yoki areaktivligi fonida kechadi.

Yuzaga kelish yo'llari, rivojlanish mexanizmlari

Yiringli o'pka kasalliklarining sabablari va rivojlanish mexanizmlari juda xilma-xildir. Bunda ushbu holatlarning rivojlanishiga yordam beradigan bir qator omillar mavjud. O'tkir yiringli o'pka kasalliklarining yuzaga kelish quyidagilardir:

1. Bronxogen (obturasiya, aspirasiya) – absess paydo bo'lishining asosiy sababi (90%gacha), odatda, bronxni yot jism, o'sma, chandiqli o'zgarishlar bilan to'sib qo'yilishi bilan bog'liq.
2. Tromboembolik (mikrobl va aseptik) – sepsis, O'ATE.
3. Pnevmoniyadan keyingi.
4. Jarohatlanishdan keyingi – o'pka to'qimasi va bronxial daraxtning yorilishi (jarohati) oqibatida o'pka to'qimasiga qon quyilishi.
5. Boshqa kelib chiqishlar (jarayonning qo'shni a'zoldan o'tishi)

Ko'pincha absessning rivojlanish mexanizmi quyidagi ketma-ketlik bilan ifodalanadi:

1. Nafas olish yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi. Bu omil barcha o'pka kasalliklarining rivojlanishida asosiy rol o'ynaydi. O'tkazuvchanlikning buzilishi balg'am, qon, o'sma, yot jism tufayli yuzaga kelishi mumkin. Aynan bronxlardagi drenajlash funksiyasining buzilishi absess va gangrena rivojlanishiga olib keladi.

2. O'pka parenximasidagi o'tkir yuqumli yallig'lanish jarayoni, u o'z navbatida o'pka to'qimalari va bronxial daraxtning shishishiga olib keladi, buning natijasida bronxial drenaj buziladi.

3. O'pka to'qimalarining yallig'lanish sohasidagi mikrosirkulyasiyaning buzilishi. Bu omil ko'pincha infarkt-pnevmoniyada, ya'ni o'pka to'qimalari nekrozi zonalarda yiringli jarayon boshlanganda birinchi o'ringa chiqadi.

Natijada patologik jarayon rivojlanadi, u og'irlashib, nafas olishning og'ir buzilishlariga, metabolik kasalliklarga va h.k. larga olib keladi.

Klinik patofiziologiya.

O'pka to'qimalarining bronxogen, gematogen yoki limfogen infeksiyalanishi parenxima va kichik bronxlarning yallig'lanishini keltirib chiqaradi. Spazm, shish yoki shilliqli obturasiya tufayli kichik bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi o'pka sohalarining atelektaziga olib keladi. Yallig'lanish natijasida to'qimalarning infiltrasiyasi va rivojlanib boruvchi shishishi kichik qon tomirlar va kapillyarlarning yallig'lanish infiltrati bilan siqilishiga olib keladi, bu o'pkaning yallig'langan havosiz hududida qon aylanishining buzilishi bilan birga kechadi. O'pka to'qimalarida qon aylanishining buzilishi mikroblar hayot faoliyati mahsulotlarining toksik ta'siri, kapillyarlar devorlarining tuzilmaviy shikastlanishi bilan kechadigan yallig'lanish qon aylanishi, nerv regulyasiyasi va o'pka to'qimalarining trofizmi o'zgarishi tufayli yuzaga keladi. O'pkadagi ushbu mexanizmlar, shuningdek, mayda tomirlar va kapillyarlarning siqilishi natijasida qon aylanishi keskin sekinlashadi, o'pka parenximasi hududlarida nekrozlar paydo bo'ladi, qon tomirlarning stazi va trombozi kelib chiqadi. O'pkaning o'lgan joylariga obturasiyalangan bronx, yuqori nafas yo'llari va og'iz bo'shlig'idan limfogen yoki gematogen yo'l bilan patogen mikrofloraning bevosita kirib borishi o'lgan o'pka to'qimasining yiringlashiga yoki chirishli parchalanishiga olib keladi. Nekroz yoki yiringli chirish elementlarining ustunligi kasallikning o'pkaning absessi yoki gangrenasi sifatida rivojlanishini oldindan belgilab beradi, bu ko'p jihatdan bemor organizmining reaktivlik holatiga bog'liq.

Klinik kechishi va tashxisoti.

Klinik manzara 2 bosqichga bo'linadi:

1. Absess bronxga o'tguncha bo'lgan bosqich:

Ushbu bosqichga pnevmoniyaning klinik manzarasi xos:

- Tana haroratining keskin ko'tarilishi (39-40°C gacha), ba'zan ter quyilishi bilan,

- Chuqur nafas olganda ko'krak qafasida og'riq,
- Quruq yoki kam miqdordagi balg'amli yo'tal, ba'zan yo'tal vaqtida qon tufdash kuzatiladi.

Bundan tashqari, anamnez yiqqanda absess rivojlanishiga yordam beruvchi omillarni aniqlashga e'tibor berish kerak (aspirasion yo'l, ko'krak qafasi jarohati).

Fizikal tekshiruv usullari:

- perkutor tovushning qisqarishi;
- nafas olishning zaiflashishi (zararlangan o'pka ustida nafas olish qattiqlashadi, bronxialgacha),

- ko'krak qafasi shikastlangan yarmining nafas olishda kechikishi, agar o'pka to'qimalarining shikastlanish hajmi sezilarli bo'lsa;
- ovoz titrashining kuchayishi,
- xirillash va kreptasiyaning paydo bo'lishi ko'rsatadi.

Ba'zida Kryukov simptomi kuzatiladi (absess hosil bo'lgan ko'krak qafasi maydonini perkussiya qilish va bosish paytida og'riq). Agar absess chuqur joylashgan bo'lsa, fizikal ma'lumotlar kam bo'lishi mumkin.

Asosiy diagnostika usuli rentgenogramma bo'lib, unda yumaloq zich soya shakllanganligi qayd etiladi. Kompyuter tomografiyasi tashxisni tasdiqlaydi.

FBS da byekilib qolgan bronxni topish mumkin.

2. Absess bronxga yorib o'tgandan keyin:

Absess bronxga o'tganda bemorlarda "og'iz to'lib" yiringli balg'am ko'p ajraladi, tana harorati normaga tushishi mumkin. Bemorning ahvoli og'irligicha qolishi mumkin. Yiringning bronxial daraxt orqali o'tishi yiringli bronxitning rivojlanishiga olib kelishi mumkin, bunda uzoq vaqt davomida balg'am ko'p miqdorda qqadi.

O'pka absessida balg'am yoqimsiz hidga ega bo'lib, bankada turganda u uch qatlamga bo'linadi. Pastki qismi yiringli, o'rtasi seroz suyuqlikli va yuqori qismi ko'pikli bo'ladi. Ba'zan balg'amda o'zgargan o'pka to'qimalarining kichik bo'laklarini (o'pka sekvestrlari) ko'rish mumkin.

Fizikal tekshiruvda

- perkutor tovush qisqarishining yo'qolishi, hatto timpanit paydo bo'lishi mumkin, ayniqsa absess katta bo'lsa,
- auskultasiyada turli o'lchamdagi nam xirillashlar bo'ladi,
- auskultasiyada amforik nafas paydo bo'lishi mumkin.

Ryentgenda zich soya o'rinda suyuqlik darajasi bo'lgan yumaloq soya paydo bo'ladi. Agar olib ketuvchi bronx yana to'lib qolsa intoksikasiya klinikasi yana qaytadi.

O'pkada bir nechta absesslar (gangrena) bo'lganda bemorlarda yiringli balg'amning ko'p miqdorda oqishi bilan sezilarli intoksikasiya sindromi kuzatiladi. Bunda rentgenda gorizontaal suyuqlik darajasi bo'lgan bir nechta bo'shliqlar qayd etiladi. Bu holat organizm reaktivligi past bo'lganda rivojlanadi va biror bo'lak yoki butun o'pkaning gangrenasiga olib keladi. Bunda auskultasiyada nam, katta o'lchamli xirillashlar qayd etiladi, bemorlarda yo'tal, odatda, balg'amsiz bo'lib, ular tez ozib ketishadi.

Perkussiyada o'pkaning sezilarli qismida perkussiya tovushining qisqarishi qayd etiladi. Qorin palpasiyasida taloq va gepatomegaliya qayd etilishi mumkin.

O'tkir o'pka yiringlashining asoratlari.

O'tkir o'pka absessi va gangrenasining asoratlari:

1. asosiy va eng og'ir asorat - absessning plevra bo'shlig'iga o'tishi va plevra empiyemasining shakllanishi, ba'zida pnevmotoraks,

2. qon tuflash - odatda, absessning bronxial daraxtga kirib borishi natijasi bo'lib, asoratdan ko'ra ko'proq xavfsiz kechish belgisi sifatida qarash mumkin.

3. o'pkadan qon ketishi - ba'zi hollarda absess yorilishi fonida rivojlanadi, ba'zida tezkor jarrohlikni talab qiladi,

4. bronxial daraxtning zararlanmagan joylariga yiringning so'rilishi va yangi absesslarning paydo bo'lishi;

5. uzoq organlarda, ko'pincha miyada absesslarning shakllanishi.

Bundan tashqari, yiringli-yallig'lanishli jarayonning yiringli-rezortiv isitma va sepsis kabi umumiy ko'rinishlarini asoratlarga kiritish mumkin.

Yiringli-rezortiv isitma - yiringli, anaerob yoki chirigan infeksiyaning mahalliy o'chog'idan bakterial toksinlar va to'qimalar parchalanish mahsulotlarining so'rilishi natijasida yuzaga keladigan holat. Asosiy simptom - bu isitmali holatga xos bo'lgan o'zgarishlar bilan tana haroratining oshishi. Yiringli-rezortiv isitmaning og'irlik darajasi infeksiya o'chog'ining kattaligi, og'irligi, uning sog'lom to'qimalardan chegaralanishi va toksik mahsulotlarning tashqariga chiqishi ehtimoli bilan belgilanadi. Cheklangan yiringlashda (absessda) yiringli-rezortiv isitma ko'pincha o'rtacha, o'pka gangrenasida - sezilarli bo'ladi. Harorat - 39°C gacha va undan yuqori, kunlik harorat o'zgarishi 1°C gacha. Ozg'in bemorlarda yiringli-rezortiv isitma 38°C va undan past haroratda ham kechishi mumkin. Yiringli-rezortiv isitma uchun, sepsisdan farqli o'laroq, umumiy buzilishlarning mahalliy belgilarga mos kelishi odatiy holdir; mahalliy belgilarning kamayishi isitmali o'zgarishlarning zaiflashishiga olib keladi, mahalliy jarayonning kuchayishi darhol yiringli-rezortiv isitmani kuchaytiradi. U uzoq vaqt davom etsa, kaxeksiyaga va bemorning o'limiga olib keladi.

Sepsis. Yiringli jarrohlikning ajralmas qismi bo'lib, o'pka absessi jarrohlik sepsisi rivojlanishining asosiy sabablaridan biridir.

Tashxisot va differensial tashxisot.

O'pkaning o'tkir absessi va gangrenasi tashxisotida klinik va fizikal ma'lumotlar, odatda, 2-o'ringa o'tadi. O'pka kasalliklarini tashxislashning asosiy usuli rentgen-tashxisot hisoblanadi. Jarrohlik o'pka kasalliklarining rentgen tashxisotida nafaqat patologik o'choqning mavjudligi, balki uning joylashuvini ham aniqlash juda muhimdir. Shuning uchun o'tkir o'pka yiringlashining diagnostikasi va differensial diagnostikasi uchun an'anaviy rentgenografiya yoki rentgen kompyuter tomografiyasi bilan kamida 2 ta proyeksiyada tekshiruv o'tkazish kerak. Agar zaruriyat bo'lsa, bronxografiya, liniyalı tomografiyadan ham

foydalanish mumkin.

O'pka yiringlashining rentgen manzarasi ko'plab omillarga bog'liq, masalan, yuqumli jarayonning bosqichi, patologik jarayonning tarqalganligi, bronxial daraxt bilan aloqasi va boshqalar. Avvalo, patologik jarayon qayerda joylashganligini o'pkadami yoki o'pkadan tashqaridami, aniqlash kerak. O'pka parenximasida joylashganda, keyingi bosqichda patologik o'choqlarning soni (bitta yoki ko'p), tarqalganligi (bir tomonlama - ikki tomonlama), hajmi, shakli, tashqi konturlarning aniqligi, tuzilishi (bir xil – bir xil emas), yorug' joylarning mavjudligi (o'pka destruksiyasiga xos) aniqlanishi kerak.

Shunday qilib, bronxial daraxtga kirishdan oldin o'tkir o'pka absessi uchun quyidagilar xarakterli: o'pka to'qimalarining aniq kontursiz zichlashishi aniqlanadi, soya bir xil, yuqori intensivlik, yumaloq, yorug' joylarning mavjud emasligi.

Abssess bronxga o'tib ketgandan so'ng, odatdagi rentgen tasvirda suyuqlik darajasi aniqlanadigan yumaloq soya aniqlanadi. Abssessning o'lchami bronx obturatsiyasi darajasiga qarab sezilarli darajada farq qilishi mumkin.

Gangrenada o'pka ko'p zararlanadi. Rentgenogrammada o'pkada bir nechta kichik bo'shliqlar aniqlanadi, ular keyinchalik birlashib, kattalashadi. Bo'shliqlar, odatda, ko'p kamerali bo'lib, bir nechta suyuqlik darajasiga ega bo'ladi, rentgenkompyuter tomografiyasida bo'shliqlarda sekvestrlar mavjudligi ham aniqlanishi mumkin.

Fibrobronkoscopiya. Bu o'pkaning o'tkir yiringlashida majburiy diagnostik-davo usuli hisoblanadi. Ushbu tadqiqot usuli nafaqat patologik jarayon rivojlanishining sababini, uning joylashishini aniqlashga, balki bronxial daraxtni sanasiya qilishga ham imkon beradi.

Bemorning ahvolini to'liq baholash uchun spirografiya ko'rsatkichlarini, qondagi gaz ko'rsatkichlarini ham baholash kerak, bu nafas olish yetishmovchiligi darajasi haqida ma'lumot beradi.

Birinchi navbatda o'pka sili, parazitlar o'pka kistalari bilan differensial diagnostika o'tkazilishi kerak.

Davolash yondashuvlari tamoyillari, jarrohlik davolashga ko'rsatmalar, aralashuv turlari

Davolash usullarining prinsiplari quyidagilardan iborat:

1. Abssessni drenajlash
2. Samarali etiotrop terapiya
3. Organizm qarshiligini oshirish
4. Intoksikatsiyani bartaraf etish
5. Rasional xirurgik davo.

Drenajlash. O'pkaning o'tkir absessi va gangrenasida drenajlash deganda ko'pincha zararlangan o'pkadan yiringli ajralmani nafas olish yo'llari orqali olib

tashlash tushuniladi, abscessni teri orqali drenajlash bundan mustasno.

Adekvat drenajlash quyidagi yo'llar bilan amalga oshiriladi:

- bronxoskopiya va bronxial daraxtning sanasiyasi yiringli o'pka kasalliklari uchun asosiy va eng muhim terapevtik va diagnostik usul hisoblanadi. Samarali va o'z vaqtida o'tkazilgan sanasion bronxoskopiya kasallik rivojlanishining sababini bartaraf etish va jiddiy asoratlardan, shuningdek murakkab jarrohlik aralashuvlardan qochish imkonini beradi.

- postural drenaj - pozision drenaj. U ham davolashning muhim qismi hisoblanadi. Sog'lom tomonga yoki boshni osiltirib yotish o'pka to'qimasidan yiringni yaxshiroq chiqishiga yordam beradi.

- abscesslarni teri orqali tashqi drenajlash. Ushbu turdagi aralashuv bajaruvchi shifokordan tajriba talab qiladigan usuldir. Ushbu manipulyasiya uchun zaruriy shart - bu abscessning periferik joylashuvi va bu sohada pariyetal va visseral plevra o'rtasida chandikli jarayonning mavjudligi.

- transbronxial kateterizasiya. Bu nafaqat patologik ajralmani evakuasiya qilish, balki abscess bo'shlig'ini antibiotiklar va antiseptiklar bilan yuvish imkonini beradi.

- kombinatsiyalangan usul (teri orqali tashqi drenajlashni transbronxial kateterizasiya bilan birlashtirish).

Samarali etiotrop terapiyaga abscesslar tarkibini, bronxial tarkibni ekish orqali mikroflorani va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash orqali erishiladi. Bundan tashqari, antibakterial vositalarni tayinlash uchun empirik sxema ham mavjud.

Organizm qarshiligini oshirish nafaqat vitaminli va immunokorrektiv preparatlarni qo'llash orqali, balki bemorlarga kichik dozalardagi spirtli ichimliklarni qo'llash bilan yuqori kaloriyali parhezlargacha bo'lgan adekvat ovqatlantirish orqali erishiladi.

Intoksikasiyani bartaraf etish klassik dezintoksikasion terapiya (masalan, majburiy diurez) va yuqoridagi usullar bilan, shuningdek, adekvat va o'z vaqtida bajarilgan xirurgik davo orqali erishiladi.

Rasional jarrohlik davo nafaqat oqilona hajmni, balki amalga oshirilgan davoning o'z vaqtida bajarilishini ham o'z ichiga oladi. Intoksikasiya, charchoq, gipoproteinemiya kuchayib borgan bemorda ba'zida uzoq muddatli operatsiyadan oldingi tayyorgarliksiz radikal jarrohlik davo maqsadga muvofiq bo'ladi, bu intoksikasiya sindromini tezda bartaraf etishga imkon beradi.

Operatsiyaga (operativ davoga) ko'rsatma.

O'tkir o'pka abscessi va o'pka gangrenasini jarrohlik yo'li bilan davolash masalasi konservativ davo samarasiz bo'lganda, yiringli-rezortbtiv isitma belgilari kuchayganda, bemorning hayotiga xavf tug'diradigan vaziyatlar yuzaga kelganda paydo bo'ladi. Yuqoridagilar bilan bog'liq holda, operatsiyalarni shartli ravishda shoshilinch va rejaliga bo'lish mumkin.

Shoshilinch jarrohlikka ko'rsatmalar:

1. O'pkadan qon ketishi
2. Konservativ usullar bilan bartaraf etilmagan qonli balg'am
3. Abssessning plevra bo'shlig'iga yorib kirishi natijasida rivojlangan, pnevmotoraks bilan kechadigan piopnevmotoraks.

Rejali operatsiyalar uchun ko'rsatmalar:

1. O'pka gangrenasi
2. Konservativ davoning samarasizligi

Jarrohlik turi va hajmi individual tanlanadi. Yuqoridagi holatlarni bartaraf etish uchun ikkita asosiy turdagi operatsiyalar: o'pkani drenajlash va rezeksiya qilish amalga oshiriladi.

Drenajlash operatsiyalari.

1. Plevra bo'shlig'ini drenajlash. Plevral drenaj bir vaqtning o'zida bir nechta muammolarni hal qiladi. Birinchidan, abssess plevra bo'shlig'iga o'tib, pnevmogidrotoraks rivojlanishida pleural drenajlash uni to'xtatadi; ikkinchidan, plevra bo'shlig'iga quyilgan yiringni olib tashlaydi, bu o'tkir plevra empiyemaşning rivojlanishiga to'sqinlik qilishi, shuningdek, yiringli-rezorbktiv isitmani to'xtatishi mumkin; uchinchidan, o'pka to'qimasi yorilganda rivojlanishi mumkin bo'lgan plevra bo'shlig'iga qon ketishning mavjudligi yoki yo'qligi; to'rtinchidan, abssessning o'tkir yorilishida plevra bo'shlig'ini o'z vaqtida drenajlash aynan bir bemor uchun yagona zarur operatsiya bo'lishi mumkin.

2. Pnevnotomiya. O'pka abssessini drenajlashning bu turi asosan tarixiy xususiyatga ega, ammo davolash usuli sifatida uni hozirgi davrda ham oqlash mumkin. Asosiy shart, abssessni tashqi drenajlashda bo'lgani kabi, taxmin qilingan pnevmotomiya joyida vissyeral va pariyetal plevraning mustahkam birikishi bo'lishidir.

3. Torakostomiya. Bemorning ahvoli og'ir va hayot uchun xavf yuqori bo'lganligi tufayli sezilarli intoksikasiya sindromi (yiringli-rezorbktiv isitma) va yiringli o'choqni olib tashlash imkoni yo'qligi (o'pka rezeksiyasi) haqida gap ketganda, torakostoma qo'yish juda samarali usuldir. Bunda torakotomiya amalga oshiriladi, yiringli o'choq ustidagi, ko'pincha 2-qovurg'aning rezeksiyasi amalga oshiriladi, plevra teriga tikiladi, bundan tashqari, agar zaruriyat bo'lsa va texnik jihatdan mumkin bo'lsa, torakostomaga yiringli bo'shliqning devorlari tikiladi. Torakostoma yiringli bo'shliqni muntazam ravishda sanasiya qilish imkonini beradi, bu yiringli-rezorbktiv isitma va umuman yiringli jarayonni tezroq bartaraf etishga yordam beradi. Torakostomiyada infeksiyon substrat va to'qimalarning detritini yanada samarali olib tashlash uchun yiringli yaraning tez tozalanishiga va granulyasiya o'sishiga yordam beradigan vakuumli bog'lamdan foydalanish mumkin. Davolash torakoplastika bilan tugaydi, hozirgi vaqtda torakoplastikaning

ko'krak qafasidagi deyarli har qanday nuqsonini yopish imkonini beruvchi ko'plab variantlari (shakllari) mavjud.

O'pka ryezeksiyasi.

O'pka syegmentni, bo'lagini rezeksiya qilish yoki pulmonektomiya o'pka abscesslari va gangrenasini davolashning radikal usuli hisoblanadi.

O'pka abscesslarida rezeksiya hajmi patologik o'choqning joylashishiga, uning o'lchamiga va bronxial daraxt bilan bog'liqligiga bog'liq. Konservativ davo ta'sir etmagan kichik periferik abscesslarni o'pkaning zararlangan segmentini anatomik rezeksiya qilish yoki hech qanday nafas disfunksiyasi bo'lmagan zararlangan hududni atipik rezeksiya qilish orqali olib tashlash mumkin.

Katta o'lchamli abscesslar, odatda, bir nechta segmentlarni egallaydi va o'pka bo'lagini olib tashlash kerak bo'ladi. Ammo operatsiya vaqtida plevra bo'shlig'ini, o'pkani va bo'laklararo yoriqlarni diqqat bilan qayta ko'rib chiqish kerak, chunki o'pka abscessining rentgenogrammasi ostida yopiq plevrit (parakostal, paramediastinal yoki bo'laklararo) yashiringan bo'lishi mumkin.

Pulmonektomiya qilish to'g'risidagi qaror - yiringli o'pka kasalliklari jarrohligidagi eng qiyin qarorlardan biridir. Pulmonektomiya faqat butun o'pka yiringli zararlanganiga to'liq ishonch hosil qilingandan so'ng amalga oshirilishi kerak.

O'tkir abscessning oqibatlari:

1) to'liq sog'ayish, bunda kasallikning klinik belgilari yo'qolishi bilan birga o'pka abscessining rentgenologik belgilari ham yo'qoladi.

2) klinik sog'ayish, kasallikning klinik belgilari to'liq yo'qolishi bilan tavsiflanadi, ammo o'pka rentgenida quruq bo'shliq aniqlanadi.

3) klinik yaxshilanish: bemor kasalxonadan chiqariladigan vaqtda bemorning tana harorati subfebril bo'ladi; bemor oz miqdorda shilliq-yiringli balg'am ajratadi, rentgenida uning atrofida o'pka to'qimalarining infiltratsiyasi aniqlanadi.

4) yaxshilanishsiz: bu bemorlarda hech qanday remissiyasiz kasallikning o'tkir shakli surunkali shaklga o'tadi; intoksikasiya tez kuchayadi; o'pka-yurak yetishmovchiligi; parenximal organlarning distrofiyasi rivojlanadi.

5) o'lim.

Surunkali o'pka abscesslari.

O'pkaning surunkali abscessiga patologik jarayon 2 oy davomida tugamaydigan o'pka abscesslari kiradi.

Tasnifi (Kolesnikov I.S., Vixrev B.S., 1973)

1. Kechishi bo'yicha:

- qo'zish
- remissiya

2. Kelib chiqishi bo'yicha:

- o'tkir abscess oqibati
- obturasion (shu jumladan, TBD yot jismlari)
- o'pkaning yot jismlari bilan bog'liq (jarohatlanish)
- «birlamchi»

3. Asoratlarning mavjudligi bo'yicha:

- asoratlanmagan
- asoratlangan

a. O'pka-plevra asoratlari (bronxoektazlar, o'pkadan qon ketishi, plevra empiyemasi va piopnevomotoraks, ikkilamchi o'pka yiringlashlari)

b. O'pkadan tashqaridagi asoratlari (sepsis, ichki a'zolar zararlanishi (amiloidoz), suyak-bo'g'im zararlanishlari)

4. Tarqalganligi bo'yicha:

- yakka-yakka va ko'plab
- bir tomonlama va ikki tomonlama

Kelib chiqish yo'llari

Kelib chiqishidan qat'iy nazar, surunkali o'pka abscesslarining rivojlanish yo'llari o'xshash.

Surunkali abscess paydo bo'lishining sabablari quyidagilardir:

a) drenajlash uchun sharoitning yomonligi (drenajlanadigan bronx tor, egri-bugri);

b) bo'shliqda sekvestrlarning mavjudligi;

v) o'pkada bo'shliqning diametri 5 sm dan katta yoki ko'plab abscesslarning mavjudligi;

g) abscessni tushishiga yo'l qo'ymaydigan plevra bo'shlig'idagi chandiqli jarayon;

d) o'tkir abscess oqibatida quruq bo'shliqning yuzaga kelishi (bemorlarning 5-10% da);

ye) organizmning yallig'lanish jarayoniga sust reaksiyasi

Abscess bo'shlig'ining yetarli darajada drenajlanmaganligi asosiy omil hisoblanadi, boshqa sabablar kamroq uchraydi, ammo surunkali abscess bo'shlig'ida sekvestrlarning mavjudligi 20-25% hollarda qayd etiladi va 5-10% hollarda quruq bo'shliq qoldig'idan surunkali abscess hosil bo'ladi.

Surunkali abscesslardagi asosiy qo'zg'atuvchilar o'tkir o'pka yiringlashidagi qo'zg'atuvchilar bilan bir xil. Biroq, bu mikroorganizmlar ko'p hollarda ko'pchilik antibiotiklarga chidamli bo'ladi. Bundan tashqari, ko'pincha antibiotikli terapiya

fonida zamburug'li zararlanishlar rivojlanadi.

Yiring sekin shakllanadigan absesslarga, ayniqsa keksa va qari odamlarda, qandli diabet bilan og'riغان bemorlarda rivojlanadigan absesslarga surunkali kechish xarakterlidir.

Klinik kechishi va tashxisoti

Surunkali absess bilan og'riغان bemorlarning ko'pchiligida kasallik o'tkir yiringlash jarayoni susaygandan keyin rivojlanadi, bu ko'pincha quruq qoldiqli bo'shliq paydo bo'lishiga olib keladi. Bir necha oydan keyin yoki undan kechroq, bunday sog'ayishdan so'ng, holsizlik paydo bo'ladi, vaqti-vaqti bilan subfebril harorat, avval quruq, keyinchalik nam yo'tal kuzatiladi. Tana haroratining keskin ko'tarilishi, nafas olganda og'izdan yoqimsiz hidning kelishi va chirigan hidli balg'am, rentgenogrammada gorizontaal suyuqlik darajasi yoki massiv gomogen soyaning aniqlanishi surunkali o'pka absessi tashxisini qo'yish imkonini beradi. Bunda yuqori harorat va yiringli balg'amning ajralishi davom etadi. O'pka to'qimalarining destruksiya bo'shlig'i va perifokal yallig'lanishli infiltrasiya turg'un saqlanadi.

Surunkali absesslarning asoratlari (ikkilamchi bronxoektaziya, o'pkadan qon ketishi, septikopiyemiya, parenximatov organlarning amiloid degenerasiyasi) odatda kasallikning qo'zish davrida va u uzoq davom etganda kuzatiladi.

Kasallik odatda qo'zish va remissiya davrining almashinishi bilan kechadi. Remissiya davrida tana harorati normal yoki subfebril, balg'am miqdori sezilsiz bo'lishi mumkin, bemorlarning ahvoli qoniqarli deb hisoblanadi.

Qisqa vaqtdan so'ng (1-2 hafta) tana harorati yana ko'tariladi, yo'tal kuniga 500-600 ml yoki undan ko'p yiringli balg'amning ajralishi bilan kuchayadi. Kasallikning kuchayishi umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi, uyqusizlik, ko'krak qafasining tegishli yarmida og'riqlar bo'lishi bilan kechadi. Tinch vaqtda ham hansirash qayd etiladi, jismoniy zo'riqishda u kuchayadi. Tekshiruvda teri rangi oqarib ketgan bo'ladi, nafas olayotganda og'izdan yoqimsiz hid keladi, yuz shishgan bo'ladi. Uzoq davom etadigan absesslarda pnevmoskleroz va atelektaz rivojlanadi, bu ko'krak qafasi shaklidagi o'zgarishlarda namoyon bo'ladi; og'riqli tomonning orqaga cho'kishi, qovurg'alararo bo'shliqlarning tortilishi va qovurg'alarining bir oz yaqinlashishi, shuningdek, ko'krak qafasi kasal tomonining nafas olishda kechikishi kuzatiladi.

Barmoqlarning "baraban tayoqchalari" kabi deformasiyasi o'pkadagi surunkali yiringli jarayonning eng doimiy belgilaridan biri bo'lib, bemorlarning 85-95%da kuzatiladi. Barmoqlarning qalinlashishi bilan birga, tirnoq plastinkalarining "soat oynasi" kabi deformasiyasiga e'tibor qaratiladi.

Uzoq muddatli o'pka absesslarida kuzatiladigan surunkali yiringli

intoksikasiya ko'pincha suyak to'qimasi sklerozining rivojlanishi bilan bo'g'imlar va uzun naysimon suyaklarning shikastlanishiga olib keladi (Bamberger-Mari sindromi).

Fizikal tekshiruv juda xilma-xil manzara berishi mumkin. Bu absessni bo'shalish darajasi bilan, plevrit kabi yondosh holatlarning mavjudligi bilan patologik o'choqning turlicha lokalizasiyasi bilan bog'liq.

Laboratoriya diagnostikasi. Surunkali yiringli intoksikasiya ushbu kasallikning o'ziga xos belgisi bo'lib, boshqa o'pka yiringlashlariga xos bo'lmagan o'ziga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi. Remissiya davrida ko'rsatkichlar normal qiymatlarga yetishi mumkin. Qonning oqsil tarkibiga alohida e'tibor qaratish kerak. Qo'zish davrida gipoproteinemiya asosan albumin fraksiyasi hisobiga kuzatiladi. Remissiya davrida albumin va globulinlarning globulinlarga nisbatan nomutanosibligi tufayli disproteinemiya paydo bo'lishi mumkin. Surunkali yiringliyallig'lanish jarayonida buyraklar faoliyatini nazorat qilish kerak. Umumiy tahlil va Zimniskiy sinamasidagi albuminuriya, silindruriya kabi o'zgarishlar ichki a'zolarida amiloidoz rivojlanganligining belgisi bo'lishi mumkin.

Instrumental tekshirish usullari. Avval aytib o'tganimizdek, o'pka rentgenografiyasi kamida ikkita proyeksiyada amalga oshirilishi kerak, bu o'pkaning zararlanish darajasini aniqroq baholash imkonini beradi. Eng ma'lumot beradigan usul - bu kompyuter rentgen tomografiyasi bo'lib, unda turli xil davolash usullarining samaradorligini yuqori darajadagi aniqlik bilan taxmin qilish mumkin.

Surunkali absess bilan og'rigan bemorni tekshirganda, bronkoskopiya qilish kerak, bronxografiya ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

Differensial diagnostika.

Surunkali o'pka absessining differensial diagnostikasi, birinchi navbatda, bronxoektaziya bilan o'tkazilishi kerak.

Kasallik o'ta rivojlangan bosqichlarda surunkali o'pka absesslari va bronxoektaziya o'rtasidagi aniq farqni aniqlash qiyin.

Asosiy farqlar: Bronxoektazlar, surunkali absesslardan farqli o'laroq, asosan yoshlarda uchraydi va erkaklar va ayollarda bir xil darajada keng tarqalgan.

1. Diqqat bilan to'plangan anamnez har doim bronxoektaziya xos bo'lgan holatlarni aniqlash imkonini beradi: bolalik davrida tez-tez uchraydigan pnevmoniya, qo'zishlar orasidagi davrda saqlanib qoluvchi bronxit.

2. Surunkali absess bilan og'rigan bemorlarda qo'zish davrida kamdan-kam hollarda balg'am ko'p ajraladi, bu bronxoektaziya bilan og'rigan bemorlarga juda xos bo'lib, bronxoektaziyaning har bir qo'zishida, ayniqsa ertalab uyqudan turganda balg'am ko'p miqdorda ("og'iz to'lib") ajraladi.

3. Bronxoektaziyali bemorlarning balg'amida elastik tolalar juda kam uchraydi, surunkali absesslarda esa deyarli doimo topiladi.

4. Surunkali absess bilan og'rigan bemorlarda kasallikning davomiyligi ko'pincha uzoq bo'lmaydi, ammo navbatdagi qo'zish paytida holatning og'irligi va intoksikasiya ancha yaqqolroq bo'ladi, bronxoektaziyali bemorlarda, hatto o'pkaning katta qismii yoki butun o'pka egallanganda ham bemor ko'pincha o'zini juda qoniqarli his qiladi.

5. O'pka absesslari ko'pincha yuqori va pastki bo'laklarning orqa segmentlarida, ayniqsa o'ng tomonda joylashadi. Ko'pincha, yuqori bo'lak zararlanganda, yallig'lanish jarayoni qo'shni pastki bo'lakka ham o'tadi yoki aksincha. Ko'pincha surunkali absesslarda bo'laklar va segmentlarning qo'shma zararlanishlari qayd etiladi. Bronxoektaziyada o'pkaning pastki bo'laklari, shuningdek, o'rta bo'lak segmentlari ko'proq shikastlanadi. Shikastlanish deyarli har doim o'pkaning anatomik qismi - segment, bo'laklar bilan chegaralanadi va kamdan-kam hollarda o'pkaning qo'shni bo'laklariga tarqaladi.

6. Rentgenologik tekshiruvlar. Surunkali absess juda uzoq davom etganda ham bronxlarning keng tarqalgan zararlanishi yuz bermaydi va bronxogrammalarda katta, tartibsiz shaklli bo'shliqlar aniqlanadi. Bronxoektaziyada bronxlarning silindrsimon, xaltasimon va aralash kengayishi aniq ko'rinadi. Bo'shliqlar rentgenologik tasvirini beruvchi kengaygan bronxlar ko'pincha to'g'ri konturga ega bo'ladi.

Surunkali o'pka absessining differensial diagnostikasi o'pka saratoni, sil kasalligi va yiringli o'pka kistalari bilan ham o'tkaziladi.

Surunkali absess va o'pka saratonining differensial diagnostikasida birinchi navbatda balg'am tahliliga e'tibor berish kerak (o'pka saratonida atipik hujayralarni aniqlash mumkin), bunda albatta periferik o'pka saratonining biopsiyali bronkoskopiyasi va rentgenologik tasviri talab qilinadi. Klinik jihatdan periferik saraton o'pka absessi bilan bir xil kechishi mumkin. Parchalanish aniqlangan periferik saratonni surunkalilik belgilari bo'lgan bo'sh absess bilan yanglishtirish mumkin. Bunda kasallikning anamneziga alohida e'tibor qaratish lozim: yuqori nafas yo'llarining infeksiyasi bilan bog'liq bo'lmagan yashirin boshlanish, tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi, ko'p miqdorda balg'am ajralishining yo'qligi, balg'am hajmi 100-150 ml, shilliqli, qon aralashmali bo'ladi.

Sil kasalligi bilan differensial tashxis qo'yish ham qiyin. Quyidagilarga e'tibor berish lozim:

1. anamnez,
2. jarayonning lokalizasiyasi: sil ko'pincha o'pkaning yuqori bo'lagi va 6 segmentni zararlaydi,

3. turli davomiylikka ega qo‘shimcha sil o‘choqlari bo‘lishi mumkin;
4. balg‘am ko‘p bo‘lmaydi, odatda hidsiz bo‘ladi,
5. balg‘amda sil mikobakteriyasining mavjudligi. Aktinomikozda balg‘amda zamburug‘ misyeliysi va druzlari topiladi.

Davolash

Surunkali o‘pka absessda konservativ davo operasiyadan oldingi tayyorgarlik bosqichi sifatida amalga oshiriladi. To‘liq va turg‘un davolanishga faqat zararlangan qismni yoki butun o‘pkani olib tashlash orqali erishish mumkin. Bunday davolashning asosiy maqsadlari quyidagilardan iborat:

1) yiringli intoksikatsiyani kamaytirish va o‘pkada yallig‘lanish jarayonining qo‘zishini bartaraf etish;

2) nafas olish va qon aylanish tizimlarining buzilgan funksiyalarini patologik jarayon bilan korreksiyalash, oqsil, suv-tuz, elektrolitlar buzilishi va anemiyani bartaraf etish;

3) organizmning umumiy immunologik qarshiligini oshirish.

Davolashning davomiyligi 2-3 haftani tashkil etadi. Ushbu davrda surunkali absess kechishida remissiyaga erishish mumkin yoki konservativ usullar samarasiz bo‘ladi - bu holda konservativ davoni davom ettirish maqsadga muvofiq emas.

Operasiyadan oldingi tayyorgarlikda asosiy e‘tibor traxeobronxial daraxtni kompleks sanasiya qilishga qaratilishi kerak. Bronxosanasiya o‘pka va traxeobronxial daraxtda yiringlash jarayonining qo‘zishi bartaraf etilgunga qadar amalga oshirilishi kerak. Postural drenaj qo‘llaniladi, antiseptiklar, antibiotiklar va fermentlar ingalyatsiyasi, bronxoskopik sanasiya o‘tkaziladi, dori-darmonlar intratraxyeal yuboriladi.

Surunkali absess bilan og‘rigan bemorlarda yiringli intoksikatsiyani va qo‘zishini bartaraf etish uchun *o‘pka absesslarini drenajlashni* qo‘llash mumkin, ayniqsa absess yakka holda va yuzaki joylashgan bo‘lsa (Torakosyentez yordamida drenajlash, pnevmotomiya).

Ko‘pincha *o‘pka bo‘lagi olib tashlanadi*, ammo yiringli jarayonning tarqalganligi tufayli ko‘pincha pulmonektomiya zarur bo‘ladi.

Bemor og‘ir umumsomatik holatda bo‘lganda torakoplastika o‘tkazish bilan *absess bo‘shlig‘ini tashqi drenajlash* mumkin.

Bundan tashqari, o‘pka absessining asoratlari haqida unutmazlik kerak. O‘pkadan qon ketishi operatsiya uchun mutlaq ko‘rsatmadir. Qon ketish davom etganda, shoshilinch yoki tezkor operatsiyalar amalga oshiriladi. Qon ketish

to'xtaganda, operatsiyani yaqin 8-12 soat ichida o'tkazish kerak, ushbu vaqt ichida operatsiya uchun ko'rsatma anamnezida qon ketish bo'lgan surunkali abscess bilan og'rigan bemorlarda 40-50 ml hajmda qon ketishidir. Operatsiya hajmi: o'pkaning zararlangan joyini qon ketish manbai bilan rezeksiya qilish, shuning uchun operatsiya intraoperativ bronkoskopiya bilan o'tkazilishi kerak.

Plevral empiyema yondosh bo'lgan surunkali abscessni xirurgik davolash o'pkaning tegishli qismini rezeksiya qilish bilan empiyemani davolash tamoyillariga muvofiq amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyingi o'lim hali ham 4-6% ga yetadi. Surunkali abscess bo'yicha o'tkazilgan o'pka rezeksiyasidan keyingi asoratlar (o'pka yurak yetishmovchiligi, plevra empiyemasi va bronxial oqmalar, qon ketish) tez-tez uchraydi va chastotasi 10-15% ni tashkil qiladigan o'limning asosiy sababi hisoblanadi.

O'tkir plevra empiyemasi va piopnevomotoraks

Empiyema – oldindan mavjud bo'lgan bo'shliqda yiringning to'planishi.

O'tkir plevra empiyemasi – bu visseral va pariyetal plevraning chegaralangan yoki diffuz yallig'lanishi bo'lib, plevra bo'shlig'ida yiring to'planishi va yiringli intoksikasiya belgilari bilan kechadi va ko'pincha nafas olish yetishmovchiligi kuzatiladi.

Piopnevomotoraks – bu etiologiyasi va patogenezini turlicha bo'lgan yiringli-destruktiv o'pka kasalliklarida rivojlanadigan, plevra bo'shlig'iga yiring va havoning o'tishi bilan tavsiflanadigan va o'tkir davrda xarakterli klinik manzaraga ega sindromdir.

Empiyemalar tasnifi

- I. Plevra empiyemasi klinik kechishi bo'yicha quyidagilarga bo'linadi:
 - a) O'tkir (kasallikning davomiyligi 8 haftagacha).
 - b) Surunkali (kasallikning davomiyligi 8 haftadan uzoq).
- II. Ekssudat tabiatiga ko'ra: a) yiringli;
b) chirigan.
- III. Mikroflora xarakteri bo'yicha:
 - a) maxsus (sil, zamburug'li, ya'ni mikotik);
 - b) nomaxsus (stafilokokkli, diplokokkli, anaerobli va boshq.);
 - v) aralash mikrofloralari.
- IV. Jarayonning tarqalishi bo'yicha:
 - a) erkin empiyemalar: total (rentgenologik tekshiruvda o'pka to'qimasi ko'rinmaydi), subtotal (faqat o'pkaning cho'qqisi ko'rinadi);
 - b) chegaralangan (shvart paydo bo'lganligi sababli xaltalangan).

V. Chegaralangan empiyemaning joylashishi bo'yicha quyidagilar farqlanadi: a) devor oldida, b) bazal (diafragma va o'pka yuzasi orasida), v) interlobar (bo'laklararo egatda),

g) apikal (o'pka cho'qqisi ustida), d) paramediastinal (ko'ks oralig'iga tutash),

ye) ko'p kamerali, plevra bo'shlig'idagi yiringli to'planishlar turli darajalarda joylashgan va bir-biridan spayka bilan ajralgan;

VI. O'pkadagi empiyemaning sababi bo'lgan patologik jarayonning tabiati bo'yicha:

a) parapnevmonik (empiyemaning pnevmoniya bilan birikmasi);

b) o'pkada destruktiv jarayon bilan birikmasi (o'pka absessi, gangrenasi);

v) metapnevmonik (abakterial parapnevmonik plevrit yiringlashi)

VI. Tashqi muhit bilan aloqa tabiati bo'yicha:

a) yopiq, tashqi muhit bilan aloqa qilmaydi;

b) plevroorgan, bronxoplevral yoki plevrodermal oqma bilan ochiq empiyema.

Epidemiologiya

Birlamchi va ikkilamchi plevra empiyemasi farqlanadi. Birlamchi plevral empiyemaning sabablari ko'pincha yopiq va ochiq ko'krak qafasi jarohatlari hisoblanadi.

Jarohatlanishdan keyin empiyema rivojlanishining sabablari:

1. Parenximaning sezilarli darajada shikastlanishi, bronxoplevral oqmaning mavjudligi yoki bronx o'tkazuvchanligining buzilishi bilan bog'liq o'pkaning turg'un atelektazi.

2. Ikkinchi marta ochilgan pnevmotoraks

3. O'pka ichidagi va plevra ichidagi yot jismlar

4. Infeksiyalangan laxta holdagi gematoraks

5. Qizilo'ngachning shikastlanishi

6. Ko'krak devori yumshoq to'qimalarining flegmonasi

7. To'sh suyagi, qovurg'alar yoki kurak suyagining paraplevral yiringli o'choqli osteomiyelitlari.

Ko'krak qafasi organlarida (o'pka, bronxlar, qizilo'ngach) o'tkazilgan operatsiyalardan keyin rivojlanadigan postoperasion empiyema haqida unutmashimiz kerak.

Ikkilamchi empiyemaning sabablari - o'pka va plevraning yiringli-yallig'lanish kasalliklari asoratlari: pnevmoniya, o'tkir va surunkali absesslar, o'pkaning yiringli kistalari, plevritlar, shuningdek yallig'lanish jarayonining qo'shni bo'shliqlardan o'tishi (diafragma osti absesslari, o'tkir xolesistit,

oshqozonning teshilgan yarasi). Kam hollarda empiyema o'pkaning yiringli yoki parazitar kistasining, parchalanayotgan o'smaning, spontan pnevmotoraksning asoratlari sifatida rivojlanishi mumkin.

Ikkilamchi plevra empiyemasi ko'krak qafasidagi jarohatning yiringlashida, qovurg'alar, umurtqa pog'onasi, to'sh suyagi osteomiyelitlarida, xondrit, limfadenit, mediastinit, perikarditda kontakt yo'li bilan ham rivojlanishi mumkin.

O'tkir plevral empiyema polietiologik kasallikdir. Etiologiyaga ko'ra maxsus, nomaxsus va aralash plevra empiyemalari farqlanadi.

Maxsus plevral empiyema sil mikobakteriyalari, zamburug'li EP (aktinomikotik, kandidomikotik, aspergillez), sifilitik plevrit tufayli yuzaga keladi.

Nomaxsus plevral empiyemani turli xil piogen yoki chirish mikroorganizmlari qo'zg'atadi. Boshqalarga nisbatan ko'pincha stafilokokklar topiladi - 77% gacha. Plevra bo'shlig'idagi yiringni bakteriologik ekishda 30-45% hollarda gr (-) mikroorganizmlar (ichak tayoqchasi, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus* shtammlari) ajratib olinadi. 80% hollarda anaerob noklostridial flora (bakteroidlar, fuzobakteriyalar, peptokokklar, peptostreptokokklar va boshqalar) o'sadi.

Klinik patofiziologiya.

Plevra to'qimalariga, so'ngra plevra bo'shlig'iga tushgan piogen bakterial flora ba'zi o'ziga xos xususiyatlarga ega javob yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi.

Bakterial toksinlar o'zlarining ta'sirlovchi xususiyatlarini namoyon qiladi va plevra va qoplovchi endoteliy hujayraviy elementlarining o'limini keltirib chiqaradi. Plevraning keng yuzasida javob qon tomir reaksiyasi juda ko'p ekssudasiya shaklida namoyon bo'ladi.

Yallig'lanishning boshlang'ich bosqichida ekssudatning sezilarli qismi asosan pariyetal plevra tomonidan so'riladi, plevra yuzasida qolgan fibrin va dumaloq hujayrali infiltrasiya sababli shishadigan endotelial qoplam plevrani xira va g'adir-budir qiladi. Endoteliy qoplam yo'qolgan joylarda granulyasion to'qima rivojlanadi. Bu o'zgarishlar natijasida ekssudatning so'rilishi qiyinlashadi va plevra bo'shlig'i dastlab seroz, seroz-fibrinoz, so'ngra yiringli oqma bilan to'ladi.

Ekssudat plevra yuzalarini ajratmaydigan, ularni aloqada qoldiradigan joylarda ular orasida fibrinli chegaralovchi bitishmalar hosil bo'ladi, ular ko'pincha yiringli ekssudatning yuqori sathida joylashgan bo'ladi. Bunda yiringli ekssudat darajasi Damuazo-Sokolov chizig'ini hosil qiladi.

Ba'zi hollarda, bu bitishmalar plevra bo'shlig'ini ekssudat bilan alohida qismlarga bo'ladi, plevritning mahalliy va ko'p kamerali shakllarini shakllantiradi.

Proliferativ infiltrasiya bir tomondan o'pkaning tutash joylariga, ikkinchi tomondan ko'krak devoriga tarqaladi va hosil bo'lgan fibrinoz bitishmalarga ham

o'tadi. Keyinchalik bu infiltrasiya yiringli eksudatni to'liq izolyasiya qilib, granulyasion va tolali biriktiruvchi to'qimalarga o'tadi, bu eksudat so'rilib ketganda plevra bo'shlig'ining to'liq obliterasiyasiga olib keladi, keyinchalik sog'ayish kuzatiladi.

Kuchsizlangan organizmda chegaralovchi bitishmalar hosil bo'lmaydi va yiringli eksudat asta-sekin butun plevra bo'shlig'ini to'ldiradi va diffuz pleuritni hosil qiladi. Bunda o'pka ildizga qarab orqaga suriladi, ko'ks oralig'i a'zolari sog'lom tomonga siljiydi va diafragma tushadi.

Mahalliy yoki diffuz yiringli pleuritda eksudatda virulent infeksiya saqlanib qolsa, yallig'lanish jarayoni rivojlanadi, ba'zi kuzatuvlarda yiring ko'krak devori va teri ostiga o'tadi, boshqalarida u o'pka to'qimasidan o'tadi va bronx ichiga kiradi, ya'ni ichki bronxo-plevral oqma hosil bo'ladi, ushbu oqma orqali bemor yiring yo'taladi.

Ilgari bronx bilan aloqada bo'lgan o'pka absessining plevra bo'shlig'iga kirib borganda piopnevmotoraks hosil bo'ladi.

Mikroblarning qorin bo'shlig'idan plevrage o'tishi limfa tomirlari va "lyuklar" (kengaygan limfa tomirlari) deb nomlanuvchi diafragmadagi yoriqlar, yoki gematogen yo'l orqali sodir bo'ladi.

Klinik kechishi.

O'tkir empiyemaning klinik kechishi ko'plab omillarga, masalan, empiyemaning rivojlanish sabablari, yiringli jarayonning tarqalganligi, mikrofloraning virulentligi, organizm reaktivligi, konservativ va xirurgik davolashning o'z vaqtida va yetarli darajada o'tkazilganligiga bog'liq. Shu bilan birga, o'tkir empiyemaning turli shakllari juda ko'p umumiy xususiyatlarga ega: kasallik o'tkir, harorat ko'tarilishi, titroq bilan boshlanadi, ko'krak qafasining kasallangan tomonida og'riqlar paydo bo'ladi, u chuqur nafas olganda kuchayadi, hansirash kuzatiladi. Harorat odatda yuqori bo'ladi va ba'zida, ayniqsa, chirituvchi va noklostridial anaerob infeksiyalarida gektik xarakterga ega bo'ladi. Harorat reaksiyasining bo'lmasligi odatda organizm areaktivligini (javob bermasligini) ko'rsatadi, ammo sepsisni istisno qilmaydi. Yo'tal paydo bo'ladi, ishtaha yomonlashadi. Yo'tal xurujlari tez-tez va uzoq muddatli, ko'p balg'amli bo'ladi, bu odatda, bronxoplevral oqma mavjudligidan dalolat beradi. O'tkir empiyemaning klinikasi ko'pincha tizimli yallig'lanishli javob sindromi va yiringli-rezortiv isitma, keyinchalik sepsis rivojlanishi bilan kechadi.

Yiringli jarayonning tarqalganligiga ko'ra bemorlarda terining rangparligi va shilliq pardalarning sianozi qayd etiladi, ko'krak qafasi tekislangan qovurg'alararo bo'shliqlar bilan bochkasimon shaklni olishi mumkin. Bemorning pozitsiyasi ko'pincha og'riqli tomonda bo'lib, bu nafas olish va og'riqni yengillashtiradi, ammo yaqqol nafas yetishmovchiligi bilan bemorlar ortopnoe

pozisiyani egallashlari mumkin.

Diagnostika.

O'tkir plevral empiyemada *anamnez* cheklangan ahamiyatga ega. Oldingi patologiyani ko'rsatish (o'pka, qorin bo'shlig'i a'zolari jarohati, yallig'lanish kasalliklari va boshq.) ozgina qo'shimcha ma'lumot beradi.

Fizikal tekshiruv ham axborot borasida cheklangan. Massiv gidro yoki pnevmogidrotoraks rivojlanganda fizikal ma'lumotlar yanada yaqqolroq bo'ladi: nafas olish keskin zaiflashadi yoki zararlangan tomonda eshitilmaydi, perkussiyada plevra bo'shlig'ida (piopnevotoraks) yoki Ellison-Damuazo chizig'i bo'ylab (piotoraks) gorizontaal darajali suyuqlik aniqlanadi.

Differensial diagnostika.

Pnevmoniya (Zotiljam).

Empiyema va pnevmoniya o'rtasidagi asosiy farqlar:

1. qovurg'alararo bo'shliqlarning qisman bo'rtishi va kengayishi;
2. palpasiyada mahalliy og'riq,
3. ovoz titrashining kuchsizlanishi,
4. o'pka tovushining to'mtoqlashishi,
5. nafas olishning zaiflashishi,
6. bronxofoniyaning kuchayishi,
7. ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi.

Differensial diagnostikada o'pkaning ko'po'qli rentgenoskopiyasi, tomografiyasi va plevra bo'shlig'ining punksiyasi hal qiluvchi ahamiyatga ega.

O'pka atelektazi:

Obturation atelektazda: fibrobronkoscopiya - katta bronx obturatsiyasining mavjudligi, obturatsiyani bartaraf etish - atelektazlangan o'pkaning kengayishi.

Kompression atelektazda - plevral punksiya yoki plevra bo'shlig'ining drenajlash, asoratlanmagan plevritda, nomaxsus gidrotoraksda yuzaga keladi.

O'pkaning o'smalari va kistalari.

Chyegaralangan empiyemaning tasvirini berib, o'pka maydonining ko'krak devoriga o'tadigan periferik soyasi ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Patologik o'choqni punksiya qilish ma'lumotlari o'pkadagi o'smani aniqlashi mumkin.

O'pka abssessi, abssesslanuvchi pnevmoniya.

Differensial diagnostika uchun kompyuter tomografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi, ba'zida bronxografiya yordam beradi, chunki bronxial shoxlarni orqaga surilishi, ularning deformatsiyasi plevra empiyemasiga xos, ularning bo'shliq yaqinida sinishi o'pka abssessidan dalolat beradi.

Piopnevotoraks rivojlanishida differensial diagnostika o'tkir miokard infarkti, o'pka arteriyasi tromboemoliyasi, bronxial astma xuruji, stenokardiya, ba'zan esa qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir kasalliklari (teshilgan yara, o'tkir xolesistit) bilan o'tkazilishi kerak. Piopnevotoraksni ko'krak devoriga yaqin joylashgan katta o'pka absesslaridan ajratish ayniqsa qiyin.

Bu, odatda, gangrenoz absesslar shakllanganda, sekvestrlarning erishi natijasida yiringli bo'shliq hajmining sezilarli darajada ortishi rentgenologik jihatdan qayd etiladi, bu o'pka destruksiyasi zonasida chegaralangan piopnevotoraks paydo bo'lishi haqida noto'g'ri tasavvur paydo qiladi. Bunday hollarda kompyuter tomografiyasi zarur.

O'tkir empiyemani davolash: umumiy tamoyillar, jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar, operasiyalar turlari.

O'tkir plevral empiyema va piopnevotoraks bilan og'rigan bemorlarni davolashning umumiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

1. Plevra bo'shlig'i yiringli eksudatini olib tashlash
2. O'pkani ertaroq tarqatishga qaratilgan tadbirlar
3. Gomeostaz va immunologik reaktivlikni korreksiyalash
4. Rasional antibiotikli davo
5. Umumiy mustahkamlovchi va qo'llab-quvvatlovchi davo

Umumiy davolash

Yaqqol intoksikasiya va suvsizlanish fonida volemik buzilishlarni korreksiyalash juda muhim hisoblanadi. Odatda, barcha bemorlarda massiv infuziyalar va markaziy venoz bosimni nazorat qilish uchun o'mrov osti venasi kateterlanadi. Suv-elektrolitlar buzilishini korreksiyalash uchun glyukoza (10-20% li eritmalar), kaliy (asparkam) va insulinni o'z ichiga olgan eritmalar qo'llaniladi. Gipo- va disproteinemiya yo'qotish uchun albumin, tabiiy plazma infuziyalari buyuriladi. Ozib ketgan bemorlarda ko'pincha to'liq yoki qisman parenteral ovqatlanish tamoyillariga muvofiq infuzion terapiya dasturini tuzish lozim bo'ladi. Anemiyada qon quyish kerak.

Yaqqol endogen intoksikasiya detoksikasion choralarni talab qiladi. Eng oddiyi - majburiy diurez hisoblanadi.

Umumiy mustahkamlovchi va simptomatik terapiya yaxshi ovqatlanish, vitaminlar, adekvat og'riqsizlantirish va bemorlarni faollashtirishni o'z ichiga olishi kerak.

Plevra bo'shlig'idan yiringli ajralmani olib tashlash quyidagi usullar bilan amalga oshirilishi mumkin:

1. Plevral punksiya
2. Plevra bo'shlig'ini faol aspirasiyasiz drenajlash
3. Plevra bo'shlig'ini faol aspirasiya bilan drenajlash
4. Plevra bo'shlig'ini ochiq drenajlash.

Plevra bo'shlig'ining punksiyasi plevra bo'shlig'idan yiringli eksudatni olib tashlashning samarali chorasidir, ammo uning bir qator kamchiliklari bor: birinchidan, cheklangan empiyemada ham yiringni butunlay olib tashlab bo'lmaydi; ikkinchidan, plevra empiyemasida terapevtik punksiya, albatta, empiyema o'chog'ini yuvish va antiseptiklarni yuborish birga olib borilishi kerak, bu shubhali samaradorlikda juda mashaqqatli; uchinchidan, terapevtik samaraga erishish uchun plevra punksiyasi qayta-qayta bajarilishi kerak; to'rtinchidan, plevra tarkibining to'planishi va uning tabiatining dinamik monitoringini amalga oshirish deyarli mumkin emas.

Plevra bo'shlig'ini drenajlash - eng maqsadga muvofiq usuldir. Drenajlash nuqtasi rentgen ma'lumotlari, shuningdek, dastlabki plevral punksiya bilan aniqlanadi. Empiyema bilan plevra bo'shlig'ini o'z vaqtida drenajlash yiringli tarkibni deyarli butunlay olib tashlashga imkon beradi, agar kerak bo'lsa, plevra bo'shlig'ini yuvib tashlash, shuningdek, oqindi miqdori va xarakterini kuzatib borish lozim. Faol aspirasiya yoki passiv drenajni tanlash faol aspirasiya foydasiga hal qilinishi kerak. Plevra bo'shlig'ini adekvat drenajlash empiyemani davolashning asosiy usuli hisoblanadi.

Operativ davo:

Plevra bo'shlig'ini adekvat konservativ davo bilan drenajlash kerakli natijalarni bermasa, plevral empiyema va piopnevmotoraksda operativ davo qo'llaniladi.

Plevra bo'shlig'ini drenajlashda samara bermaslik sabablari:

1. Bronxo-plevral oqmaning mavjudligi
2. Yiringli jarayonning shakllanish bosqichiga o'tishi
3. Plevra bo'shlig'iga ochilgan abscessning mavjudligi
4. O'pka to'qimalarining yiringli jarayon bilan sezilarli darajada zararlanishi (o'pka gangrenasi)
5. Plevra bo'shlig'i yirik sekvestrlarining mavjudligi
6. O'pkaning to'g'rilanishiga to'sqinlik qiluvchi plevra shvartlari va fibrinoz plevritning mavjudligi.

O'tkir plevral empiyema kyechishining eng yomon shakli bronxo-plevral oqmaning mavjudligi hisoblanadi. Ushbu holatni bartaraf etish uchun plevra bo'shlig'idan keyingi faol aspirasiya bilan oqmaning transbronxial obturasiyasidan foydalanish mumkin. Yaxshi kechganda o'pka to'g'rilanadi, empiyema bo'shlig'i

yopiladi.

Yiringli jarayonning shakllanish bosqichiga o'tishini kompyuter tomografiyasi orqali aniqlash mumkin, unda plevral ajralmada gaz joylari paydo bo'ladi va densimetrik zichlik esa +13HU dan +27HU gachani tashkil etadi. Ushbu davrda patologik tarkibni olib tashlash va plevra bo'shlig'ini drenajlash bilan o'pkaning torakoskopik dekortikasiyasini o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Ochilgan abscess, o'pka gangrenasi, yirik sekvestrlar va plevral shvartlar mavjud bo'lganda, operatsiyaning minimal hajmi - torakotomiya, o'pkaning reviziyasi, dekortikasiyasi hisoblanadi. Jarrohlik davolashning keyingi taktikasi patologik jarayonning hajmiga bog'liq. Plevra bo'shlig'iga ochilgan abscess bo'lsa, tegishli bo'lakning qo'shimcha lobektomiyasi, o'pkaning umumiy gangrenasi mavjud bo'lganda - pulmonektomiya amalga oshiriladi.

Shuni esda tutish kerakki, o'pkaning bir qismini yoki butun o'pkani olib tashlash juda shikastli aralashuvdir. Bemorning umumiy holatini hisobga olgan holda, bu holda operatsiya hajmi torakostoma hosil qilish va empiyema bo'shlig'ining ochiq drenajigacha kamaytirilishi mumkin. Ushbu aralashuvning asosiy maqsadi yiringli o'choqni yo'q qilishdir, shu bilan birga yiringli-rezorbktiv isitma va tizimli yallig'lanishning javob sindromi belgilari yo'qoladi, bemorning sog'lig'i yaxshilanadi va ishtahasi paydo bo'ladi.

O'tkir empiyema va piopnevotoraksda rejalashtirilgan operatsiyalardan tashqari, shoshilinch jarrohlik uchun ko'rsatmalar paydo bo'lishi mumkin:

- o'pkadan qon ketish,
- drenajlashda yo'qolmaydigan piopnevotoraks.

Bunday holda, o'pka absessi holatida bo'lgani kabi, jarrohlik aralashuvning minimal hajmi - torakotomiya, o'pkaning zararlangan hududini qon ketish manbai yoki bronxo-plevral oqma bilan rezeksiya qilish hisoblanadi.

Surunkali plevra empiyemasi

Surunkali plevra empiyemasi - qo'pol va turg'un morfologik o'zgarishlarga ega bo'lgan plevra bo'shlig'ining og'ir yiringli-destruktiv jarayoni bo'lib, davriy qo'zib turishi va uzoq davom etishi bilan tavsiflanadi.

O'tkir va surunkali plevra empiyemasini aniq ajratish juda muammoli. Ko'pgina hollarda, kasallikning davomiyligi 2 oydan oshganda, empiyema surunkali hisoblanadi.

Surunkali empiyema o'tkir empiyemaning oqibati sifatida rivojlanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, o'tkir empiyema 5-20% hollarda surunkali holga keladi. O'tkir empiyemadan surunkali holatga o'tishning sabablari quyidagilardan iborat.

1. Turg'un bronxoplevral oqmalar
2. Qovurg'alar xondriti va osteomiyeliti
3. Atelektazlangan o'pkaning sklerotik o'zgarishlari
4. Ko'p bo'shliqli empiyemalar
5. Yot jismlar va katta sekvestrlarning mavjudligi
6. Rezeksiya qilingan o'pka o'lchamining plevra bo'shlig'i hajmiga mos

kelmasligi

Bu sabablarning barchasi, u yoki bu darajada, o'tkir empiyemani yetarli darajada davolamaslikning va davolash taktikasidagi xatoliklarning oqibatidir. Bundan tashqari, uzoq muddat kechgan yuqumli jarayon tufayli organizm reaktivligining pasayishi muhim rol o'ynaydi.

Surunkali empiyemaning klinik kechishi

Surunkali plevra empiyemasining klinik va morfologik kechishida 3 bosqich mavjud:

1. O'tkir empiyema boshlanganidan boshlab 5 oygacha bo'lgan empiyemaning davomiyligi
2. Empiyemaning davomiyligi 5 oydan bir yilgacha
3. Kasallikning davomiyligi bir yildan ortiq.

Birinchi bosqich.

Klinik jihatdan ko'pincha bemorning qoniqarli holati yiringli intoksikasiya va nafas olish yetishmovchiligi belgilarisiz xarakterlanadi. Plevro-teri oqmasidan yiringli ajralma va yiringli tarkibli qoldiq bo'shliqning mavjudligi yiringli kasallikning mavjudligini eslatishi mumkin. Empiyema ko'pincha pariyetal joylashadi, bo'shliqning hajmi 100 dan 300 ml gacha, bo'shliq atrofida massiv intraplevral qatlamlar hosil bo'ladi, bo'shliq ko'p kamerali bo'lishi mumkin. Laborator tekshiruvda og'ishlar ham sezilarsiz: ECHT ning oshishi, anemiya, disproteinemiya belgilari bo'lishi mumkin. Kasallik rivojlanib borishi bilan klinik yaxshilanish asta-sekin kasallikning qo'zishi bilan almashadi, u tana haroratining febril raqamlargacha ko'tarilishi bilan tavsiflanadi, ko'krak qafasida og'riqlar paydo bo'ladi, leykositoz ortadi, disproteinemiya yanada yaqqolroq bo'ladi, anemiya kuchayadi.

Ikkinchi bosqich.

Ushbu bosqich patologik jarayonning og'irlashishi bilan tavsiflanadi. Holsizlik, zaiflik kuchayadi, ishtaha yomonlashadi. Hansirash kuchayadi, yurak urishi, yo'tal paydo bo'ladi, yiringli balg'am miqdori ortadi. Ob'yektiv ravishda terining rangparligi, sianoz qayd etiladi. Fizikal tekshiruvda ko'krak qafasining shishishi, infiltratsiyasi aniqlanishi mumkin. Qovurg'alararo bo'shliqlar toraygan,

tekislangan bo'ladi. Zararlangan tomonda perkussiyada to'ntoqlashish aniqlanadi, nafas olish keskin sustlashadi yoki umuman eshitilmaydi. EKGda o'ng yurakning ortiqcha yuklanmasi qayd etiladi. Ushbu bosqichda yallig'lanish jarayoni periosteumga va qovurg'alarga o'tishi mumkin.

Uchinchi bosqich.

Nafas olish yetishmovchiligi va intoksikasiya sindromining kuchayishi bilan tavsiflanadi. Ko'krak qafasi zararlangan yarmining hajmi kamayadi, qovurg'alararo bo'shliq keskin torayadi, yelka kamari tushadi. Ushbu bosqichda bemorning ozishi, anemiya xarakterlidir, amiloidoz rivojlanishi, xondrit va qovurg'a osteomiyelitining mavjudligi, teri oqmalari bo'lishi mumkin. Qalin plevra qatlamlarida kalsiy tuzlari to'planadi, suyaklanish rivojlanadi, o'pkada - ikkilamchi yiringli jarayonlar (bronxoektaziyalar) paydo bo'ladi.

Diagnostika

Surunkali plevral empiyema uchun asosiy diagnostika usuli rentgenologik hisoblanadi. Dastlab, standart rentgen tekshiruvi 2 proyeksiyada amalga oshiriladi. Yiringli oqma bo'lsa, fistulografiya, oqma bo'lmasa, plevra punksiya o'tkazish tavsiya etiladi. Rentgen kompyuter tomografiyasi zararlanishning tabiati va darajasi haqida to'liq tasavvur beradi, patologik jarayonni aniq lokalizatsiya qilishga imkon beradi.

Rentgen usullaridan bronxografiyani ta'kidlash kerak, bu bronxial daraxtning holatini baholaydi, bronxial oqmalar, abscesslar, bronxoektaziyalar mavjudligini aniqlaydi.

Fibrobronkosiya diagnostik bilan birga muhim terapevtik funksiyaga - bronxial daraxtning sanasiyasiga ega.

Laboratoriya tadqiqotlarida surunkali yallig'lanish, intoksikasiya, charchoq, organlar va tizimlarning ishlamay qolishi (buyrak, jigar yetishmovchiligi) belgilari qayd etiladi. Surunkali plevra empiyemasida sepsisni aniqlash, plevra ajralmalarini va bronxial sekretlarni mikrobiologik tekshirish uchun qonni sterillikka tekshirish kerak.

Davolash

Surunkali empiyemani davolash o'tkir bilan bir xil prinsiplarga muvofiq amalga oshiriladi.

Avvalo, empiyema bo'shlig'ini drenajlash kerak. Dastlabki bosqichda yopiq drenaj diametri kamida 1 sm bo'lgan PVX drenaj naychasi yordamida amalga oshiriladi. Shuni ta'kidlash kerakki, bronxoplevral oqma bilan og'rigan bemorlarda faol drenaj qo'llanilmasligi kerak, chunki bu holda, faol aspiratsiya bu oqmani saqlanib qolishiga yordam berishi mumkin.

Keyingi qadam yiringli o'choqni sanasiya qilishdir. Bunga empiyema

bo'shlig'ini ochish (torakotomiya) va plevrektomiyani majburiy bajarish (parietal plevrani fibrinoz qatlamlar bilan olib tashlash) bilan o'pkani dekortizasiya qilish operatsiyasini bajarish orqali erishiladi. Bundan tashqari, surunkali empiyema rivojlanishining sabablariga qarab, empiyemaning bevosita substratini (abscess, o'pka gangrenasi, bronxo-plevral oqma, yot jism va boshqalar) yo'q qilish kerak bo'ladi. Manbani aniqlagandan so'ng, o'pka lobektomiya yoki pulmonektomiya rezeksiya qilinadi. Massiv fibrinoz qoplamalar bilan uzoq davom etgan yiringli jarayon tufayli nafaqat o'pka rezeksiyasini, balki to'liq dekortikasiyani ham amalga oshirish texnik jihatdan mumkin emas.

Bunday holda, operatsiya hajmi empiyema bo'shlig'ini tashqi drenajlash bilan cheklanishi mumkin.

- PVX naychalar yordamida bo'shliqni vakuumli drenajlash bilan to'ldirilishi mumkin bo'lgan fenestrasiya, bu yarani infeksiyadan tozalashni sezilarli darajada tezlashtiradi, shuningdek, granulyasiya o'sishini faollashtiradi. Torakoplastika usuli empiyema bo'shlig'ining lokalizatsiyasiga, uning kattaligiga, oqma mavjudligiga va bo'shliqning shakliga qarab har bir bemor uchun alohida tanlanadi. Surunkali empiyemaning sababi osteomiyelit bo'lsa, zararlangan suyaklarni rezeksiya qilish, so'ngra mushak yordamida nuqsonni plastika qilish kerak.

Surunkali empiyema bilan og'riqan bemorlarni konservativ davolash mikroflorani, organizmning reaktivligini va gomeostazni korreksiyalashni hisobga olgan holda, boshqa yiringli kasalliklar bilan bir xil tarzda amalga oshiriladi.

O'ZLASHTIRISHNI NAZORAT QILISH UCHUN TESTLAR

1. O'ng o'pka absessi bo'lgan bemor ko'krak qafasida o'tkir og'riq, hansirash paydo bo'ldi. Rentgenologik - o'ng o'pkaning atelektazlanishi, suyuqlikning gorizontalar darajasi, ko'ks oralig'i soyasining chappa keskin siljishi. Tashxis:

- a) plevra empiyemasi;
- b) bronx-o'pka sekvestrasiyasi;
- v) o'pka arteriyasi o'ng katta shoxining tromboemboliyasi;
- g) spontan pnevmotoraks;
- d) piopnevmotoraks.

2. O'pka absessi bo'lgan bemorda piopnevmotoraksning klinik manzarasi rivojlandi. Sizning taktikangiz?

- a) massiv antibiotikoterapiya;
- b) davq bronxoskopiyasi;
- v) plevra bo'shlig'ini drenajlash;
- g) torakotomiya va plevra bo'shlig'ini sanasiya qilish;
- d) absess bo'shlig'i bo'lgan bo'lakni rezeksiya qilish.

3. Bemorga plevranning o'tkir total empiyemasi tashxisi qo'yildi. Qanday davolash ko'rsatma bo'ladi?

- a) bronxlarni kateterlash bilan bronxoskopiya o'tkazish;
- b) plevra bo'shlig'ini punksiya qilish;
- v) torakosentez, plevra bo'shlig'ini drenajlash;
- g) torakotomiya, plevra bo'shlig'ini sanasiya qilish;
- d) torakoplastika.

4. Ko'krak devoriga yaqin joylashgan, diametri 10 sm gacha bo'lgan o'tkir o'pka absessi bilan og'rigan 70 yoshli bemorda og'ir intoksikasiyaning yaqqol belgilari aniqlangan. Qanday davolash usuli afzalroq?

- a) plevra bo'shlig'ini punksiya qilish va drenajlash;
- b) absess bo'shlig'i tamponadasi bilan torakotomiya;
- v) o'pka bo'lagi ektomiyasi bilan torakotomiya;
- g) UTT nazorati ostida ko'krak devori orqali absessni drenajlash;
- d) umumiy antibiotikoterapiya.

5. Bronxga o‘tmagan o‘tkir o‘pka absseksida davolash taktikasi:

- a) operativ davo — o‘pka rezeksiyasi;
- b) operativ davo — pnevmotomiya;
- v) plevra bo‘shlig‘ini punksiya qilish;
- g) operativ davo — torakoplastika;
- d) davolashning konservativ (antibiotikoterapiya, detoksikasiya) va paraxirurgik usullari.

6. O‘pka ryentgenoskopiyasida o‘ng o‘pkaning pastki va o‘rta bo‘lagida infiltrasiya aniqlandi, infiltrasiya fonida to‘qimalar yemirilishi qayd etildi. Ushbu manzara qaysi kasallikka xos?

- a) bronxoektaziya; g) o‘pka absseksi;
- b) plevra empiyemasi; d) o‘pka gangrenasi.
- v) bronxopnevmoniya;

7. O‘pka absseksida pnevmotoraks rivojlanganda, birinchi navbatda, ko‘rsatma bo‘ladi:

- a) proteolitik fermentlarni endobronxial yuborish;
- b) plevra bo‘shlig‘ini drenajlash;
- v) antibiotiklar;
- g) rentgenoterapiya;
- d) sitostatiklarni kiritish.

8. Chap o‘pka ildizi tuzilishining topografoanatomik o‘ziga xosligi:

- a) arteriya, bronx, vena; v) vena, arteriya, bronx;
- b) bronx, arteriya, vena; g) vena, bronx, arteriya.

9. O‘pka gangrenasining xarakterli belgilari:

- a) yallig‘lanishning aniq chegarasining yo‘qligi;
- b) ko‘plab parchalanish o‘choqlarining mavjudligi;
- v) plevra bo‘shlig‘ida suyuqlikning mavjudligi.

10. O‘pkaning cheklangan gangrenasi bo‘lgan bemorda o‘pkadan profuz qon ketishi yuz berdi. Davolash tadbirlari:

- a) gemostatik terapiya; g) drenajlanadigan bronxning tamponadasi;
- b) sun‘iy pnevmotoraks; d) o‘pka rezeksiyasi.
- v) pnevmoperitoneum;

11. «Baraban tayoqchasi» va «soat oynasi» simptomlari:

- a) faqat bronxoektaziya kasalligi uchun xarakterli hisoblanadi;
- b) o'pka va plevraning boshqa yiringli kasalliklarida kuzatilishi mumkin;
- v) yurak nuqsonlarida kuzatilishi mumkin;
- g) aktinomikoz uchun xarakterli;
- d) sil uchun xarakterli.

12. Yiringli o'pka kasalliklari uchun eng xarakterli simptomlar:

- a) ko'krak qafasida og'riq, holsizlik, terlash va intoksikasiyaning boshqa belgilari;
- b) ertalab doimiy ko'p miqdorda yiringli balg'amli yo'tal;
- v) yuqori harorat;
- g) qon tuflash;
- d) ozib ketish.

13. O'pka gangrenasi rivojlanishining asosiy patogenetik omillariga kiradi:

- a) qon aylanishining buzilishi; v) bronxogen zararlanish;
- b) ventilyasiyaning buzilishi; g) ikkilamchi immuntanqislik.

14. O'pka gangrenasi qo'zg'atuvchisining asosiy turlari:

- a) stafilokokk; v) spora hosil qilmaydigan anaeroblar;
- b) streptokokk; g) ko'k yiring tayoqcha.

15. O'pka gangrenasining asosiy klinik belgilari:

- a) stridoroz nafas; v) yoqimsiz hidli balg'amli yo'tal;
- b) quruq yo'tal; g) gektik harorat.

16. O'pka gangrenasining ryentgenologik belgilari:

- a) o'pka to'qimasining infiltrasiyasi;
- b) noto'g'ri shaklli destruksiya bo'shlig'i;
- v) gidropnevotoraks.

Javoblar: 1 — d; 2 — v; 3 — v; 4 — g; 5 — d; 6 — d; 7 — b; 8 — a; 9 — b; 10 — g; 11 — b, v; 12 — b; 13 — a, b, v, g; 14 — v, g; 15 — v, g; 16 — a, b, v.

Vaziyatli masalalar

№ 1

39 yoshli bemorda balg'amli yo'tal, nafas qisilishi, qon tuflash, nafas olayotganda ko'krakning chap tomonida og'riq, haroratning 39°C gacha ko'tarilishi, terlash, holsizlikka shikoyatlari bor. Kasallik 10 kun oldin o'tkir boshlangan, harorat 39°C gacha ko'tarilib, titroq paydo bo'lgan, keyin yuqoridagi shikoyatlar qo'shilgan. Avvaliga yo'tal quruq, og'riqli, keyin balg'am paydo bo'ldi. Kasalxonaga yotqizilishidan uch kun oldin balg'am miqdori keskin ko'paygan, balg'amda yoqimsiz chirigan hid, qon paydo bo'lgan, chap tomonda og'riq kuchaygan. Bemorning ahvoli og'ir, terisi oqargan, nam. O'pkadan yuqorida chap tomonda kurak suyagi burchagi ostida, perkutor tovush qisqargan, bu yerda bronxial tarzda zaiflashgan, mayda pufakchali nam xirillashlar eshutiladi. Yurak tonlari bo'g'iq, puls 100. AB 90/60. Qon tekshiruvi: gemoglobin 130 g/l, leykositlar 14,0 formula - chapga siljigan. ECHT 50 mm. Ko'krak qafasining floroskopiyasida: chapda pastki bo'lakda perifokal yallig'lanishli 5x6 sm o'lchamdagi bo'shliq mavjud. O'pkaning ildizlari o'zgarmagan.

1. Eng ehtimoliy tashxisni qo'ying.
2. Qanday kasalliklar bilan differensial diagnostika o'tkazish kerak?
3. Bemorni tekshirish rejasi va davolash rejasini tuzing.
4. Kasallikning prognozi qanday?
5. Mehnatga layoqatsizlikning taxminiy muddatlari qanday?

javoblar:

1. *Qonli balg'am bilan asoratlangan chap o'pka gangrenasi.*
2. *Birinchi navbatda o'pka saratoni, + VS va boshqalar bilan differensial diagnostika o'tkazish kerak Klinik belgilarga alohida e'tibor berish kerak: isitma, balg'am, uning miqdori, hidi, qonli bo'lishi, intoksikasiya, rentgenologik tekshiruv usullari, qon tekshiruvi. Absesslarda ikki bosqich qayd etiladi: infiltrasiya, keyin esa parchalanish. Chapga siljishsiz o'rtacha ECHT.*
3. *Rentgen va topografik tekshiruvlar, qon testi, oqsil, balg'amni tekshirish. Davolash - antibiotikli terapiya, intoksikasiyaga qarshi terapiya, gemostatiklar, spazmolitiklar, oxirida operativ davo qilish mumkin.*
4. *Prognoz shubhali.*
5. *Bemor mehnatga layoqatsiz, nogironlar guruhi tavsiya etiladi.*

№ 2

38 yoshli bemor, klinikaga terapevtik bo'limdan o'tkazilgan, u yerda krupoz pnevmoniya tashxisi qo'yilgan. Qabul qilinganda holati juda og'ir, yaqqol

hansirash, tormozlangan. O'ng old tomondan nafas olish zaiflashgan, amforik tusli, ko'p miqdorda nam xirillashlar bor. Bir kunda 400 ml gacha iflos rangli balg'am ajralmoqda. Puls minutiga 100 ta. A/B 110/60 mm simob ustuni. Qon tahlili. L-10 800, E-2, n-6, c-65 Ximf-18 m-1, toksik donadorlik, neyrofinez (4+). ECHT-55 mm/soat, siydikda - oqsil, balg'amda - elastik tolalar.

1. Sizning tashxisingiz.
2. Qanday qo'shimcha usullar va tekshiruvlar tashxisni tasdiqlashi mumkin?
3. Bemorni qanday davolaysiz?
4. Bemorni davolashda muvaffaqiyatni qanday laboratoriya ko'rsatkichlari tasdiqlashi mumkin?
5. Profilaktika, prognoz qanday?

javoblar:

1. Bemorda o'tkir absess bilan asoratlangan krupoz pnevmoniya bor.
2. Rentgenologik tekshiruv bilan (uning o'lchami, joylashuvi aniqlandi).
3. Davolash konservativ – u asosiy davolash hisoblanadi, o'pkadagi o'choqda yiring to'planishini, mikroflorani bartaraf etishga qaratilgan usullar va vositalar, antibiotiklar, antiseptiklar, preteolitik fermentlar, organizm himoya kuchlarini kuchaytiruvchi vositalar.
4. Davolash muvaffaqiyatining asosiy ko'rsatkichlari bemorning umumiy holati va rentgen ma'lumotlaridan tashqari, qon tahlillari, ayniqsa oq shaklli elementlar - chappa siljigan, neytrofimzlar, limfopeniya, monositoz, eozinofiliya - bu ko'rsatkichlar yaxshilanishga aniq javob beradi. Ular organizmning patologik jarayonga munosabatini aniq aks ettiradi.
5. Kasallikning oldini olish pnevmoniyani davolash, bronxial daraxtni tozalashdan iborat (fermentlar bilan ingalyasiya, profilaktikada - antibiotiklar, sayr qilish, nafas mashqlari mumkin). Prognoz yaxshi.

№ 3

41 yoshli bemor o'ta og'ir ahvolda klinikaga yotqizilgan. Savollarga qiyinchilik bilan javob beradi, tormozlangan. Yoqimsiz hidli iflos-yashil balg'am, taxminan 300 ml. Puls bir daqiqada -120 zarba. A/B 100/70, L-12.200. t - 39,2⁰S.

1. Qanday tashxis haqida o'ylash mumkin?
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday asosiy tekshiruvlar zarur.
3. O'pka kasalligi bilan og'rigan bemorda ajraladigan balg'amning xarakteri differensial simptom bo'lib xizmat qila oladimi?
4. Qanday davolashni buyurish kerak?
5. Prognoz, tavsiyalar.

javoblar:

1. *Gangrenali o'pka abscessining belgilari.*
2. *Asosiysi rentgen tekshiruvi bo'lib, unda o'pka to'qimalari shikastlanishining mahalliy lokalizatsiyasi va hajmini aniqlash mumkin.*
3. *Balg'am diagnostik ahamiyatga ega, u 2 va 3 qatlamli bo'lishi mumkin, yoqimsiz hidga ega, bu belgilar gangrenaga ko'proq xos.*
4. *Kompleks davolash (dezintoksikasion, umumiy mustahkamlovchi terapiya, bronxlarni sanasiya qilish), agar yaxshilanish bo'lmasa, pulmonektomiya ko'rsatma bo'ladi.*
5. *Prognoz yaxshi emas, qattiq sovqotishdan o'zini himoya qilish, davriy ravishda sanatoriya-kurortlarda davolanish, mehnatga layoqatsiz.*

№ 4

Bemor 1 oy oldin o'ng tomonlama pnevmoniya bilan og'rigan, yuqori isitma uzoq davom etgan va keyin febril isitma kuzatilgan. Yo'tal byezovta qiladi, noxush hidli, yiringli balg'am bir kunda 100-150 ml miqdorda ajraladi. Pastki o'ng bo'limda ovoz tremori kuchaygan, shu joyda to'mtoq-timpanik tovush, bronxial nafas, katta va o'rta pufakchali xirillashlar bor.

1. *Yiringli sindromning ehtimoliy sababi?*
2. *Ko'krak qafasi rentgenogrammasida nimani aniqlash mumkin?*
3. *Balg'amdagi qaysi element o'pka to'qimalarining parchalanishini ko'rsatadi?*
4. *Qanday davolash usuli ko'rsatma bo'ladi?*
5. *Ushbu kasallikda prognoz qanday?*

javoblar:

1. *Ushbu holatning sababi abscess shakllanishi (yuqori harorat, isitma, yomon hidli balg'amli yo'tal va fizikal ma'lumotlar) bilan bog'liq.*
2. *Zararlanishning joylashuvi va hajmini aniqlash uchun rentgen tekshiruvi talab qilinadi, kengaytirilgan qon tahlili va balg'amni tekshirish.*
3. *Rentgen ma'lumotlari, qon tahlili (reaktivlik darajasi, intoksikasiya).*
4. *Konservativ davo - antibiotiklar, dezintoksikasiya va mustahkamlovchi terapiya, kompleks bronxologik sanasiya (xinopsin, trepsin, ribonukleaza va boshqalar).*
5. *Kompleks davolashda ish qobiliyatini to'liq tiklash mumkin.*

№5

Alkogolli mast holatda bo'lgan erkak ko'chada uxlab qolgan, ahvoli og'ir, yo'talyapti, 200 ml gacha yoqimsiz hidli balg'am ajratmoqda.

1. Taxminiy tashxis?
2. Tashxis qo'yish uchun qanday tekshiruvlar zarur?
3. Davolash strategiyasi qanday?
4. Bemorda kasallikning qanday asoratlari bo'lishi mumkin?
5. Mehnatga layoqatsizlik muddatlari?

javoblar:

1. *Gangrenoz o'pka abssessi.*
2. *Ko'krak qafasi rentgenogrammasi (to'g'ri va lateral rentgenogramma).*
3. *Kompleks intensiv terapiya. Aminoglikozidlar va metrogil bilan birgalikda albatta syefalosporinlar.*
4. *O'pkadan qon ketishi, piopnevmtoraks, sepsis, miya abssessi.*
5. *3-4 oygacha mehnatga layoqatsiz, keyin TIEK (tibbiy-ijtimoiy ekspertiza komissiyasi)ga yuborish.*

№6

O'tkir o'pka abssessi bilan og'rigan bemorda balg'amda qon yuqlari mavjud.

1. Qanday asorat yuzaga keldi?
2. Qanday tekshiruvlarni o'tkazish kerak?
3. Qanday davolashni amalga oshirish kerak?
4. Ushbu asorat radikal jarrohlik uchun ko'rsatmami?
5. O'tkir o'pka abssessini davolashda mehnatga layoqatsizlikning davomiyligi?

javoblar:

1. *Qon ketish bilan asoratlangan o'tkir o'pka abssessi.*
2. *Qo'shimcha tekshiruv talab qilinmaydi.*
3. *Konservativ davoni kuchaytirish, gemostatiklar.*
4. *Radikal jarrohlik davo uchun ko'rsatmalar yo'q.*
5. *Kasallikning ijobiy natijasi bilan mehnatga layoqatsizlik taxminan 2 oy davom etadi.*

ADABIYOTLAR

Asosiy

1. Vnutrenniye bolezni : ucheb. V 2 t. / pod red. A. I. Martynova [i dr.]. M., 2001.T. 1. 600 s.
2. Vnutrenniye bolezni : ucheb. V 2 t. / pod red: A. I. Martynova [i dr.]. M., 2001.T. 2. 648 s.
3. Roytberg, G. Ye. Vnutrenniye bolezni / G. Ye. Roytbyerg, A. V. Strutynskiy, M. : Binom, 2003. 856 s.
4. Bisenkov, L.N. Torakalnaya xirurgiya: Rukovodstvo dlya vrachey. Tekst./L.N. Bisenkov. SPb.: «ELBI-SPb», 2004. - 928 ye.: il.

Qo'shimcha

5. Pulmonologiya : klinicheskiye rekomendatsii / pod red. A. G. Chuchalina, M. M. Ilkovicha. M. : GEOTAR-Media, 2009. 928 s.
6. Nagnoitelnyye zabolevaniya legkix. Nasionalnyye klinicheskiye rekomendatsii /Ye. A. Korymasov [i dr.]. M., 2015.
7. Grigoryev, Ye. G. Xronicheskiye nagnoitelnyye zabolevaniya legkix / Ye. G. Grigoryev // Byulleten VSNS SO RAMN. 2014. № 4(98). S. 100–104.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Kolesnikov, I.S. Gangrena legkogo i piopnevotoraks Tekst. / I.S. Kolesnikov, M.I. Lytkin, L.S. Lesniskiy. L.: Medisina, 1983. 224s.
2. Kolesnikov I. S, Lytkin M. P., Chercheruk G. S. i dr. Ostraya empiyema plevty i piopnevotoraks. // V kn.: Xirurgiya legkix i plevty.—L., M., 1988, S. 186—210.
3. Putov N.V., Levashov Yu.N., Koxanenko V.V. Piopnevotoraks.- Kishinev,1988.-227s.
4. Petrovskiy B.V., Perelman M.I., Koroleva N.S. Traxeo-bronxialnaya xirurgiya.-M. Medisina, 1978.-292s.
5. Bisenkov, L.N. Torakalnaya xirurgiya: Rukovodstvo dlya vrachey. Tekst. L.N. Bisenkov. SPb.: «ELBI-SPb», 2004. - 928 ye.: il.
6. Kolesnikov, I.S. Rukovodstvo po legochnoy xirurgii Tekst. / I.S. Kolesnikov. L.: Medisina, 1969. 680s.
7. Struchkov, V.I. Gnoynnyye zabolevaniya legkix i plevty Tekst. / V.I. Struchkov. L.: Medisina, 1967. - 257s.
8. Bisenkov, L.N. Xirurgiya ostryx infektsionnyx destruksiy legkix. Tekst. / L.N. Bisenkov, V.I Popov, S.A. Shalayev. SPb: Dean, 2003. 398s.
9. Putov, N.V. Ostryye infektsionnyye destruksii legkix Tekst. /

N.V. Putov // Zabolevaniya organov dykhaniya. «Biblioteka vracha obshchey praktiki» tom 2. Pod obshch. red. M.M. Ilkovicha. SPb.: Nordmed- izdat, 1998.-S. 388- 420.

10 .Bronxoskopiya v kompleksnom obsledovanii i lechenii bolnykh s abscessami legkix/I. V. Yarema [i dr.] // Vestnik xirurgii im. I. I. Grekova, 2000. t.Tom 159,N N 1.-S.81-84

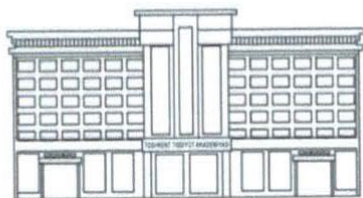
11 .Shoyxet Ya. N. Lecheniye ostrogo abscessa i gangreny legkogo / Ya. N. Shoyxet // Pulmonologiya, 2002,N N3.-S.18-27

12 .Grigoryev Ye.G. Xirurgiya ostrogo abscessa i gangreny legkogo. V kn.: 50 leksiy po xirurgii. Pod red. V.S. Savelyeva. Media medica 2003; 351-363.

13 .Rozenshtraux L. S., Rybakova N. I., Vinner M. G. Gamartoxondromy lyogkix // Rentgenodiagnostika zabolevaniy organov dykhaniya. — M.: Medisina, 1978. — S. 304—307. — 528 s

14 .Batvinkov N.I., Leonovich S.I., Ioskevich N.N. Klinicheskaya xirurgiya. Minsk «Vysheyshaya shkola», 1998 g. - 560 s

15 .Lukomskiy G.I., Shulutko M.L., Vinner M.G., Ovchinnikov A.A. Bronxopulmonektomiya. - M.: Medisina, 2003.



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 2,10 а.л. Тираж –50. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 1398-2022.
Отпечатано «ТИББИЙОТНАШРИЙОТИМАТБААУЙИ» МЧЖ
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716

