ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ЎРТА ТИББИЁТ ВА ДОРИШУНОС ХОДИМЛАРИНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА ИХТИСОСЛАШТИРИШ РЕСПУБЛИКА МАРКАЗИ
ТЕРМИЗ ФИЛИАЛИ

ФТИЗИАТРИЯДА ЗАМОНАВИЙ ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ

(Фтизиатрия гуруҳлари учун ўқув-услубий қўлланма)

Термиз-2016 йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

ЎРТА ТИББИЁТ ВА ДОРИШУНОС ХОДИМЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА ИХТИСОСЛАШТИРИШ РЕСПУБЛИКА МАРКАЗИ

“Тасдиклайман”
Ўзбекистон Республикаси
Соғликни сақлаш вазирлиги
Фан ва ўқув юртлари
Бош бошкармаси бошлиги
_____ Ў.С.Исмаилов
“26” _____ 2016 йил

“Келишилди”
Ўзбекистон Республикаси
Соғликни сақлаш вазирлиги
тиббий таълимни ривожлантириш
маркази директори
_____ М.Х.Алимова
“18” _____ 2016 йил

ФТИЗИАТРИЯ ГУРУҲИ ҲАМШИРАЛАРИ УЧУН ЎҚУВ-УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА

(Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимларининг малакасини ошириш ва ихтисослаштириш маркази ва вилоят филиаллари тингловчилари учун)

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI TOMONIDAN RO'YXATGA OLINDI
№ 185
4 avgust 2016 yil

Термиз – 2016 йил

Тузувчилар:

Давлатова Г.Х	Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимларни малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази Термиз филиали ўқитувчиси.
Аширова З. М.	Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимларни малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази Термиз филиали ўқитувчиси.

Такризчилар:

Каримов С. Х.	Сурхондарё вилоят силга карши кураш диспансери бош шифокори.
Аттакулова З. Ж.	Сурхондарё вилоят силга карши кураш диспансери бош ҳамшираси.
Сафарова Х.Ю.	Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимларни малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази Термиз филиали терапия фани ўқитувчиси.

Ўқув-услубий қўлланма Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимлар малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази Термиз филиалининг Педагогик кенгашида кўриб чиқилди ва тасдиқлашга тавсия этилди.2016 йил « 20 » « май » Баённома № 11

Педагогик кенгаш раиси : **Э.Н. Тангриқулов**

Ўқув-услубий қўлланма Республика Соғликни сақлаш вазирлигининг Тиббий таълимни ривожлантириш маркази мувофиқлаштирувчи кенгашида мухокама килиниб, тасдикланди. 2016 йил «___» «_____» Баённома № _____

Сўз боши

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган асосий тадбирлардан бири бу аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш ва муҳофаза этишдир.

Ушбу ўқув услубий қўлланмада сил касаллиги билан касалланган инсонлар билан ишловчи ҳамшираларучун тайёрланган бўлиб, сил касаллигининг турлари, тарқалиш йўллари, клиник белгилари, беморларни ҳамшира парвариши, беморларни текшириш усуллари, касалликни олдини олиш чора - тадбирларига тўхталиб ўтилган. Қўлланма "Силга қарши кураш диспансери, сил касалхонаси ва санаторийси ҳамшираларини малакасини ошириш дастури" асосида тайёрланган.

Аҳоли орасида юқумли касалликларни олдини олиш, беморларни замон талабига мос равишда даволаш, аҳолига юқори даражада тиббий хизмат кўрсатишда, айниқса ўрта тиббиёт ходимларининг билим даражалари ва малакалари катта аҳамиятга эга.

Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимлар малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази ва унинг вилоятлардаги бўлинмалари тингловчилари учун замон талабларига жавоб берадиган ўқув-услубий қўлланмаларни тайёрлаш хам шу куннинг талабидир. Шуни инобатга олган ҳолда республикамиздаги сил касаллигига қарши курашувчи беморларни даволовчи даволаш-профилактика муассасаларининг ўрта тиббиёт ходимларни чуқур билимга эга бўлган, кенг доирада фикр юритадиган қилиб тайёрлаш ва шу соҳа бўйича замонавий янгиликлардан ҳабардор этиш, малака ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази ва унинг худудий бўлинмаларининг асосий вазифаларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Ушбу қўлланмада сил касаллигининг турлари, силнинг тарқалиши , сил касаллигини замонавий текшируви усулларида ҳамширлик иши, касаллик асоратларида тез тиббий ёрдам кўрсатишда ҳамширалик ишида фаол қатнашиш аҳамияти фаол қатнашиш аҳамияти кенг ёритилган.

Қулланмада берилган маълумотлар ўрта тиббиёт ходимларининг амалий иш фаолиятида яқиндан ёрдам беради деб ўйлаймиз.

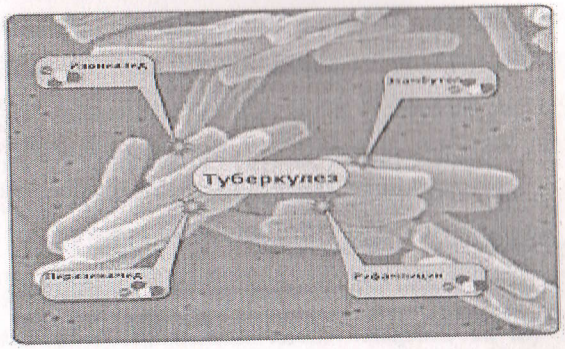
Сил касаллиги ва унинг тарихи.

Инсонларни сил билан касалланиши қадим замонлардан бери маълум. Инсоң умуртқа поғонасида сил касаллиги белгилари, бундан 5 минг йил олдин яшаб ўтган одамларда аниқланган. Худди шундай ўзгаришлар эрамиздан 2-3 минг йил аввал яшаб ўтган Миср фиръавнлари танасида ҳам аниқланган. Гиппократ, Гален, Абу Али Ибн Сино томонидан йўтал, балғам ажралиши, қон туфлаш, озиш каби силнинг асосий симптомлари кўрсатиб ўтилган. Сил таёқчаси аниқланмасдан анча аввал, бу касалликнинг юқумли табиатга эга эканлиги маълум бўлган. Жумладан, эрамиздан 2 минг йил аввал Вавилон қонунлар мажмуасида ёзилишича, агар хотини сил касаллигига мубтало бўлган бўлса, эркакка ажралиш ҳуқуқи берилган эди. Ҳиндистон, Португалия, Венецияда бу касаллик ҳақида дарҳол хабар бериш мажбурий ҳисобланган. Бундан минг йил аввал сил касаллиги юқумли эканлиги, у камбағаллар орасида, оғир шароитларда яшовчилар орасида кенг тарқалиши ҳақида дастлабки мукаммал маълумотларни буюк бобомиз Абу Али Ибн Сино ёритганлар. У зот минг йил бурун махсус асбоб ясаб, экссудатив плевритни пункция қилганлар ва суюқлик чиқариб олганлар. Шу касалликнисабабини сил деб кўрсатганлар. У кишининг «Тиб қонунлари» китоблари беш юз йилдан ортиқ Европалик олимлар учун беқиёс илм манбаи бўлиб келди.

Ўрта асрларда сил касаллиги жуда кенг тарқалган бўлиб, бу ҳақда тарихий манбаъларда кўп маълумотлар келтирилган.Италия олими, врач, астроном, шоир Дж. Фракастро (1478 - 1553), сил касаллиги юқумли касалликлар тоифасига кириши ҳақида аниқ маълумотлар берган, тарихда биринчи бўлиб, «инфекция» атамасини таклиф этган.

Терминология. «Туберкулез» (сил) термини асосида лотинча «tuberculum» - дўмбоқча сўзи мавжуд. Tuberculum сўзини биринчи марта француз анатомиги Я.Силвиус XVI асрда ишлатган. Фақат XIX аср бошларида клиник тиббиёт ва патологик анатомия асосчиси Р.Лаэннек дўмбоқча ва казеозли некроз сил касаллигининг типик кўринишларига хос эканлигини исботлаб берди. Лаэннек ва немис терапевти И.Шенлейн тиббиётга «туберкулез» (сил) терминини киритишди. Лаэннек сил дўмбоқ-чаларини хавфли ўсмалар, давоси йўқ касалликлар қаторига киритган эди. Сил ҳақидаги фанни «фтизиология» (грекча «phthisis» - озиб-тўзиш, ўлим) деб аташни 1689 - й. Р.Мортон таклиф этган. Ҳозирги вақтда «фтизиатрия» термини кўпроқ қўлланилади (грекча «iatreia» - даволаш)

Сил қўзғатувчиси. Сил қўзғатувчисини 1882 - йилда немис бактериологи Р.Кох кашф этган.



Сил таёқчаларининг кўриниши

Ҳозирги вақтда сил қўзғатувчиси «сил микобактериялари» деб аталади. Р.Кох сил таёқчасини аниқлаш учун 17 - йил лабораторияда тинимсиз ишлашига тўғри келди. Сил таёқчасини, Р.Кох бемор балғамини везувин ва метилин билан бўяб кўрсатиб берган.

Кейинчалик Р.Кох сил қўзғатувчисининг тоза културасини ажратиб олиб, уларни ҳайвон организмига юбориб, сил касаллигини пайдо қилган. Берлин шаҳрида Физиологлар жамиятида Р.Кох 1882 - й.

24 март куни «Сил этиологияси» мавзусида маъруза қилди ва сил таёқчасини ҳаммага кўрсатди ва унга 1905 - йилда Нобел мукофоти берилди. Шунинг учун ЖССТ тавсиясига биноан, 1982 - йилдан бошлаб, 24 март – Халқаро силга қарши кураш куни деб эълон қилинган.

Сил касаллигининг пайдо бўлишида, Р.Кох ижтимоий омилларга имуҳим ўрин берган. «Сил касаллигига мойиллик, - деб ёзган эди Р.Кох – ёмон шароитда яшовчи, қувватсизланган танада юқори бўлади. Ер юзида қоронғи, зах, яшаш шароитлари ёмон, кулбасига қуёш нури тушмайдиган хонадонлар сақланиб қолса, сил касаллиги хеч қачон йўқолмайди».

Сил касаллигининг ҳозирги замон эпидемиологик ҳолати ва кўрсаткичлари

XXI асрга келиб ҳам, сил касаллигининг тобора кўпайиб тарқалиши соғлиқни сақлаш тизимида жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. ЖССТ маълумотларига қараганда, ер юзи аҳолисининг учдан бир қисми сил микобактерияси билан зарарланган, шулардан, ҳар йили 8-10 млн. Бемор касалланади ва 2,5-3 млн. одам касалликдан ўлади. Ер юзида сил касаллиги билан касалланиш турли мамлакатларда 100000 аҳолига қуйидагича: Африкада - 179,6; Америкада – 32,7; Шарқ ва Ўрта Ер денгизида – 74,7; Европада – 29,6; Осиё ва жанубий Шарқда – 146,7; Тинч океан орти давлатларида - 54,5 га тўғри келади (2005 - й.).

Сил билан касалланиш ва ўлимнинг кўпайишида бошқа қашшоқ давлатлардан келаётган аҳоли ва ОИВ - инфекциясининг тарқалиши муҳим аҳамиятга эга.

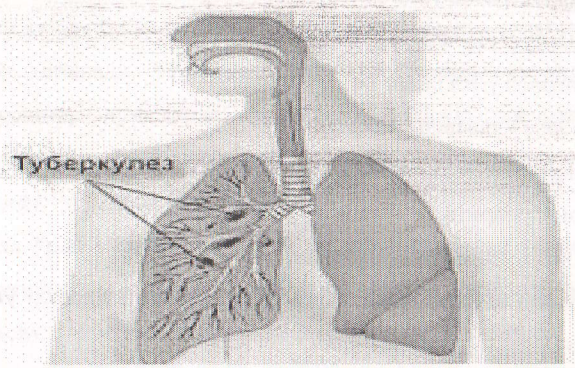
Ривожланаётган ва ривожланган давлатларда ОИТС билан касалланиш замирида силнинг ривожланиш даври тезлашмоқда.Сил, дунё миқёсида жиддий ва долзарб тиббий - ижтимоий муаммо сифатида

сақланиб қолмоқда. Ўзбекистон республикасида силга қарши бир қатор тадбирларнинг олиб борилишига ва халқаро, чет эл ташкилотлари томонидан берилаётган ёрдамларга қарамасдан, сил бўйича эпидемиологик вазият оғирлигича қолмоқда. Республикамизда сил касаллигининг тарқалишига ноқулай экологик вазият, аҳолининг ижтимоий - иқтисодий аҳволи, аҳоли ўртасидаги миграция, шу жумладан, ОИВ - инфекцияси ва ОИТС беморлар контингентининг кўпайиши сабаб бўлмоқда. Бироқ, сўнги йилларда жадал ва кенг кўламда профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларнинг ҳамда DOTS стратегиясини тадбиқ қилиниши натижасида касалланиш, ўлим кўрсаткичларининг бир қадар барқарорлашишига ва камайишига эришилди. Силдан касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг энг юқори даражаси 2002 - йилда (100 минг аҳолига нисбатан касалланиш – 79,6 ва ўлим – 12,3 га тенг) кузатилди, аммо сўнги 5 йилда касалланиш 14,7% га (79,1 дан 67,5 га 100 минг аҳолига), ўлим – 38,2% га (12,3 дан 7,6 га 100 минг аҳолига) камайишига эришилди. Республикада сил бўйича эпидемик вазият танглиги сақланиб қолгани ҳолда, шуни таъкидлаш жоизки, маълум даражада касалликнинг камайиш тенденцияси кузатиляпти.

Сил касаллигининг турлари. Ўпка сили хақида тушунча: турлари, клиникаси.

Ўпка сили - юқумли касаллик бўлиб, биринчи галда ўпкада ўзига хос, яъни специфик ўзгаришлар пайдо бўлиб бориши билан характерланади. 1882 йили 24 мартда немис бактериологи Роберт Кох томонидан туберкулёз қўзғатувчиси кашф этилди. У сил қўзғатувчисини беморлар балғамидан, ўлган одамлар аъзоларидан топди ва уни сил микробактериалари деб атади. Ҳозиргача бу бактерия биринчи марта топган киши номи билан Кох бацилласи деб аталиб келинмоқда.

Сил таёқчаси ҳаракатсиз бўлиб, қайрилган споралар ҳосил қилмайди, у бўлиниш йўли билан кўпаяди, унинг узунлиги 1-5 мк, йўғонлиги 0,4 мк га тенг. Одамга сил асосан аэроген йўл билан юқади, яъни сил микробактериялари организмга нафас йўллари орқали киради. Сил микробактерияси беморнинг балғами, сийдиги ва нажаси орқали ажралади.



Сил касаллиги.

Сил микробактериялари касалдан соғ одамга томчи инфекцияси ёки қуриган балғам заррачаларини тутувчи чанг орқали ўтади. Йўтал, аксириш ва яқиндан туриб гаплашиш вақтида ичида сил микробактериялари бўлган енгил томчилар хонага тарқалади, сўнг улар ўпка йўллари орқали одам организмига киради бўндан ташқари, бемор йўтал вақтида ажратилган томчилар қуриб, атроф ҳавога тарқалади. Сил микобактериялар ўпкага нафас билан олинган ҳаво орқали кириб, силни юқтиради.

Бемор фойдаланган буюмлар (даструмол, ич кийим, ўрин - кўрпа, юмшоқ мебель, идиш товоқ ва ҳоқазо) ҳам касаллик юқтирувчи манба бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда сил билан оғриётган касал ҳайвонлар сути ҳам касалликни келтириб чиқарувчи манба бўла олади. Бўндай ҳолларда касаллик ичак орқали юқади.

Касалликнинг таснифи: Халқаро фтизиатрлар съездининг қабул қилган буйруғига мувофиқ 1979 - йил 23 - апрел 361 - сонли сил қўйидагича таснифланади.

1. Бирламчи сил комплекси.
2. Тўш ичидаги лимфа тугунлари сили.
3. Диссеминацияланган (ёйилиб кетган) ўпка сили.

4. Ўпканинг ярим ўткир ва сурункали дессеминацияланган сили.

5. Ўчоқли ўпка сили.

6. Инфильтратив ўпка сили.

7. Ўпка туберкулемаси.

8. Каверноз ўпка сили.

9. Фиброз - каверноз ўпка сили.

10. Цирротик ўпка сили.

11. Сил плеврити.

12. Юқори нафас йўллари сили.

13. Нафас аъзоларининг чанг ва касбкорига алоқадор ўпка касалликлари билан бирга қўшилган сили.

14. Бошқа аъзо ва системалар сили (марказий асаб системаси, ичак, суяк ва бўғимлар, сийдик ва таносил аъзолари, тери, лимфа тугунлари, кўз ва бошқа).

Ўпка сили: енгил, ўртача, оғир ўтиши мумкин касалликнинг

1) компенсацияланган тури: - А

2) Субкомпенсацияланган тури - В

3) Декомпенсацияланган тури - С мавжуд.

Касалликнинг бемор балғами билан бирга сил микобактерияларини ҳам чиқариб турадиган тури (очиқ тури), -ВК, сил, микробактериялари ҳамиша чиқмасдан вақти - вақти билан чиқиб турадиган бўлса - ВК деб белгиланади. Балғам билан бирга сил микробактериялари чиқиб турмайдиган касаллик тури - ВК- деб белгиланади. Сил авж олиб борганда унинг инфильтрация, парчаланиш, сурилиш, зичланиш ва оҳакланиш босқичлари фарқланади.

Ўпка силининг клиникаси. Ўпка сили билан оғриётган беморлар одатда кўкрак оғриғи, йўтал, қон тупуриш, тана температурасининг кўтарилиши, терлаш ва озишдан шикоят қиладилар. Баъзан бундай беморларнинг иштахаси йўқолади, ичи кетади, уларда умумий нерв кўзгалиши кузатилади. Баъзи ҳолларда сил бошқа касалликлар ниқоби остида ўтади - чузилиб кетган грипп, атипик пневмония ва бошқалар. Шунинг учун бемордан сураган пайтда пневмония, грипп, бронхит, экссудатив плеврит каби кўпинча қайталаниб турадиган касалликларга аҳамият бериш керак.

Кўздан кечириб кўрилганда сил интоксикациясига характерли бўлган симптомлар топилади. Терининг ранги учиб оқариб туриши, кўзнинг чақнаб туриши, лунжларда иситмага алоқадор қизиллик шулар жумласидандир. Силнинг гематоген турларида бўйин, қўлтиқ ости соҳаси, човдаги лимфа тугунлари катталашади.

Перкуссияда ўриб кўрилганда баъзи ҳолларда перкутор товуш бўғиқроқ бўлиб эшитилса (экссудатив плевритда) бошқа ҳолларда қутича ёки тимпаник товуш эшитилади) (ўпка эмфиземаси, каверналарда).

Аускультацияда турли - туман ўзгаришлар аниқланади. ўпка фиброзида қаттиқ, инфильтратив жараёнларда бронхиал ўпка эмфиземаси, экссудатив плевритлар ҳамда плевра битишмаларида эса сусайиб қолган нафас қайд қилинади. Кавернозда йирик пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Каверналар бронхлар билан туташган бўлса, у вақтда бронхиал ёки амфорик нафас пайдо бўлади.

Силнинг патогенези мураккаб. Унинг иккита асосий — **бирламчи ва иккиламчи даврлари** фарқланади.

Бирламчи даври касаллик қўзғатувчисининг организмга кирган вақтидан бошлаб, то сил ўчоғининг бутунлай битиб кетишигача бўлган вақтни ўз ичига олади.

Силнинг иккиламчи даври рўйи рост клиник белгилар қайтиб кетганидан кейин бирмунча вақт ўтгач бошланади ва эски касаллик ўчоқларининг эндоген тарзда қайтадан жонланиши оқибати, ҳисобланади.

Касалликнинг бирламчи даври тўқималарнинг касаллик қўзгатувчисига жуда ҳам сезгир бўлиши билан фарқ қилади, бу токсик - аллергик тромбоваскулитларнинг бошланиши ва жараённинг тарқалиб, зўрайиб кетишига замин ҳозирлайди.

Силнинг иккиламчи даври учун патологик жараённинг қандай бўлмасин бирор ўчоқда авж олиб бориши хос. Жараён организм учун ноқулай бўлган шароитлардагина зўраяди. Микобактериялар организмга тушгач, ҳамиша ҳам тезда яллиғланишга сабаб бўлавермайди. Ўзига хос, яъни специфик яллиғланиш ўчоғи юзага келишидан олдин латентдаври бўлиб ўтиши мумкин. Сил, гуморал ва ҳужайрага алоқадор иммунитет ҳосил бўлиши билан бирга давом этиб боради. Дарҳол юзага чиқадиган ўта сезгирлик реакциялари авж олганда некроз ва экссудатив яллиғланиш бошланади. Гранулёматоз реакция аста - секин юзага чиқадиган ўта сезгирлик реакциясига боғлиқ, бунда сенсибилланган Т - лимфоцитлар лимфокинлар ишлаб чиқаради ва гранулёмалар пайдо бўлишига сабаб бўлиб, макрофагларнинг ферментатив функциясини кучайтиради, бу эса микобактерияларнинг организмдан чиқиб туришига олиб келади.

Сил касаллигининг бирламчи белгилари - холсизлик, калта-калта ва 2 хафтадан ортиқ давом этувчи йўтал, субфебрил температура, тунги терлаш, иштахани пасайиши, кқкрак қафасида оғриқлар, озиб кетиш.

Икки хафтадан ортиқ давом этувчи йўтал - икки хафтадан ортик давом этувчи йўтал катталарда сил касаллигини аниқлашнинг энг осон белгиси. Агар бирор бир бемор икки хафтадан ортик тухтовсиз йўталаётган бўлса, уни албатта ҚВП ёки поликлиникага мурожаат қилишини сўрашингиз лозим. Сил касаллиги канчалик эрта аниқланса, уни даволаш шунчалик самарали бўлади. Сил касаллигига учраган кишиларнинг кўпчилигида йўтал эрталаб уйқудан уйғонганда қаттиқ келади. Сил касаллиги юққан одам кўкрак ва орқа қисмидаги оғриқларга шикоят қилади. Йўталувчи киши сил касаллигига шубха қилса ёки сил ташхиси қўйилган бўлса, хар қачон йўталганда ёки акса урганда оғзини даструмол билан тўсиши лозим.

Йўталганда балғам келиши, баъзида қон билан - сил касаллиги юққан киши кўпинча йўталганда сариқ рангли балғам келади. Бу балғамни тиббий муассаса микроскоп остида текширади ва сил бацилласи бор йўқлигини аниқлайди.



Ўпкани эштиб кўриш.

Агар сил бацилласи бўлса, у одамга сил ташхиси қўйилади. Баъзида балғам билан озроқ қон хам келади. Бу сил касаллигининг ўзига хос белгиси.

Иситма кўтарилиши - сил касаллигига учраган одамнинг иситмаси кундузи ёки кечаси ошиши мумкин. Баъзи беморларда иситма бўлмаслиги хам мумкин.

Кўп терлаш, асосан кечаси - баъзи сил касаллигига учраган одамлар кечаси кўп терлайди, лекин хамма беморлар хам эмас.

Умумий холсизлик - кўпинча, сил касаллиги билан оғриган беморлар ўзларини холсиз хис қиладилар ва кундалик ишларни бажариш қийин туюлади. Даволанишни бошлагандан сўнг киши ўзининг қувватга кираётганини сезади.

Иштаҳа йўқолиши-сил касаллиги юққан кишиларда кўпинча иштаха йўколади. Беморнинг оиласи уни овқат ейишга ундаши лозим. Даволаниш давомида хам бу жуда мухим, чунки бемор яхши овқатланса, дориларнинг танага сингиши ва узлаштирилиши осон кечади.

Озиш-бемор одамнинг озиши сил касаллигининг белгиси эканлигини эсдан чиқармаслик лозим. Баъзида бу болаларда сил

касаллигининг ягона белгиси бўлади. Хар доимгидек оила беморни яхши овқатланишга ундаши лозим.

Бу белгилардан кўриб турганингиздек, сил оғир касаллик, шу сабабдан уни олдини олиш жуда мухим. Агар бу белгиларни эсда сақлаб қолсангиз, бирор кишининг изтиробдан қутқаришингиз ёки хатто хаётини сақлаб қолишингиз мумкин!

Сил касаллигининг юқиш йўллари ва манбалари

Инфекциянинг асосий манбаи - 90-95% фоиз ҳолларда сил билан оғриган киши; қорамол эса-қўшимча манба саналади. Бемор хасталикнинг очиқ тури билан оғриганда, яъни сил микобактерияларини ажратганда, хавфли бўлиб қолади. Бунда соғлом кишининг СМБ ажратувчи билан узоқ вақт давомида мулоқотда бўлиши аҳамиятга эга. Бу ҳодиса, кўпинча оилада, хонадонда ёки микобактерияни ажратувчи бемор бўлган жамоада рўй бериши мумкин. Сил, аксарият ҳаво - томчи йўли ва чанг орқали юқади, бунда микобактерия ўпкага нафас йўллари орқали (аэроген йўли 90 - 95 фоиз ҳолларда) тушади. Маълумотларга кўра, сил бемор йўталганда ажраладиган 2 мингдан 5 мингтача томчи ҳавода осма ҳолатда бўлиши мумкин. Бу томчилар бемор аксирганда ва йўталганда 2 дан 9 метргача масофага тарқалиши мумкин. Емирилган ўпка силига чалинган бемор, балғами билан кунига 15 - 100 млн. сил микобактерияларини ажратиши мумкин. Сил касаллиги пайдо бўлиши учун 1 дан 10 тагача сил микобактерияси бўлиши кифоя. Бу томчилар соғлом кишининг нафас йўлларида, рўзғор анжомларида, ўйинчоқларда қолади. Баъзан СМБ соғлом одамга алиментар йўл, яъни озиқ - овқатдан ҳам ўтади. Касаллик алиментар йўл билан юққанда сил микобактериялари меъда шираси таъсирига учрайди. Бактериялар тирик қолганда, ичакка тушиб, регионар лимфа тугунларига ўтади, кейин қон оқимига қўшилади. Ҳазм йўллари, оғиз бўшлиғи, йўғон ва ингичка ичак, сил таёқчасининг организмга тушиши учун кириш дарвозаси бўлиши мумкин. Сил билан касалланган ҳайвонлар ҳам инфекция манбаи ҳисобланади. Шу сабабли сил қўзғатувчиси, пиширилмаган гўшт ва сут маҳсулотлари орқали одам организмига алиментар йўл билан тушиши мумкин.

Сил касаллиги юқиш хавфи, даражасига нисбатан ва улар тўғрисидаги асосий гуруҳлар.

Сил жараёни динамикаси ҳақидаги масалани тўғри ҳал қилиш, тўлиқ изоҳлаш мақсадида силга қарши муассасаларнинг амалий ишидаги қатор тушунчаларни келтирамиз.

1. Жараённинг фаоллиги.

а) Фаол жараённи, касалликнинг клиник-рентгенологик белгилари билан давом этувчи сил ўзгаришлари деб ҳисоблаш зарур. Бу белгилар: заҳарланиш белгилари, перифокал реакция бўлган фиброз ва ўчоқли тузилмалар, деструкцияси бор ёки деструкциясиз намоён бўладиган инфилтратив ўзгаришлар (сил таёқчаси ажралишининг бор-йўқлиги), ЭЧТнинг кўпайиши, лейкоцитар формуланинг силжиши ва ҳоказо шулар жумласидан. Булар даволаш, эпидемияга қарши аслига келтириш (реабилитацион) ва қатор махсус чора - тадбирларни ўтказиш зарурлигини кўрсатади. Бронхологик, цитологик, биокимёвий ва иммунологик текширишларнатижалари ҳам сил жараёни фаоллигини тасдиқлайди.

2. Сил таёқчасини ажратадиганлар:

Сил касаллиги аниқланган ёки силга қарши диспансерда ҳисобда турган беморлар сил таёқчасини ажратадиганлар сифатида ҳисобга олинади.

Улар қуйидагилар:

а) сил микобактериялари ҳар қандай текшириш усулида, ҳатто битта текширишда (аммо сил жараёни фаоллигидан далолат берадиган клиник - рентгенологик маълумотлар мавжуд бўлганда) аниқланган беморлар;

б) сил микобактерияларини икки марта, ҳар қандай усулда (ҳатто ўпкада аниқ рентгенологик сил ўзгаришлари бўлмаганда ёки фаол бўлмаган клиник - рентгенологик сил жараёни мавжуд бўлганда) аниқлаш. Бундайҳолларда специфик эндобронхит, лимфа тугуни казеози бронх йўлига тешиб ўтиши ёки рентгенологик усулда қийин аниқланадиган кичикроқ ўчоқнинг парчаланиши бактерияларни ажратадиган манба бўлиши мумкин. Сил таёқчасини ажратиш ёки ажратилмаслигини аниқлаш мақсадида, ҳар бир беморнинг балғами ҳар қандай бактериологик ва бактериоскопик усулда камида икки мартадан текширилиши шарт. Текширишни, даволаш жараёнида ҳар ойда, то сил микобактериялари йўқолиб кетмагунига қадар (камида 2-3 ой) икки марта кетма - кет манфий натижа бермагунча такрорлаб туриш зарур. Кейинчалик бу текширишлар 2 - 3 ойда бир марта асосий кимёвий даволаш курси тугамагунча ўтказиб турилади. Беморларни бактерия ажратувчиликдан фақат жараён босилиб, сусайганда (асосий кимёвий даволаш самарали бўлганда ёки операция муваффақиятли тугаганда), манфий натижа олингандан сўнг камида 6-12 ойдан кейин, касалликнинг клиник турига қараб, сил таёқчаси ажратувчанлик тўхтагандан кейин ҳисобдан чиқарилади. Сил таёқчаси ажратадиганларни сил микобактериялари ажралиши тўхтагандан кейин, яна қуйидаги ҳолларда 6 ойгача эпидемиолог ҳисобида ушлаб турилади:

а) даволаш чала ўтказилганда;

б) дардни оғирлаштирадиган омиллар бўлганда;

в) сурункали деструктив жараёнлар давом этганда.

Фиброз - қаватли сил билан хасталанган беморлар сил таёқчаси ажратадиганлар гуруҳида бўлиши зарур (СМБ аниқланмаса ҳам). Сурункали деструктив силнинг чандиқли турга ўтишида, тўлган ёки тозаланган бўшлиқлар ҳосил бўлганда беморлар СМБ йўқолган пайтдан бошлаб, икки ой ўтгандан кейин ва жараённинг клиник-рентгенологик барқарорлигига эришилгандан кейин эпидемиологик юкумли беморлар ҳисобидан чиқарилади. Ўпкадан бошқа аъзоларда сил бор беморлардан сил таёқчасини ажратадиганларга оқма ярада, пешобда ёки ҳайз қонида СМБ аниқланадиган шахслар киради.

3. Жараённинг барқарорлиги - специфик жараённинг тузалганини акс эттиради ва худди касаллик сўниши каби таърифланади.

4. Клиник соғайиш — қиёсий (дифференциал) кузатув муддатлари билан тасдиқланган сил жараёнининг бир қадар тузалишидир.Уларга қуйидагилар киради:

-заҳарланишнинг клиник белгилари йўқолиши;

-қон таҳлили кўрсаткичларининг асл ҳолига келиши;

-беморни физикал текшириш усуллари ва шикоятлари асосида аниқланган ўпка сили маҳаллий белгиларининг йўқолиши (йўтал, балғам ташлаш, ўпкада эшитиладиган қуруқ ва нам хириллашлар), везикуляр нафаснинг тикланиши;

-бактериоскопик ва бактериологик кўрсатмалар бўлган ҳолларда биологик усуллар билан аниқланадиган сил таёқчаси ажралишининг тугаши;

-қатор клиник, биокимёвий синамалар ва иммунологик кўрсаткичларни аниқлаган ҳолда тери остига туберкулин юборилганда умумий ва ўчоқли реакция бўлмаслиги;

- Гемограмма ва ЭЧТ кўрсаткичлари аксарият ҳолларда 3 - 4 ой ўтгач, асли ҳолига келади. Ўпка силининг маҳаллий белгилари (йўтал, балғам

ташлаш, қуруқ ва нам хириллашлар, нафаснинг ўзгариши), асосан даволашдан 1 - 2 ой ўтгач йўқолади. Сил таёқчасини балғам билан ажратиш 3 - 6 ойда тўхтайди.

5. Қолдиқ ўзгаришлар - бу турли катталикдаги зич, оҳакланган ўчоқлар ва фокуслар, фиброз - чандиқли ва цирротик ўзгаришлар (жумладан, қолдиқ санация бўлган бўшлиқлар билан), плеврал тузилмалар, ўпка ва плеврада (кичик ва катта) операция ўтказилгандан кейин рўй берадиган ўзгаришлардир.

6. Хуружи - самарали даво тугагандан кейин клиник соғайгунга қадар сил жараёнининг қайтадан авж олиши.

7. Қайталаш (рецидив) - аввал сил билан оғриб тузалган шахсларда касалликнинг қайтадан авж олиши:

а) эрта — II гуруҳ кузатувида бўлган шахсларда;

б) кечиккан — диспансер ҳисобидан чиқарилган шахсларда.

Сил касаллигини замонавий текшириш усулларида ҳамширалик иши.

Шикоят ва анамнезни ўрганиш. Ўпка силига хос бўлган клиник симптомлар серқиррали бўлиб, кўп касалликлар ниқоби остида кечади. Экологик ўзгаришлар, киши организмигаҳар хил вакцина, зардоб, антибиотик дорилар юбориш ва организмга юққан сил қўзғатувчиси хусусиятларининг ўзгариши, сил патоморфозига кескин таъсир қилмоқда.

Касалдан сўраб - суриштириш, уни физик усулларни қўллаб текшириш (кўриш, тукиллатиш, эшитиб кўриш ва ҳ.к.), нафас олиш аъзолари силига тахмин қилиш имконият беради. Силни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун текширишнинг махсус усулларидан фойдаланиш зарур. Сил касалини аниқлаш, уни бошқа касаллардан фарқлаш вакасалликнинг кечишига баҳо бериш учун, микробиологик усуллар,туберкулин диагностикаси ва ички аъзоларни кўриб текшириш усулларидан (рентгенологик усулларнинг ҳаммаси, фиброброн-хоскопия, сканерлаш, ядро - магнит ва ултратовуш тўлқинлари ёрдамида текшириш) фойдаланилади. Бу усуллар фтизиатриянинг махсус, асосий ва ҳал қилувчи усулларидан ҳисобланади. Баъзида юқорида кўрсатилган текширишлар диагнозни асослашга етарли бўлмайди. Бундай ҳолларда жарроҳликка асосланган инвазив усул қўлланилади. Бунинг асосий мақсади диагнозни асослаш бўлиб, цитологик, гистологик ва микробиологик усулда текшириш учун биопсия материалини олишдир.

Анамнезни ўрганиш. Ўпка силига дучор бўлган беморлар касаликнинг бошланғич даврида ўзларини субъектив жиҳатдан соғ, деб ҳисоблайдилар ва кўпинча шикоят қилмайдилар. Баъзида ўпка тўқимасининг кўп қисми махсус яллиғланиб, жараён ичида емирилиш пайдо бўлганда ҳам, сил флюорографик ёки рентгенологик усулда тасодифий равишда аниқланиши мумкин. Силнинг бундай кечиши белгиларсиз (яширин) кечиш деб юритилади. Лекин, бундай ҳолларда ҳам бемордан синчиклаб сўраб - суриштирилса, баъзи касаллик белгилари борлигини аниқлаш мумкин. Шикоятлар ҳар хил бўлади. Ҳолсизланиш, чарчаш, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўп терлаш, йўталиш, нафас сиқилиши, қон тупуриш, кўкрак қафасида оғриқ сезиш, ўпка силига дучор бўлган касалларга хос шикоятлар ҳисобланади. Кўпинча беморларни ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, кўп терлаш, субфебрил ҳарорат ва йўтал безовта қилади.

Ўпка силининг бошланиши асосан белгиларсиз ёки секин - аста ва баъзи ҳолларда ўткир бўлиши ҳам мумкин. Катталарга нисбатан болаларда сил бошланиши умумий юқумли касалликларга хос заҳарланиш белгиларини эслатади. Катталарда эса ўпка хасталиги белгилари кўпроқ устунлик қилади. Кўпинча, сил грипп ва зотилжамга ўхшаб кечади, бунинг устига таъсир доираси кенг спектрли антибиотик дориларни қўллаб даволанса, беморнинг умумий аҳволи анча

яхшиланиши ҳам мумкин. Бундай беморларда касалликнинг кейинги кечиши, одатда, тўлқинсимон бўлиб, касалликнинг хуруж даври сўниш билан алмашиниб туриши кузатилади.

Ўпкадан бошқа аъзолар силида унинг умумий белгиларидан ташқари, касалликнинг маҳаллий белгилари ҳам намоён бўлади. Сил менингитида беморлар бош оғриғини, кекирдак силида томоқ оғриғи ва овоз бўғилишини, суяк ва бўғимлар силида тез чарчаб қолишни ва ҳаракатнинг чегараланганлигини (сиқиқлиги), қовуқ ва сийдик йўллари силида сийдик ажратиш жараёнининг бузилишини, жинсий аъзолар силида қориннинг пастки қисмида оғриқ сезиш ва хайз циклининг бузилишини, чарви - лимфа тугунлари ва ичак силида қоринда оғриқ ва меъда - ичак фаолиятининг бузилишини қайд этадилар. Лекин, кўпинча сил, ўпкадан бошқа аъзоларда жойлашганда, айниқса, унинг бошланиш даврида, касаллик белгиларисиз кечиши ва бемор шикоят қилмаслиги мумкин. Шунинг учун касалликни аниқлашда текширишнинг махсус усуллари қўлланилади. Касаллик анамнезини бемордан сўраётганда, у қандай усул билан топилганлигини аниқлаш зарур: қандайдир шикоятлари бўлгани учун врачга мурожаат қилиш натижасидами ёки флюорография кўригидан ўтган вақтдами? Касалдан унинг умумий аҳволи қачондан бошлаб ёмонлашганини, илгари қандай касалликлар, операция ёки жароҳатлар ўтказганини сўраб - суриштириш керак. Айниқса, силни грипп, зотилжам, ревматизм, терлама (тиф) каби касалликларнинг клиник белгиларига ўхшаб кечишига ва силнинг плеврит, лимфаденит, тугунчали эритема кўринишида бўлишига алоҳида аҳамият бериш зарур. Беморда силнинг қўзишига сабаб бўлувчи (қандли диабет, силикоз, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси, ичкиликбозлик, гиёҳвандлик каби) касаллар бор ёки йўқлигини аниқлаш ҳам катта аҳамиятга эга.

Беморнинг яшаш жойи (шаҳар, қишлоқ), унинг мутахассислиги, иш ва ижтимоий шароити, маданияти тўғрисида маълумот олиш ҳам аҳамиятга эга.

Болалар ва ўсмирларни сўраб - суриштирганда силга қарши ўтказилган эмлаш, туберкулин синамасининг натижалари тўғрисидаги маълумотларни аниқлаш керак. Бемор оила аъзоларининг соғлиғини, уйида, ўқиш ва иш жойида сил касаллар билан мулоқатда бўлиш эҳтимоли борлигини, унинг даврини, сил билан касалланган уй ҳайвонлари мавжудлигини аниқлаш зарур.

Кўздан кечириш. Ривожланиб борувчи сил билан хасталанган беморларнинг ташқи кўриниши фақат тиббиёт китоб-ларидагина эмас, ҳатто бадиий адабиётларда ҳам батафсил ёзилган, бу habitus phtisicus (сил бўлган беморнинг ташқи кўриниши) номини олган. Бу, одатда, териси ўта рангпар, қуруқ ва юзи ажиндор, кўкрак қафаси торайган, узун, қовурға оралари кенгайган, тўш ости бурчаги ўткирлашган, кураклари кўкрак қафасидан бўртиб турувчи (қанотсимон), озиб кетган бемор.

Касалликнинг бошланғич босқичида беморлар кўздан кечи-рилаётганда, кўпинча, патологик ўзгариш аниқланмайди. Шунга қарамай, беморни кўздан кечириш тўлиқ ҳолда ўтказилиши шарт. Бунда беморнинг жисмоний ривожланишига, тери ва шиллиқ қаватларининг рангига аҳамият бериш керак. Беморнинг кўкрак қафаси кўздан кечирилаётганда, ўмров суяги устки чуқурчаларининг яққоллигини, кўкрак қафасининг ўнг ва чап томонлари симметриклигини ва нафас олиш, чиқариш вақтида унинг ҳара катланишини, қорин ва ёрдамчи мускулларининг нафас олишдаги иштирокини таққослаб кўрилади. қовурғалар оралиғининг кенгайганига ёки торайганига, операциядан сўнгги чандиқ мавжудлигига аҳамият берилади. Қўл ва оёқларни кўздан кечираётган вақтда, бармоқларнинг охирги суякчаларида ноғора таёқчалари ва тирноқларда соат ойнасига ўхшаш ўзгаришлар борлигига аҳамият берилади. Болалар, ўсмирлар ва ёшларда елка соҳаси терисини кўздан кечириб БЦЖ вакцинаси билан эмлангандан кейинги чандиқча бор ёки йўқлиги аниқланади.

Физикал текшириш усуллари.

Пайпаслаш (палпация). Терининг қуруқлиги, намлиги, унинг таранглиги, тери ости ёғ қаватининг ривожланганлиги ушбу усул ёрдамида аниқланади. Бўйин, қўлтиқ ва човдаги лимфа тугунлари яхшилаб пайпаслаб кўрилади. Ўпканинг ўткир яллиғланган касалликларида плевра пардалари ҳам яллиғланган бўлса, пайпаслаш вақтида, кўпинча, кўкрак қафаси мускулларида оғриқ мавжудлиги аниқланади. Силнинг сурункали хиллари билан касалланган беморларда ва оғир операциядан кейин елка - билак мускулларининг қуришиб қолганини (атрофия) аниқлаш мумкин. Кекирдакнинг жойлашишини пайпаслаб, кўкс оралиғида жойлашган аъзоларнинг у ёки бу томонга сурилганлиги аниқланади (Рубинштейн белгиси).

Ўпкаси сил бўлган касалларда овоз тебраниши кучайиши ёки пасайиши мумкин. Ўпканинг яллиғланиши натижасида ўпка тўқималари зичлашади, шунинг учун бундай ҳолларда овоз титраши кучаяди. Ўчоқли, яллиғланган, чандиқли ва катта кавакли ўпка силида, плевра бўшлиғига сув ёки ҳаво тўпланганда, плевра қалинлашганда, нафас йўллари беркилиб қолганда, овоз титраши пасаяди, ҳатто баъзида йўқолади (аниқланмайди).

Перкуссия. Бу усул ёрдамида кўкрак қафасидаги ва ўпкадаги нисбатан катта ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширишнинг жорий этилиши натижасида тукуллатиб текширишнинг аҳамияти камайди. Аммо бу усул, спонтан пневмоторакс (плевра бўшлиғига ҳаво йиғилиши), зардобли плеврит, ўпка ателектазида юз берадиган ўзгаришларни аниқлашда асосий аҳамиятга эга. Тукиллатиб текшириш натижасида аниқланган бўғиқ товуш, клиник ҳолатни тезда баҳолашга ва зарур бўлган бошқа текшириш чораларини кўришга имконият беради.

Аускултация. Баъзи бир нафас аъзоларининг касалликлари, шу жумладан, силда ҳам нафас характерининг ўзгариши ва ўпкада қўшимча хириллашларсиз кечиши мумкин. Шунга қарамасдан эшитиб кўриш ўз аҳамиятини йўқотмаган. Нафаснинг суст эшитилиши плевритга, плевра пардаларининг ёпишиб кетишига ва пневмотораксга хос. Дағал ёки бронхиал нафас товуши ўпка тўқимасида яллиғланиш бўлганида эшитилади, ўпкада кенг бронхга очилган катта кавак бўлса, амфорик нафас эшитилади.

Кўпинча рентгенологик ва бронхоскопик ва бошқа усуллар билан аниқлаб бўлмайдиган ўпкадаги патологик жараёнларни аниқлашда, эшитиб текшириш катта аҳамиятга эга. Бунда ўпканинг ҳар хил хириллашлари ва плевра пардаларининг ишқаланиши, шовқини эшитилиши мумкин. Ўпканинг айрим, чегараланган қисмида майда пуфакчали нам хириллашнинг эшитилиши ўпка тўқимасида ириш бошланганлигини кўрсатади. Ўртача ва йирик пуфакчали хириллашни яхши эшитмоқ учун бемордан чуқур нафас олгандан сўнг нафасни чиқариб, бир оздан кейин йўталиб, кейин яна чуқур нафас олишни илтимос қилиш керак. Чуқур нафас олишнинг энг юқори даврида хириллаш яхши эшитилади. қуруқ хириллашлар бронхитда (нафас йўлларида яллиғланиш бўлганида), хуштак товушига ўхшаш хириллашлар бронхит, бронх деворларининг сиқилиши (бронхоспазм) билан кечганида эшитилади. қуруқ плеврит бўлганда плевра пардаларининг ишқаланиш шовқини, перикардитда (юрак пардасининг яллиғланиши) перикард ишқаланиши шовқини эшитилади.

Сил касаллигини лаборатор – асбобий текшириш усуллари.

Лаборатор текширув усуллари-Сил касаллигида қонда рўй берадиган ўзгаришлар, кўпинча, носпецифик бўлишига қарамай, касалликнинг кечиши ҳақида қимматли маълумот беради. Силни чегараланган ва фаол бўлмаган турларида эритроцитлар сони меъёрда бўлиб, гипохромия кузатилади. Массив яллиғланиш ёки казеозли зотилжам ҳамда тарқалган казеозли лимфаденитда, ичаклар специфик яллиғланиши ҳамда ўпкадан ёки жарроҳлик муолажасидан сўнг кўп қон оққанда эритропения, микроцитоз, олигохромазия, полихромазия пайдо бўлади.

Микроцитоз ва пойкилоцитоз эса кам учрайди. Бу, асосан рўйи рост анемияда кузатилади. Ретикулоцитлар сони эса силни

компенсацияланган босқичида 0,1-0,6%, субконпенсацияланган босқичида 0,6-1,0% ва декомпенсацияланган босқичида эса 1% ни ташкил этади. Сил касаллигида қонда асосан унча катта бўлмаган лейкоцитоз (15000 гача) кузатилади. Айрим ҳолларда эса лейкопения ҳам бўлиб, чегараланган ва енгил кечувчи турларида 2-7 % ни, деструктив ва зўрайган турларида 12.5 % ни ташкил қилади. Касалликда, асосан, ўзгаришлар лейкоцитар формулада рўй бериб, нисбий ёки мутлақ нейтрофилёз ўзгаришлар кузатилади.

Лейкоцитар формула қисман чапга, яъни промиелицитларгача сурилади. Асорат бўлмаган ҳолларда миелоцитлар жуда кам учрайди. Касаллик узоқ вақт давом этганлиги сабабли, гемограммадаги патологик донадорлик сони кўпаяди. Оғир турларида эса, барча нейтрофилларда патологик донадорлик пайдо бўлади. Соғайиш даврида лейкограммадаги силжиш нисбатан меъёрига тез қайтади. Патологик донадорлик эса гемограммадаги бошқа ўзгаришларга нисбатан узоқ вақт сақланиб қолади.

Периферик қондаги эозинофиллар сони жараён босқичига ҳамда организмнинг аллергик ҳолатига боғлиқ бўлади. Касаллик оғир ва узоқ кечганда эозинофиллар сони камайиб, анэози - нофилиягача етиб бориши мумкин. Инфилтратларнинг ва плеврал суюқликнинг сўрилиши даврида, ҳамда бирламчи сил энди бошланганда эозинофиллар сони ортади. Бирламчи силнинг кўпгина турларида лимфопения кузатилади. Лимфопения айрим ҳолларда йиллар давом этиб, чандиқланиш пайдо бўлганда ҳам сақланиб қолади. Иккиламчи силнинг қайталаши даврида бемор аҳволининг оғирлигига қараб, лимфоцитлар меъёрида бўлади ёки лимфопения кузатилади. Касалликнинг жараёнини ва фаоллигини аниқлашда эритро-цитларнинг чўкиш тезлиги аҳамиятга эга. ЭЧТнинг ошиб кетиши патологик жараёнларни (инфекцион йирингли, септик яллиғланиш) оғирлигини кўрсатади. Лекин ЭЧТнинг ортиб кетиши қондаги глобулин, фибриноген, холестерин ортганини ҳамда қон ёпишқоқлиги камайганида ҳам кузатилади. ЭЧТ камайиши эса қон қуюлиб, гемоконцентрация ошиб кетганига боғлиқ бўлади, албумин ва ўт кислотанинг қондаги миқдори ошганини кўрсатади.

Сил касалликларини даволашда препаратларнинг гемопоэзга таъсир қилиши натижасида гемограмма ўзгариб боради. Доимо қонни кузатиб туриш ҳамда лаборатория кўрсаткичларини тўғри таҳлил қилиш, беморнинг клиник ҳолатига, жараён динамикасига ҳамда даво чора-тадбирларининг самарали бўлишига ёрдам беради.

Сийдикнинг клиник таҳлили - сийдик ажратиш тизими диагнозида асосий усул ҳисобланади. Сийдикни таҳлил қилганда лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия, гипоизостенурия, сил микобактериурияси ҳамда носпецифик бактериурия аниқланиши мумкин. Лейкоцитурия сийдик ажратиш тизими силида специфик кимётерапияни бошлашдан олдин энг кўп учрайдиган белги ҳисобланади. Камдан - кам ҳолларда, масалан, сийдик чиқарадиган йўллар облитерациясида бу белги бўлмайди. Сийдикни Нечипоренко усулида таҳлил қилиш (лейкоцитларнинг ва эритроцитларнинг 1 мл сийдикдаги сони) лейкоцитурияни аниқлашда ҳақиқий кўрсаткич ҳисобланади.

Сийдикнинг умумий таҳлили меъёрни кўрсатганда ҳам бу усул аниқ маълумот беради. Шуни ҳам унутмаслик керакки, лейкоцитурия ўткир ва сурункали пиелонефритда, циститда, уретритда ва буйрак - тош касалликларида ҳам кузатилади. Сийдик ажратиш тизими силида эритроцитурия ҳам лейкоцитурия каби ҳаммадан кўп учрайдиган лаборатор белги ҳисобланади. Гематурия миқдори жараённинг тарқалганлигига боғлиқ бўлиб, буйрак деструктив силида ортади. Лейкоцитуриясиз эритроцитурия кўпроқ буйрак силининг дастлабки босқичига оид бўлади. Гематурияни лейкоцитурияга нисбатан кўп бўлиши, буйрак сили касаллигига хос бўлганидан носпецифик пиелонефрит билан қиёслашга ёрдам беради. қоннинг биокимёвий таҳлили. Сил касаллигида бир қатор биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши жараённинг босқичига ва асоратига ҳамда қўшилиб кечаётган турли касалликларга боғлиқ бўлади. Фаол бўлмаган сил касаллигида

беморларнинг қон зардобида умумий оқсил ва оқсил фракциялари ўзгармайди ва уларнинг миқдори меъёрида бўлади.

Касалликнинг ўткир турида, қайталаганда, сурункали турлари фаоллашганда албумин - глобулин коэффициенти камаяди. Буйракнинг функционал ҳолатини аниқлашда қон зардобидаги реатининнинг миқдори ва буйрак калавасини (клубочкасини) филтрлаш тезлигини Кокрофт - Голта усулида ҳисоблаш зарур. Буйрак калавасини филтрлаш тезлигини Реберг синамаси ёрдамида амалга ошириш етарлича маълумот бермагани сабабли, юқоридаги усулда аниқлаш керак. Сил касаллиги ва асоратларида жигарнинг функционал ҳолатини текшириш катта аҳамиятга эга. Бундай ҳолда қон зардобида тўғри ва умумий билирубин аспартатаминотрансферазани, аланинаминотрансферазани текшириб туриш керак бўлади. Беморларнинг динамик қон зардоби таркибидаги аминотрансферазаларни, билирубинни текшириб туриш керак. Айниқса силнинг оғир турларида ҳар ойда биокимёвий компонентларини текшириб туриш шарт.

Ўпкадан бошқа аъзолар силида биокимёвий таҳлил. Биологик суюқликларда туберкулостеарин кислота миқдорини ҳисоблаш аникроқ маълумот берадиган биокимёвий таҳлил ҳисобланади. Бироқ у газли хроматография ва масспектрометриядан фойдаланиш зарурлиги сабабли, анча қийин. Биологик суюқликларда аденозиндезаминаза ферменти фаоллигини аниқлаш сил синовиити, лимфа безлари сили, сил менингити ҳамда сил серозитини аниқлашни енгиллаштиради.

Биологик суюқликлардан олинган айрим биокимёвий маълумотлар спецификликни кўрсатмайди, шунинг учун зарарланган ўчоқни таҳлил қилиш керак. Тери остига ёки тери орасига туберкулин юбориб, организмни туберкулинга жавоб реакцияси аниқланади (туберкулин юборишдан олдин ва 48 соат ҳамда 72 соатдан кейин). Шундан сўнг туберкулин юборишдан олдинги ва кейинги трансамидиназа миқдорининг орта бориши фоизларда ҳисоблаб чиқилади.

организмни туберкулинга жавоб реакцияси аниқланади (туберкулин юборишдан олдин ва 48 соат ҳамда 72 соатдан кейин). Шундан сўнг туберкулин юборишдан олдинги ва кейинги трансамидиназа миқдорининг орта бориши фоизларда ҳисоблаб чиқилади.

Асосий адабиётлар руйхати:

1. Муаззамов Б.Р.
Крофтон. Ж. ва.бош қалар «Сил клиникаси» 2003 йил.

2. Зухуров Д. З. «Сил касаллиги» Тошкент 2005 йил.

3. Белоусова. А. К.
Сербина. А. А. «Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля» Москва 2003 г. 73 – 75

4. А.М. Убайдуллаев “Сил касаллиги” Миллий қўлланма . Тошкент 2007 йил .

5. А. Гадаев, М. Х. Алимова “ Умумий амалиёт ҳамширалари учун амалий кўникмалар рўйхати” Т. 2011й.

Интернет сайтлари:
www.mediashhyera.aha.ru //ftiziatry;
www matrix. Ucdavis yedu//DOJ. html;
www.cc. yemory.yedu //WHSCL//medwyed. Doc/ftiziatry. html;
wwwl.Mosbycom //Nosby// Periodicals// //medical//pneumocity/;
www skindex com.;