PNEVMONIYA ETIOLOGIYASI VA ULARNI DAVOLASHDAGI QIYINCHILIKLAR

Yodgorova Nodira Turgunbayena - t.f.n., dotsent
Mirvaliyeva Nafisa Rejametovna - assistent
Sayfiddinov Shahobbiddin Xusniddin o'g'li - talaba
Qoriyev Sa'dulloh Abdullo o'g'li - talaba
Ergasheva Mahmudaxon Ali qizi - talaba
Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Ushbu adabiyotlar tahlilida pnevmomiya kasalligining tasniflanishi, klinik turlarini, etiologiyasi, klinik va laborator diagnostika usullari va zamonaviy davolash usullari tog'risida ma'lumotlar yoritilgan. Shu bilan birga pnevmoniya organizmning va a'zolarimizning qaysi qismini zararlashi, uning organizm bo'ylab patogenezi, tarqalishi va asoratlari, eng asosiysi uning oldini olish haqidagi ma'lumotlar tahlil qilingan.*

Kalit so'zlar: *pnevmoniya, zotiljam, pnevmokokk, klebsiella, stafilokokk, streptokokk, Atypical pathogen; Chlamydia pneumoniae; Community-acquired pneumonia; Legionella species; Mycoplasma pneumoniae.*

ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ И ТРУДНОСТИ В ИХ ЛЕЧЕНИИ

Ёдгорова Нодира Тургунбаевна - к.м.н., доцент
Мирвалиева Нафиса Режаметовна - ассистент
Сайфиддинов Шахоббиддин Хусниддин угли - студент
Кориев Саъдуллох Абдулло угли - студент
Эргашева Махмудахон Али кизи - студентка
Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *В данном обзоре литературы представлены сведения о классификации, клинических формах, этиологии, методах клинической и лабораторной диагностики, а также современных методах лечения пневмонии. Кроме того, проанализированы данные о том, какую часть организма и органов поражает пневмония, ее патогенез, распространение и осложнения в организме, и, что наиболее важно, информация о ее профилактике.*

Ключевые слова: *пневмония, воспаление легких, пневмококк, клебсиелла, стафилококк, стрептококк, Atypical pathogen; Chlamydia pneumoniae; Community-acquired pneumonia; Legionella species; Mycoplasma pneumoniae.*

ETIOLOGY OF PNEUMONIA AND DIFFICULTIES IN ITS TREATMENT

Yodgorova Nodira Turgunbaevna - Ph.D., associate professor
Mirvaliyeva Nafisa Rejametovna - assistant
Sayfiddinov Shahobbiddin Khusniddin ugli - student
Qoriyev Sa'dulloh Abdullo ugli - student
Ergasheva Mahmudahon Ali kizi - student
Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *This literature review presents information on the classification, clinical forms, etiology, methods of clinical and laboratory diagnostics, as well as modern treatment approaches for pneumonia. Additionally, it analyzes data on which parts of the body and organs are affected by pneumonia, its pathogenesis, spread and complications in the organism, and, most importantly, information on its prevention.*

Keywords: *pneumonia, inflammation of the lungs, pneumococcus, klebsiella, staphylococcus, streptococcus, Atypical pathogen; Chlamydia pneumoniae; Community-acquired pneumonia; Legionella species; Mycoplasma pneumoniae.*

Dolzarbligi. Pnevmoniya (qad. yun. πνευμονία — «o'pka kasalligi»),zotiljam, o'pka shamollashi— o'pka to'qimalarining yallig'lanishi, odatda infektsiya tomonidan chaqiriladi, asosan alveolalar zararlanishi (ularda yallig'lanishli ekssudatsiya rivojlanishi) bilan kechadi. «Pnevmoniya» atamasi katta guruhdan iborat kasalliklarni birlashtiradi, ularning har biri o'ziga xos etiologiya, patogenez, klinik tasvir, rentgenologik belgilar, laboratoriya tadqiqotlari va davolash xususiyatlari bo'yicha xarakterli farqlarga ega [14]. o'pka to'qimasida infektsion bo'lmagan yallig'lanish jarayonlari odatda pnevmonit yoki o'pkaning nafas olish qismlarining birlamchi zararlanishi holatida alveolit deb ataladi. Bunday aseptik yallig'lanish jarayonlari fonida ko'pincha bakterial, virusli-bakterial yoki zamburug'li pnevmoniya rivojlanadi. Zotiljam kasalligi dunyo bo'ylab 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning 15 foizida o'limga sabab bo'ladi. Statistikaga ko'ra, 2017-

yilda 5 yoshgacha bo‘lgan 808 694 bola pnevmoniyadan vafot etgan. Ushbu xavfli kasallikka chalingan har 64-kishi vafot etishi qayd etiladi. Pnevmoniya tufayli bemorning turli a’zolarida xavfli asoratlar yuzaga keladi [1,2].

O‘zbekistonda 2018-yilda nafas olish tizimi kasalliklari hissasiga 100 000 aholi boshiga 23,1 nafar ayol, 34 nafar erkak o‘limi to‘g‘ri kelgan. Pnevmoniya butun dunyo bo‘ylab muhim klinik ta'sir ko‘rsatadigan o‘lim va kasallanishning asosiy sababidir. Hindiston global pnevmoniya yukining 23 foizini tashkil qiladi, bunda o‘lim darajasi 14 dan 30 foizgacha, Streptococcus pneumoniae esa asosiy bakterial etiologiya hisoblanadi. Burkholderia pseudomallei kabi rivojlanayotgan patogenlar Janubi-Sharqiy Osiyo mamlakatlarida pnevmoniyaning muhim sababi sifatida tobora ko‘proq e'tirof etilmoqda. Birlamchi tibbiy yordamda dastlabki boshqaruv klinik baholashga bog‘liq, kasalxonaga yotqizilgan bemorlarga klinik ko‘rsatkichlar, ko‘krak qafasi rentgenografiyasi va turli mikrobiologik va biomarker tahlillari kombinatsiyasi talab qilinadi. Tanlangan yuqori xavfli bemorlarda qo‘shimcha namuna olish va molekulyar testlar bilan birgalikda ushbu keng qamrovli diagnostika yondashuvi qo‘llanilishi kerak. Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda pnevmoniyada noto‘g‘ri terapiya kasalxonada qolish muddatini uzaytiradi va xarajatlarni va o‘limni oshiradi. Bundan tashqari, ko‘p dori-darmonlarga chidamli organizmlarning paydo bo‘lishi empirik va aniq terapiyani tanlashda qiyin muammolarni keltirib chiqaradi [3].

Pnevmoniya bilan kasallangan 525 nafar boladan 71,6% ida yengil pnevmoniya kuzatilgan; 24,8% og‘ir va 3,6% o‘ta og‘ir pnevmoniya, o‘lim holatlari yo‘q. Kamida bitta mikroorganizm 84% bolalarda aniqlangan va 61% aralash etiologiyaga ega bo‘lgan; 72% da hech bo‘lmaganda bitta respirator virus, 28% da yiringli bakteriyalar va 21% da atipik bakteriyalar bo‘lgan. Respirator-sinsitial virus, paragripp, rinovirus, gripp, Mycoplasma pneumoniae, adenovirus va Streptococcus pneumoniae GSPning eng ko‘p uchraydigan etiologiyasi bo‘lgan. Respirator-sinsitial virus ko‘proq 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda va og‘ir pnevmoniyada uchradi. 2,3% bolada sil tashxisi qo‘yilgan. II etiologiyani aniqlash uchun eng foydali namuna bo‘ldi (33,6%), qonning bakteriologik tekshiruvi esa 3,6% ijobiy bo‘ldi. Mavjud barcha diagnostik testlar o‘rtasidagi moslik past bo‘ldi. Sog‘lom bolalarning yuqori foizi S. pneumoniae va Haemophilus influenzae bilan kolonizatsiya qilingan yoki paragripp, rinovirus, gripp va adeno bilan kasallangan [15].

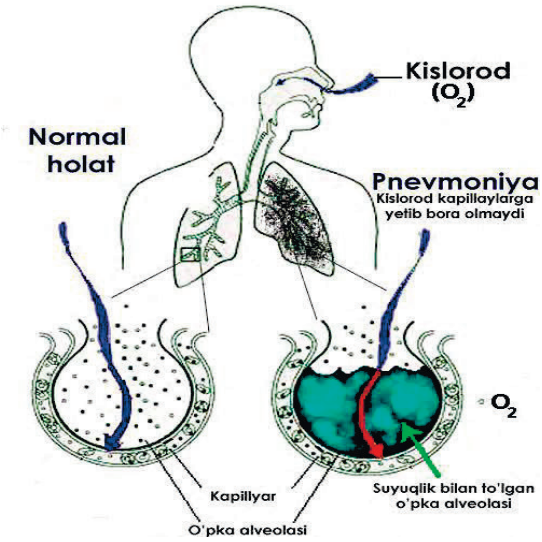
Tarqalganligi

Har yili 17 milliondan ortiq odamga pnevmoniya tashxisi qo‘yiladi, bunda erkaklar ayollarga qaraganda 30 foizga ko‘proq kasallanishadi. Maxsus xavf guruhlariga 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar va 65 yoshdan katta odamlar kiradi. Shu bilan birga, zotiljamda boshqa kasalliklarga nisbatan o‘lim darajasi ancha yuqori: erkaklarda 8,04% va ayollarda 9,07% bilan kasallanish ko‘pgina omillarga bog‘liq: turmush darajasi, ijtimoiy va oilaviy ahvol, mehnat sharoiti, hayvonlar bilan aloqa, sayohat, zararli odatlar, kasal odamlar bilan aloqa qilish, odamning individual xususiyatlari va u yoki boshqa patogenning geografik tarqalganligi.

Hozirgi davrda bu kasallik bolalar va qariyalar o‘limining eng keng tarqalgan sabablaridan biri bo‘lib qolmoqda, ayniqsa ijtimoiy muassasalarda (bolalar uylari, internatlar, qamoqxonalar). Qurolli kuchlar safida pnevmoniya tarqalganligi har ming kishiga 35-40 holat nisbatida to‘g‘ri keladi. Muddatli harbiy xizmatni o‘tayotganlarning har o‘ninchisida kasallik og‘ir darajada kechadi. Keksa bemorlarda kasalxonada boshqa kasallik sababli davolanayotgan vaqtda pnevmoniya bilan kasallanish holatlari keskin ortadi. Kasalxona sharoitidagi va kasalxonadan tashqarida kuzatilgan pnevmoniya etiologiyasida keskin farqlar mavjud.

Patogenezi

Pnevmoniyada o‘pka alveolalari suyuqlik bilan to‘lib qoladi, bu kislorodning qon tomirlariga o‘tishiga to‘sqinlik qiladi. Quyidagi suratda chap tomonda havo bilan to‘lgan sog‘lom alveolalar, o‘ng tomonda esa zotiljam holatidagi alveolalar holati ko‘rsatilgan.



Rasm 1. **Zotiljam patogenzi**

Mikroorganizmlarni o‘pka to‘qimalariga kirib borishining eng keng tarqalgan yo‘li bu bronxogen yo‘l bo‘lib, bunga aspiratsiya, mikroblarni atrof-muhitdan nafas orqali yutish, patogen floraning yuqori nafas olish yo‘llaridan (burun, halqum) quyi qismga o‘tishi, tibbiy muolajalar — bronxoskopiya, traxeya intubatsiyasi, o‘pkani sun’iy shamollatish, ingalyatsion dori vositalari bilan davolash va boshqalar zamin yaratib beradi.

Infektsiyaning gematogen yo‘l (qon) bilan tarqalishi kamroq uchraydi, asosan homilaning bachadondaligida infektsiyalanishi, septik jarayonlar va intravenoz giyohvand moddalar qabul qilishda. Limfogen infektsiyalanish juda kam hollarda qayd etiladi.

Infektsiyalanishdan so‘ng infektsion agent nafas olish bronxiolalarining epiteliysida o‘rnashadi va ko‘paya boshlayadi, natijada turli shakllardagi (yengil kataral shakldan nekrotik shaklgacha) o‘tkir bronxit yoki bronxiolit rivojlanadi. Mikroorganizmlarning bronxiolalaridan tashqariga tarqalishi o‘pka to‘qimalarining yallig‘lanishiga yoxud pnevmoniyaga olib keladi. Bronxial o‘tkazuvchanlik buzilganligi sababli atelektaz o‘choqlari paydo bo‘ladi. Yo‘talish va aksirish refleksi yordamida organizm bronxlar o‘tkazuvchanligini tiklashga harakat qiladi, ammo natijada infektsiya sog‘lom to‘qimalarga tarqaladi va pnevmoniyaning yangi o‘choqlari paydo bo‘ladi.

Kasallik natijasida kislorod yetishmovchiligi, nafas yetishmovchiligi, og‘ir holatlarda esa yurak yetishmovchiligi yuzaga kelishi mumkin. Ko‘pincha o‘ng o‘pkaning II, VI, X va chap o‘pkaning VI, VIII, IX, X segmentlari ta’sirlanadi. Bu jarayonga mahalliy limfa tugunlari — bronxopulmonal, paratraxeal, bifurkatsion tugunlar ham jalb etilishi keng tarqalgan [11].

2013-2016 yillarda o‘tkazilgan tadqiqot ishlarida bakterial pnevmoniya bilan kasallanish va tishlar salomatligi o‘rtasidagi bog‘liqlik mavjudligi aniqlangan. o‘rganilgan 26,000 kishidan 441 kishi kamida bir marta bakterial pnevmoniyaga chalingan bo‘lgan. Stomatolog huzurida biron marta profilaktik ko‘rikdan o‘tmagan kishilarda muntazam ravishda yiliga 2 martadan og‘iz bo‘shlig‘i sanatsiyasidan o‘tgan kishilarga qaraganda kasallanish xavfi 86% ga yuqoriroq edi.

Krupoz pnevmoniya

Rivojlanishning o‘ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, krupoz pnevmoniyani kasallikning maxsus shakli sifatida ko‘rib chiqish o‘rinlidir. Krupoz pnevmoniyada patologik jarayon bir necha bosqichlardan o‘tadi:

1.**Giperemiya va to‘lish bosqichi**— alveolalardagi yallig‘lanish ularning kengayishi va ekssudat paydo bo‘lishiga olib keladi.

2.**Gepatizatsiya bosqichi**— birinchi navbatda, kengaygan qon tomilari orqali alveolyar ekssudatga eritrositlar o‘tadi. Havo alveolalardan siqib chiqariladi. Fibrin bilan to‘lgan alveolalar tufayli o‘pka jigar rangli tus oladi. Ikkinchi bosqichning bu birinchi qismi qizil gepatizatsiya deb ataladi. Keyinchalik ekssudatda leykotsitlar ustunlik qila boshlaydi. Ikkinchi bosqichning bu qismi kulrang gepatizatsiya nomini olgan.

3.**Yengillashish bosqichi**: alveoladagi fibrin va leykotsitlar so‘rila boshlaydi, qisman balg‘am bilan tashqariga ajratiladi.

Pnevmoniya etiologiyasi.

Kasallikning yuzaga kelishi va rivojlanishiga odamning qattiq sovuq qotishi, jismoniy va ruhiy o‘ta toliqishi, organizmning ichki zaharlanishi— intoksikatsiya hamda organizmning kasallikka qarshi kurashish qobiliyatini susaytiruvchi boshqa omillar sabab bo‘ladi, natijada yuqori nafas yo‘llariga mikroblar o‘tkir va surunkali, joyiga qarab chegaralangan sohalardagi yoki pnevmoniya (o‘pkaning butun bir bo‘lagi zararlanadi) va o‘choqli bronxopnevmoniya(1-jad.) farq qilinadi [5].

1-jadval.

Pnevmoniya qo‘zg‘atuvchilarini klassifikatsiyasi

№	Turlari	Qo‘zg‘atuchisi
1.	**Infektsion** (bakterial)	pnevmokokk, klebsiella, stafilokokk, streptokokk va boshqa bakteriyalar ta’siri ostida rivojlanadi
2.	**Virusli genezisga ega**	ko‘pincha Epshteyn-Barr virusi yoki sitomegalovirus infektsiyasida gerpetik shakli uchraydi
3.	**Zamburug‘li genezisga ega**	kasallik qo‘zg‘atuvchisi mog‘or zamburug‘lari (*Aspergillus*,*Mucor*,) achitqisimon (*Candida*), endemik dimorf zamburug‘lar (*Blastomyces*,*Coccidioides*,*Histoplasma*), pnevmosistsalar (*Pneumocystis*) bo‘lishi mumkin;
4.	**Aralash tip**	bir vaqtning o‘zida ikki yoki undan ortiq turdagi patogenlar keltirib chiqaradi.

Bundan tashqari,gijjalarva oddiy parazitlar ham pnevmoniyani keltirib chiqarishi mumkin. Krupoz pnevmoniyani pnevmokokklar qo‘zg‘atadi. Mikroblardan tashqari organizmni kasallikka moyil qilib qo‘yuvchi ba’zi omillar (masalan, shamollash) ham ta’sir etgandagina zotiljam paydo bo‘ladi. Shuning uchun krupoz pnevmoniya qishda ko‘proq uchraydi. Ichkilikka mukkasidan ketgan kishilar (alkogoliklar) Zotiljamga ko‘proq moyil bo‘ladi. Pnevmoniyaning joylashuvi bo‘yicha ta’riflari(2-jad.) keltirib o‘tilgan.

2-jadval.

Pnevmoniyaning joylashuvi bo‘yicha ta’riflari

№	Turlari	Ta’rifi
1.	**Fokal** (o‘choqli)	o‘pkaning kichik bir qismi shikastlanadi va faqat bitta kasallik o‘chog‘i mavjud bo‘lsa (bronxopnevmoniya — nafas olish bo‘limlari + bronxlar);
2.	**Segmental**	o‘pkaning bir yoki bir nechta segmentlariga tarqaladi
3.	**Lobar**	o‘pka bo‘lagiga ta’sir qiladi. Lobar pnevmoniyaning klassik namunasi — krupoz pnevmoniya — asosan alveolalar va unga tutashgan plevraning yallig‘lanishi;
4.	**Birlashuvchi**	kichik o‘choqlarning birlashib, zararlanish maydonining kengayishi;
5.	**Total**	agar butun o‘pka bo‘ylab tarqalsa.

Bundan tashqari, pnevmoniya faqat bitta o‘pkaga ta’sir qilsa**bir tomonlama**yoki har ikkisini shikastlagan holatda**ikki tomonlama**bo‘lishi mumkin.

Klinikasi

Krupoz pnevmoniya, odatda, to‘satdan boshlanadi: temperatura birdan 39,5—40° gacha ko‘tariladi, bemor qattiq qaltiraydi, tez-tez yo‘taladi, biqini, ko‘kragi og‘riydi, nafas olganda, yo‘talganda va aksa urganida og‘riq (sanchiq) kuchayadi. Sababi shuki, o‘pkaning yallig‘langan bo‘lagini qoplagan plevra ham yallig‘langan bo‘lishi mumkin. Bemor tez-tez, yuza nafas oladi (halloslaydi), lunji qizaradi. Labi, burun kataklarining atrofiga uchuq toshadi, o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiligi kuzatiladi, bemorning aqvoli og‘irlashadi. Go‘daklarda, ayniqsa, nimjon, chala tug‘ilgan, raxit, anemiya, gipotrofiya bilan og‘rigan bolalarda zotiljam juda og‘ir kechishi, agar o‘z vaqtida tibbiy yordam ko‘rsatilmasa, ko‘pincha nohush holatlarga sabab bo‘lishi mumkin [4].

Pnevmoniya kechishiga qarab bir nechta bosqichli bo‘ladi: o‘tkir — bu 3 haftadan 2 oygacha davom etadi; suo‘tkir — 3 — 6 hafta; surunkali — bir necha oydan bir necha yilgacha yoki hatto o‘nlab yillarga cho‘zilishi mumkin.

Odatiy pnevmoniya alomatlari

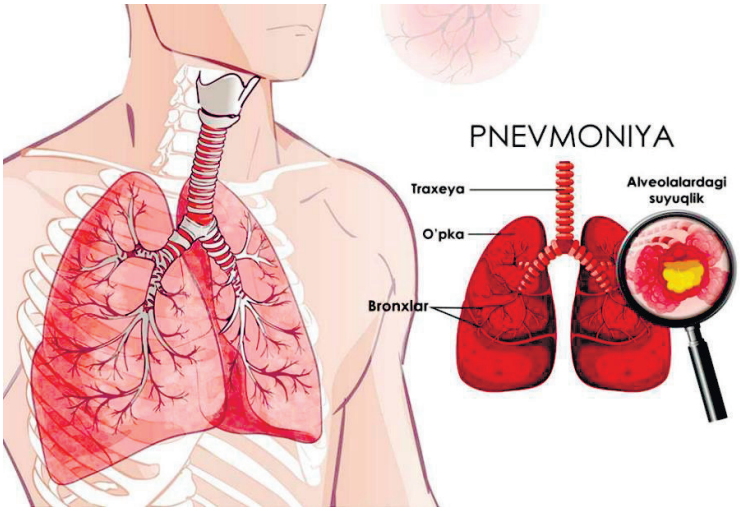
Birinchi bosqichda bemorning harorati ko‘tariladi — 35,5 — 39,5 ° S gacha.Bosh og‘rig‘i, zaiflik, uyqusizlik, kayfiyat o‘zgarishi va ortiqcha terlash paydo bo‘ladi. Ikkinchi bosqichda yo‘tal paydo bo‘ladi — avval quruq, keyin nam, ko‘p miqdordagi zang rangidagi balg‘am bilan. Nafas olishda kuchayadigan ko‘krak og‘rig‘i paydo bo‘ladi. Uchinchi bosqichda nafas olish yetishmovchiligi belgilari paydo bo‘ladi — nafas qisilishi va burun hududida sianoz (teri ko‘karishi). Ko‘pincha bu keng pnevmoniya belgilaridir.

Atipik pnevmoniya alomatlari

U asta-sekin rivojlanib boradi va unda ikkilamchi alomatlar ustunlik qiladi — quruq yo‘tal, bosh og‘rig‘i, mushak og‘rig‘i, tomoq og‘rig‘i, zaiflik va bezovtalik. Shu bilan birga, rentgenogrammada minimal o‘zgarishlar ko‘rsatiladi. Ushbu pnevmoniyaga ko‘pincha bakteriyalar, zamburug‘lar vaxlamidiyasabab bo‘ladi.

Keltirib chiqargan sababga qarab quyidagilar farqlanadi:

Birlamchi pnevmoniya— mustaqil kasallik sifatida rivojlanadi; Ikkilamchi pnevmoniya— boshqa kasallik fonida rivojlanadi, masalan, surunkali bronxit fonida; Radiatsion shakli— onkologik patologiyalarini rentgenologik davolash fonida yuzaga keladi; Jarohatlardan keyingi (posttravmatik) shakli— ko‘krak qafasidagi shikastlanishlar natijasida yuzaga keladi, natijada bronxial sekretsiya ushlanib qolishi va o‘pka ventilyatsiyasi buzilishi kuzatiladi, bu o‘pka to‘qimasida yallig‘lanish jarayonlariga olib keladi.



Rasm 2. **O‘pkaning zararlanish qismlari**

Og‘irlik darajasiga ko‘ra, pnevmoniya yengil, o‘rtacha va og‘ir darajaga ega bo‘lishi mumkin. Kasallik funktsional o‘zgarishlar (surunkali nafas olish yoki yurak yetishmovchiligi), o‘zgarishlarsiz va asoratlarning bor-yo‘qligiga ko‘ra asoratlangan va asoratlanmagan turlarga bo‘linadi.

Klinik tasvir.

*«Tipik»*pnevmoniya tana haroratning keskin ko‘tarilishi, yiringli balg‘am ajralishi bilan kechadigan yo‘tal va ba’zi hollarda plevra og‘rig‘i bilan tavsiflanadi. Ko‘rik vaqti: perkutor tovushining qisqaligi, nafasning qattiqligi, bronxofoniyaning kuchayishi, ovozning qaltirashining kuchayishi, avval quruq, keyin nam, qichishadigan xirillash, rentgenogrammada qorayishlar aniqlanadi. Bunday pnevmoniyaga*Streptococcus pneumoniae*,*Haemophilus influenzae*,*Escherichia coli*,*Klebsiella pneumoniae*sabab bo‘ladi.

*«Atipik»*pnevmoniya asta-sekin boshlanishi, quruq, yengillik bermaydigan yo‘tal, klinik ko‘rinishda ikkilamchi alomatlar ko‘pligi — bosh og‘rig‘i, mialgiya,tomoq og‘rig‘iva qichishishi, zaiflik va holsizlik bilan kechadi, rentgenogrammada biroz o‘zgarishlar aniqlanadi. Pnevmoniyaning bu turi odatdaMycoplasma pneumoniae,Legionella pneumophila,Chlamydia pneumoniae,Pneumocystis *jiroveci*-*i*tufayli yuzaga keladi.

«Ikkilamchi»: aspiratsion, septik, immunitet tanqisligi fonida rivojlanadigan, gipostatik, posttravmatik va boshqalar.

Aspiratsion pnevmoniya — o‘pkaga yot moddalar tushishidan so‘ng rivojlanadi (operatsiya paytida qayt qilish, hushni yo‘qotish, travma, chaqaloqlarda tug‘ruq paytida amniotik suyuqlikni o‘pkaga kirishi). Bunda zotiljam qo‘zgatuvchilari — mikroblar — o‘pkaga yot massa bilan birgalikda kiradi. Kasallikning bu turi fokal pnevmoniya sifatida rivojlanadi. I bosqich 2-3 kun, II bosqich — 3-5 kun davom etib, yengillik bosqichi kasallikning 7-11-kunlariga to‘g‘ri keladi.

Krupoz pnevmoniya (plevropnevmoniya) qo‘zg‘atuvchisi pnevmokokkdir. Ushbu mikrob tufayli rivojlangan pnevmoniya miqyosi va jiddiyligi bilan ajralib turadi. Krupoz zotiljam o‘tkir boshlanadi, tana harorati 39-40 °C gacha ko‘tariladi. Kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab nafas qisilishi kuzatiladi. Pnevmoniyaning bu turi o‘pkaning bir bo‘lagi, bir yoki ikkala o‘pkaning zararlanishi bilan tavsiflanadi. o‘pka shikastlanishining hajmi qanchalik katta bo‘lsa, jarayon shunchalik og‘ir kichadi [11].

Kasallikning 3-4 kunida xarakterli zang tusli balg‘am va yo‘tal paydo bo‘ladi. Yo‘talayotganda bemor ko‘krak qafasining shikastlangan o‘pka tarafida kuchli «sanchuvchi» og‘riqlardan shikoyat qiladi. o‘choqli pnevmoniyada esa ko‘krak qafasida og‘riq, aksincha, juda kam uchraydi.Ob’yektiv tekshiruvda quyidagilar aniqlandi: Birinchi bosqich - Vezikulyar nafas olish va bo‘g‘iq-timpanik perkussiya ovozining saqlanishi bilan tavsiflanadi. Shuningdek, qo‘shimcha nafas olish shovqini — krepitatsiya (*crepitatio indux)*eshitiladi; Ikkinchi bosqich - Nafas olish bronxial va perkussiya ovozi bo‘g‘iq bo‘ladi. Shikastlangan o‘pkaning pastki o‘pka cheti harakatchanligi pasayadi; Uchinchi bosqich - Birinchi bosiqchdagi kabi, vezikulyar nafas va bo‘g‘iq-timpanik perkussiya ovozi, shuningdek krepitatsiya aniqlanadi;

Krupoz pnevmoniyada harorat, yo‘tal va balg‘am ajralishi 10 kundan ortiq davom etishi mumkin. Kasallik fonida o‘pka abstsessi, yurak-o‘pka yetishmovchiligi rivojlanishi xavfi mavjud. Bronxopnevmoniyani davolashda antibiotiklar, balg‘am ko‘chiruvchi va mukolitik vositalar qo‘llaniladi.

Tashxislash.

Etiologiyasi bakteriya bo‘lgan pnevmaniyada asosiy tekshiriluvchi material bo‘lib balg‘am xizmat qiladi. Uni bakteriologik usulda tekshiriladi va 3-4 kunda natija tayyor bo‘ladi. Atipik pnevmoniya Gram-bo‘yoq bilan aniqlanmaydigan va standart usullar bilan o‘stirish mumkin bo‘lmagan atipik qo‘zg‘atuvchilar tomonidan qo‘zg‘atiladi [7]. Klinik tashxislash usullari esa quyidagilardan iborat(3-jad).

3-jadval.

Tashxislash usullari

Asosiy usullar:	**Qo‘shimcha usullar:**
Ko‘krak qafasi rentgenogrammasi;	Ko‘krak qafasining kompyuterli tomografiyasi;
Balg‘amni Gram bo‘yicha bo‘yash bilan mikroskopik tekshirish;	Plevra bo‘shlig‘i paratsentezi va plevra biopsiyasi;
Balg‘amni oziqa muhitiga ekish;	Biopsiya o‘tkazish bilan bronxoskopiya;
Umumiy va biokimyoviy qon tahlili;	Qonni oziqa muhitiga ekish;
Qonning gaz tarkibini tahlil qilish.	o‘ziga xos antitanalarni aniqlash;
	o‘pka biopsiyasi;
	Diagnostik torakotomiyadan so‘ng o‘pka biopsiyasi;

Pnevmoniyani davolash.

Kasallik zo‘riqib ketgan bo‘lsa, bemor kasalxonada davolanadi. Bemorni to‘g‘ri parvarish qilishning, shuningdek, antibiotiklardan to‘g‘ri foydalanishning ahamiyati katta. Salqin, toza havo uyquni va nafas olishni yaxshilaydi, shuning uchun bemor yotgan xonani tez-tez shamollatib turish muhim. Ichimlik (choy, meva suvi), suyuq ovqat (sho‘rva, ilitilgan tuxum, shirguruch, sut, sariyog‘, qatiq, kefir, kisel va hokazo) tez-tez berib turiladi.

Bemor terlaganda quruq sochiq, araq yoki teng baravar suv qo‘shilgan odekolon bilan artiladi [12]. Ichi yurishishiga, siydigi kelishiga qarab turish zarur. Yurak-tomir sistemasi yaxshi ishlamaganda uning faoliyatini kuchaytiruvchi dorilar buyuriladi, kisloroddan nafas oldiriladi va hokazo Orqaga gorchichnik qo‘yiladi, yurak-tomir faoliyatini yaxshilovchi (masalan, korglyukon, strofantin) va balg‘am ko‘chiruvchi dorilar tavsiya etiladi va boshqalar. Harsillash paydo bo‘lsa, bemorning boshini balandroq qilib yotqizib qo‘yish kerak. Bemor gigiyenik rejimga rioya qilishi, ochiq havoda sayr etishi, davo gimnastikasi bilan shug‘ullanishi lozim. Kasallikning oldini olish, asosan, organizmning umumiy holatini yaxshilashga (chiniqish, badan tarbiya va boshqalar), yomon odatlar (chekish, spirtli ichimliklar ichish)ni tark etishga, infeksiya manbalarini yo‘qotishga va turmush sharoitini yaxshilashga qaratilishi lozim [6].

Pnevmoniyani davolashning asosi bu antibiotiklardir. Antibiotik guruhini tanlash pnevmoniyani keltirib chiqargan mikroorganizmga bog‘liq holda amalga oshiriladi. Shuningdek, bronxlarni kengaytiradigan va balg‘amni suyuqlashtiradigan dorilar — ichga qabul qilish yoki ingalayatsiyalar shaklida, kortikosteroidlar, tomir ichiga tuz eritmalari yuborish, kislorod qo‘llaniladi [10].

Ba’zida plevral punktsiya va bronxoskopiya amalga oshiriladi. Ko‘pincha fizioterapiya usullari ham tayinlanadi: ultrabinafshali nurlanish, vibratsion massaj, fizioterapevtik mashqlar, parafin, ozokerit.

Patogen noaniq bo‘lgan holatlarda davolash uchun antibiotiklar sifatida himoyalangan penitsillinlar va sefalosporinlar (ya’ni keng spektrli antibiotiklar), makrolidlar qo‘llaniladi. Shuningdek karbapenemlar (tienam, meropenem), respirator ftorxinolonlar qo‘llanilishi mumkin. Agar terapiya samarasiz bo‘lsa, antibiotik boshqa turdagisiga almashtiriladi. Davolash muvaffaqiyatli borayotganini ko‘rsatuvchi mezon — antibiotiklarni qo‘llash boshlangan kundan boshlab uchinchi kuni tana haroratining normallashishi, shuningdek ko‘rik va ko‘krak qafasi rentgenogrammasining ob’yektiv ma’lumotlari sanaladi [8].

Kasallikni oldini olish maqsadida unga olib keladigan eng keng tarqalgan qo‘zg‘atuvchilarga nisbatan vaktsinatsiyalar amalga oshiriladi. Sulfanilamid preparatlari va antibiotiklar kashf etilguncha zotiljam (ayniqsa bolalar va keksalarda) og‘ir o‘tib, ko‘pincha o‘limga olib kelar edi. Zamonaviy davolash usullari qo‘llanila boshlagach, kasallik uzoqqa cho‘zilmay bemor tez tuzaladigan bo‘ldi. Zotiljamdan o‘lish deyarli hamisha vrachga kech murojaat qilishda o‘z vaqtida to‘g‘ri davolanmaslik oqibati hisoblanadi. Asoratlangan pnevmoniya uzoq muddat davomida vena ichiga antibiotiklar yuborish, keyin esa og‘iz orqali qabul qilinadigan antibiotiklar bilan davolanadi. Dastlabki antibiotikni tanlash mahalliy mikrobiologik ma’lumotlarga va keyinchalik olingan ijobiy kulturalar hamda molekulyar testlarga, jumladan, drenajlash muolajasi o‘tkazilganda plevra suyuqligiga asoslanadi. Plevra bo‘shlig‘ini tasvirlash va drenajlashdan olingan ma’lumotlar intraplevral fibrinolitiklarni qo‘llash to‘g‘risidagi qarorni yo‘naltirishi lozim. Bemorlarning aksariyati drenaj yordamida davolanadi va keng ko‘lamli jarrohlik kamdankam hollarda talab etiladi. Har qanday holatda ham, past va o‘rta daromadli mamlakatlarda katta jarrohlik amaliyotlarini o‘tkazish uchun resurslar cheklangan. Asoratlangan shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning klinik kechishi, ayniqsa bemorlarda nekrozlovchi pnevmoniya bo‘lsa, uzoq davom etishi mumkin, biroq to‘liq sog‘ayish odatiy natija hisoblanadi [2]. Atipik pnevmoniyaning eng keng tarqalgan qo‘zg‘atuvchilari *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* va *Legionella* [9] turlari hisoblanadi. Atipik pnevmoniyani davolash yondashuvi odatiy pnevmoniyadan farq qiladi. Tipik bakterial patogenlar klassik ravishda β-laktam mikroblarga qarshi terapiyaga javob beradi, chunki ular β-laktam buzilishiga chidamli hujayra devoriga ega. Aksincha, ko‘pchilik atipik patogenlar bakterial hujayra devoriga ega emas, ba’zilari hujayra ichi (masalan, *Legionella*), ba’zilari esa parahujayralidir (masalan, *M. pneumoniae*). Antimikrobga chidamli shtammlar sonining ko‘payishini oldini olish uchun yapon zotiljam yo‘riqnomasida yengil va o‘rtacha pnevmoniyani davolash uchun mos antibiotikni tanlash uchun tipik bakterial pnevmoniya va atipik pnevmoniya uchun differensial diagnostika taklif etilgan [7].

Pnevmoniyaning jiddiy asoratlariga quyidagilar kiradi.

Abssess va o‘pka gangrenasi; Plevrit, Plevral emfema; Obstruktsiya; o‘tkir nafas yetishmovchiligi; Endokardit, perikardit, meningit; o‘pka shishi; Sepsis.Shuningdek, pnevmoniyadan keyin deyarli har bir bemorda o‘pkada chandiqlar qoladi. Ilgari sog‘lom bo‘lgan bolada asoratlangan shifoxonadan tashqari pnevmoniya mahalliy asoratlar (masalan, parapnevmonik ekssudat, empiema, nekrozlanuvchi pnevmoniya va o‘pka abssessi) hamda tizimli asoratlar (masalan, bakteremiya, metastatik infeksiya, ko‘p a’zolar yetishmovchiligi, o‘tkir nafas qisish sindromi, qon tomirlari ichida tarqalgan qon ivishi va kamdankam hollarda o‘lim) bilan namoyon bo‘ladigan og‘ir kasallikdir. Asoratlangan shifoxonadan tashqari pnevmoniyaga 48-72 soat davomida antibiotiklar bilan davolashga javob bermaydigan pnevmoniyali har qanday bolada shubha qilish kerak. Bemorlar ko‘krak qafasi rentgenografiyasi va ultratovush tekshiruvi yordamida birlamchi tasvirga ega bo‘ladilar, bu usullar o‘pka parenximasini baholash va plevral suyuqlikni aniqlash uchun ham qo‘llanilishi mumkin. Odatda, kompyuter tomografiyasi ko‘rsatilmaydi [2].

Prognoz.

Antibiotiklar qo‘llanilganda odatda prognoz ijobiy bo‘ladi. Antibiotiklarni qabul qilgandan keyin ichak florasi ko‘p hollarda mustaqil ravishda tiklanadi va qo‘shimcha preparatlar qabul qilishni talab qilmaydi. Terapiya yetarli bo‘lmagan yoki immunitet tanqisligi holatida pnevmoniya o‘limga olib kelishi mumkin.

Xulosa.

Yuqoridagi ma'lumotlardan ma'lum bo'ldiki, o'pka to'qimasida uchrovchi og'ir kasallik hisoblanib, asosan, bakterial mikroorganizmlar keltirib chiqarishi mumkin. Yuqoridagi ma'lumotlardan ma'lumki, zotiljam kasalligi juda zararli va o'zining turli xil nojo'ya ta'sirlari mavjud bo'lib, organizmimizni og'ir ahvolga olib keladi. Ushbu kasallikka vaqtida tashxis qo'yilmasa va davolash chora-tadbirlari ko'rilmasa, hattoki o'lim(14-30%)ga sabab bo'lishi mumkin. Pnevmoniyaning turli etiologiyali (bacterial, virusli) klinik turlarini erta tashxislash uchun zamonaviy ilg'or texnologiyalarini tadbiq etish orqali sog'liqni saqlash tizimida barqarorlikka erishish mumkin.

ADABIYOTLAR

1. Carugati M, Aliberti S, Sotgiu G, Blasi F, Gori A, Menendez R, Encheva M, Gallego M, Leuschner P, Ruiz-Buitrago S, Battaglia S, Fantini R, Pascual-Guardia S, Marin-Corral J, Restrepo MI; GLIMP Collaborators. Bacterial etiology of community-acquired pneumonia in immunocompetent hospitalized patients and appropriateness of empirical treatment recommendations: an international point-prevalence study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020 Aug; 39(8):1513-1525. doi: 10.1007/s10096-020-03870-3. Epub 2020 Apr 3. PMID:32242314

2. Fernando M de Benedictis, Eitan Kerem, Anne B Chang,Andrew A Colin,Heather J Zar,Andrew Bush Complicated pneumonia in children Lancet 2020 Sep 12; 396(10253): 786-798. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31550-6.

3. Iroezindu MO, Chima EI, Isiguzo GC, Mbata GC, Onyedum CC, Onyedibe KI, Okoli LE. Epidemiology and clinical outcomes of community-acquired pneumonia in adult patients in Asian countries: a prospective study by the Asian network for surveillance of resistant pathogens. Scand J Infect Dis. 2014 Dec; 46(12): 875-87. doi: 10.3109/00365548.2014.954263. Epub 2014 Oct 7.PMID:25288384

4. Krenke K, Urbankowska E, Urbankowski T, Lange J, Kulus M.JClinical characteristics of 323 children with parapneumonic pleural effusion and pleural empyema due to community acquired pneumonia. Infect Chemother. 2016 May; 22(5):2 92-7. doi: 10.1016/j.jiac.2016.01.016. Epub 2016 Feb 23. PMID: 26919911

5. Liese JG, Schoen C, van der Linden M, Lehmann L, Goettler D, Keller S, Maier A, Segerer F, Rose MA, Streng A. Changes in the incidence and bacterial aetiology of paediatric parapneumonic pleural effusions/empyema in Germany, 2010-2017: a nationwide surveillance study. Clin Microbiol Infect. 2019 Jul;25(7):857-864. doi: 10.1016/j.cmi.2018.10.020. Epub 2018 Nov 3. PMID:30395932

6. Messinger AI, Kupfer O, Hurst A, Parker S. Management of Pediatric Community-acquired Bacterial Pneumonia. Pediatr Rev. 2017 Sep;38(9):394-409. doi: 10.1542/pir.2016-0183.PMID:28864731

7. Miyashita N. Atypical pneumonia: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Respir Investig. 2022 Jan; 60(1): 56-67. doi: 10.1016/j.resinv.2021.09.009. Epub 2021 Nov 5. PMID: 34750083.

8. Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García JJ, Moreno-Galdó A, Rodrigo Gonzalo de Lliria C, Saavedra Lozano J. [Community acquired pneumonia in children: Treatment of complicated cases and risk patients. Consensus statement by the Spanish Society of Paediatric Infectious Diseases (SEIP) and the Spanish Society of Paediatric Chest Diseases (SENP)]. An Pediatr (Barc). 2015 Sep; 83(3): 217.e1-11. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.12.002. Epub 2015 Jan 22. PMID:25617977Spanish.

9. Niederman MS, Torres A. Severe community-acquired pneumonia. Eur Respir Rev. 2022 Dec 14; 31(166):220123. doi: 10.1183/16000617.0123-2022. PMID: 36517046; PMCID: PMC9879347.

10. Peyrani P, Mandell L, Torres A, Tillotson GS. The burden of community-acquired bacterial pneumonia in the era of antibiotic resistance. Expert Rev Respir Med. 2019 Feb;13(2):139-152. doi: 10.1080/17476348.2019.1562339. Epub 2018 Dec 30. PMID:30596308

11. Song JH, Huh K, Chung DR. Community-Acquired Pneumonia in the Asia-Pacific Region. Semin Respir Crit Care Med. 2016 Dec;37(6):839-854. doi: 10.1055/s-0036-1592075. Epub 2016 Dec 13. PMID:27960208

12. Song JH, Oh WS, Kang CI, Chung DR, Peck KR, Ko KS, Yeom JS, Kim CK, Kim SW, Chang HH, Kim YS, Jung SI, Tong Z, Wang Q, Huang SG, Liu JW, Lalitha MK, Tan BH, Van PH, Carlos CC, So T; Asian Network for Surveillance of Resistant Pathogens Study Group.Int J Antimicrob Agents. 2008 Feb;31(2):107-14. doi: 10.1016/j.ijantimicag. 2007.09.014. Epub 2007 Dec 26. PMID:

13. Tsang KY, Leung WS, Chan VL, Lin AW, Chu CM. Complicated parapneumonic effusion and empyema thoracis: microbiology and predictors of adverse outcomes. Hong Kong Med J. 2007 Jun; 13 (3): 178-86. PMID:17548905

14. Vandana Kalwaje Eshwara, Chiranjay Mukhopadhyay, Jordi Rello Community-acquired bacterial pneumonia in adults: An update Indian J Med Res 2020 Apr; 151(4):2 87-302. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1678_19.

15. Zulma Vanessa Rueda, Yudy Aguilar, María Angélica Maya, Lucelly López, Andrea Restrepo, Carlos Garcés, Olga Morales, Claudia Roya-Pabón, Mónica Trujillo, Catalina Arango, Ángela Rocio Copete, Cristian Vera, Margarita Rosa Giraldo, Mariana Herrera, Lázaro A Vélez Etiology and the challenge of diagnostic testing of community-acquired pneumonia in children and adolescents BMC Pediatr 2022 Mar 31; 22(1): 169. doi: 10.1186/s12887-022-03235-z.