

О'ПКА TUBERKULYOZI TASHXISINING ZAMONAVIY HOLATI

Abdullaeva F.O.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya. Adabiy ma'lumotlarni tahlil qilish o'pka tuberkulyozining differentsial tashxisida doimiy qiyinchiliklar mavjudligini ko'rsatadi. O'pka tuberkulyozi, o'pkaning xavfli o'smalari, pnevmoniya va nafas olish organlarining sarkoidozida birlamchi va aniqlangan tashxislar o'rtasidagi nomuvofiqlik darajasi 16,7% dan 97,1% gacha [24;37].

Har qanday kasallik uchun aniq tashxis qo'yish faktidan tashqari, uni tekshirish vaqti ham prognozda muhim rol o'ynaydi [31; 16; 18; 31].

Kalit so'zlar: tuberkulyoz kasalligi, diagnostika, differentsial diagnostikadagi xatolar

Ftiziopulmonologiyada o'pka kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda uning turli bosqichlarida diagnostika davrining davomiyligi va sifatini tahlil qilishga va tuberkulyoz kasalligi bilan og'rigan bemorlarda tuberkulyoz kasalligining giperdiagnostikasiga etarlicha e'tibor berilmaydi .

Biroq , so'nggi yillarda yangi molekulyar genetik (GeneXpert MTB/RIF testi) va immunologik (Diaskintest teri testi va hujayra testida) testlar tuberkulyoz kasalligini tashxislashda qo'llanilishini topdi. vitro QuantiFERON® TB Oltin) usullari [30]. Shu bilan birga, yuqorida qayd etilgan testlarning o'pka tuberkulyozi, jamiyatda orttirilgan pnevmoniya, o'pkaning xavfli o'smalari va nafas olish a'zolari sarkoidozining differensial diagnostikasida samaradorligi yetarlicha o'rganilmagan.

O'pka tuberkulyozi (tuberkulyoz) va respirator kasalliklarga erta tashxis qo'yish ularning tarqalishi, ijtimoiy va iqtisodiy ahamiyatiga ko'ra ko'plab mutaxassisliklar shifokorlarining amaliy faoliyatining muhim tarkibiy qismidir [33].

Tuberkulyoz kasalligi butun dunyoda ham, Rossiya Federatsiyasida ham eng muhim sog'liq muammolaridan biri bo'lib qolmoqda [28].

Tuberkulyozga qarshi yordam jadal rivojlanib borayotganiga, yangi diagnostika usullari va samarali davolash usullari ishlab chiqilib, amaliyotga tatbiq etilayotganiga qaramay, tuberkulyoz kasalligi bilan kasallanish darajasi yuqoriligicha qolmoqda. 2014 yilda JSST 9,0 million odam tuberkulyoz bilan kasallangan va 1,5 million kishi kasallikdan vafot etganini taxmin qildi [22].

Hozirgi vaqtda Rossiya Federatsiyasida kasallanish darajasi doimiy ravishda yuqori darajada saqlanib qolmoqda va 2014 yilda har 100 000 aholiga o'rtacha 59,5 kishini tashkil etdi. Va so'nggi yillarda tuberkulyoz kasalligidan o'lim darajasini pasaytirish tendentsiyasi kuzatilgan bo'lsa-da, bu ko'rsatkich global darajadan sezilarli darajada oshadi va har bir aholiga 10,0 kishini tashkil etadi 10014. Rossiya Federatsiyasida yuqumli kasalliklardan o'limning umumiy tarkibida tuberkulyoz kasalligi birinchi o'rinda turadi [15].

Sibir federal okrugida (SFD) tuberkulyoz kasalligi bo'yicha epidemik vaziyat ham noqulay bo'lib qolmoqda. Sibir federal okrugida 2014 yilda yangi aniqlangan tuberkulyoz kasalligi bilan kasallanish darajasi 100 000 aholiga -98,8 holatlarni tashkil etdi (2013 yilda - 104,8, 2012 yilda - 109,3). Novosibirsk viloyatida (NSO) bu ko'rsatkich 2014 yilda 100 000 aholiga 106,3 holatni tashkil etdi [16].

Novosibirsk viloyati aholisi orasida tuberkulyoz kasalligidan o'lim darajasi 100 000 aholiga 20,4 ni tashkil etdi, bu Rossiyadagi o'rtacha ko'rsatkichdan 2 baravar yuqori (100 000 kishiga 10,0).

Shunday ekan, nafas a'zolari tuberkulyozi bilan kasallangan bemorlarni o'z vaqtida aniqlash aholi o'rtasida tuberkulyoz infeksiyasi tarqalishini ishonchli nazorat qilish, bemorlarni muvaffaqiyatli davolash va undan o'limni kamaytirishning muhim shartidir [4]

O'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan o'pka kasalliklarining o'xshash klinik va rentgenologik rasmlari, tuberkulyoz va o'pkaning o'ziga xos bo'lmagan kasalliklari patomorfizmi, bemorlarni ambulatoriya sharoitida tekshirishning invaziv usullarini qo'llashning cheklangan imkoniyatlari diagnostika xatolariga olib keladi va tuberkulyozning giper- va gipodiagnozi uchun old shartlarni yaratadi [20; 21; 23].

sindromning o'z vaqtida aniqlanmasligi - o'pkaning o'xshash kasalliklari ham bemorning tibbiy yordamga kech murojaat qilishi, ham tibbiy yordamni tashkil etishdagi kamchiliklar va tashxisni tekshirish jarayonida tibbiy xatolar bo'lishi mumkin [25; 36].

Nafas olish kasalliklarini differentsial tashxislashda xatolar juda keng tarqalgan. Aniqlangan raqobatdosh o'pka patologiyalari orasida yuqori foizni infiltratsion, tarqalgan o'pka tuberkulyozi, onkologik kasalliklar, nafas olish organlarining sarkoidozi va jamiyat tomonidan olingan pnevmoniya tashkil qiladi. Ushbu o'pka kasalliklarida diagnostik nomuvofiqlik holatlari 16,7% dan 97,1% gacha, o'pkada infiltrativ jarayonlar bilan og'rigan bemorlarda diagnostika davri 20% hollarda 2-3 hafta, 80% hollarda 1-3 oydan ortiq davom etadi [20].

Diagnostik muammolar bosqichini belgilash va ularning sabablarini aniqlash tuberkulyozga qarshi kurash dasturlarini ishlab chiqish va ushbu infektsiyani nazorat qilish strategiyasini takomillashtirish uchun juda muhimdir [27,33]. Bundan tashqari, tuberkulyoz kasalligini diagnostika tadbirlarini o'tkazish muddatini ko'paytirish bemorlar, ularning yaqinlari va umuman sog'liqni saqlash tizimi uchun moliyaviy oqibatlar nuqtai nazaridan juda katta ahamiyatga ega [19; [33].

Bir qator hollarda kasallikning atipik klinik va rentgenologik ko'rinishlari, klinik va rentgenologik ko'rinishi, balg'amda tuberkulyoz mikobakteriyalarining yo'qligi, tuberkulin testlarining normergik va hatto manfiyligi tuberkulyoz kasalligini tashxislashda qiyinchiliklarga olib keladi. Ushbu ma'lumotlarga asoslanib, kasalliklar diagnostikasi: saraton, tuberkulyoz, pnevmoniya, sarkoidoz doirasida differentsial diagnostika qilish juda qiyin.

O'pka tuberkulyozining yo'tal, gemoptizi, nafas qituberkulyozishi, vazn yo'qotish, tana haroratining ko'tarilishi, umumiy zaiflik, terlashning kuchayishi, ko'krak qafasidagi og'riqlar o'ziga xos emas va bronxopulmonar tizimning boshqa kasalliklari - KOAH, bronxial astma, interstitsial o'pka kasalliklari, pnevmoniya, o'pka patologiyasi va boshqalarga xosdir.

Patogenetik jihatdan tuberkulyoz bilan chambarchas bog'liq bo'lgan kasalliklar (OIV infektsiyasi, alkogolizm, KOAH, qandli diabet, onkologik patologiya, giyohvandlik va boshqalar), bir tomondan, tuberkulyoz kasalligining rivojlanishi uchun xavf omillari bo'lsa, ikkinchi tomondan, ular uning namoyon bo'lishini yashiradi va tashxisni murakkablashtiradi [38].

Nafas olish a'zolari tuberkulyoz kasalligining kasallanish strukturasida ko'p yillar davomida o'pkaning infiltrativ tuberkulyoz kasalligi asosiy shakl bo'lib kelgan va bemorlarning 70-80 foizida uchraydi [26; 36; 25].

Infiltrativ o'pka tuberkulyozining namoyon bo'lishi pnevmoniyaning klinik va/yoki rentgenologik belgilariga o'xshash bo'lishi mumkin. Klinik va rentgenologik ko'rinishlarning polimorfizmi, etarli darajada klinik hushyorlik va an'anaviy usullarning past samaradorligi tadqiqotlar o'pka tuberkulyozining disseminatsiyalangan shaklini tashxislashda asosiy qiyinchiliklarni tashkil qiladi [8].

I. Yu Babaeva (2001) tarqalgan o'pka tuberkulyozi tashxisidagi xatolarni tahlil qilishda tuberkulyoz kasalligi bilan og'rigan bemorlarga 50,7% hollarda jamiyatdan kelib chiqqan pnevmoniyaning klinik tashxisi qo'yilgan. Limfogen tarqalishining ustunligida o'pkadan tashqari kasalliklar (21,1%), pnevmoniya (30,9%), sarkoidoz (19,7%) va saraton (12,6%) aniqlangan. Bronxolobulyar kazeoz pnevmoniya bilan tarqalgan dissemine tuberkulyoz holatlarida tashxis asosan nospesifik pnevmoniya (68,9%) bo'lgan. Muallif o'z tadqiqotida tuberkulyoz kasalligi 84,7% hollarda kech tashxis qo'yilganligini ta'kidlaydi. Bemorlarning 63,5 foizi turli ixtisoslikdagi shifokorlarga qayta-qayta murojaat qilgan yoki umumiy shifoxonalarda kasalxonaga yotqizilgan, 19,5 foizi esa ftiziatrlarga murojaat qilgan [9].

Demixova va boshqalar (2012) tarqalgan o'pka tuberkulyozining differensial diagnostikasida davom etayotgan qiyinchiliklarga ishora qiladi va biopsiya bilan FBSni o'tkazishni tavsiya qiladi. Muallifning fikricha, o'ziga xos bo'lmagan kasalliklarga chalingan bemorlarda tuberkulyoz kasalligini davolash muddati 2 haftadan 5 yilgacha bo'lgan [33].

Ko'pincha o'pka tuberkulyozining namoyon bo'lishi har doim ham ushbu kasallikning klassik shakllariga mos kelmaydi va tashxisni tekshirishning kechikishiga yordam beradi [11; 18]. Shunday qilib, diagnostika xatolariga yo'l qo'ymaslik uchun shifokorlar tuberkulyoz kasalligining noyob ko'rinishlaridan xabardor bo'lishlari muhimdir [22].

Adabiy manbalarga ko'ra, o'pka tuberkulyozi diagnostika davrining o'rtacha davomiyligi 2-4 oy va undan ko'p bo'lib, ko'rsatilgan muddatda bemorlar boshqa kasallikka shubha qilingan holda davolanadi [34; 14].

Demixova (2007) tomonidan o'tkazilgan tadqiqot o'pka tuberkulyozi, pnevmoniya, sarkoidoz va o'pka saratoni diagnostikasida dastlabki va yakuniy tashxislar o'rtasidagi tafovutlarning sezilarli foizini (16,7% - 33,4%) ko'rsatdi. Ushbu ishda muallifning ta'kidlashicha, kasalxonaga yotqizishdan oldingi bosqichda noto'g'ri tashxis qo'yish sabablari orasida eng ko'p uchraydiganlari anamnezning to'liq va malakasiz to'planishi, tadqiqotlarning etarli emasligi (MBT uchun bitta balg'am tekshiruvi atigi 46,3% o'tkazilgan, uch marta bo'lmagan) va kasallikning radiologik rasmini noto'g'ri talqin qilish [2].

Posajennikova (2016) ma'lumotlariga ko'ra, infiltrativ o'pka tuberkulyozida birlamchi va o'rnatilgan diagnostika o'rtasidagi tafovutlarning chastotasi 41,7% hollarda, jamiyatdan olingan pnevmoniyada - 63,4%; o'pka saratoni, ekzogen allergik alveolit va nafas olish a'zolarining sarkoidozi bo'lsa, tashxislardagi kelishmovchiliklar chastotasi mos ravishda 97,1%, 96,0% va 71,4% ni tashkil qiladi [11].

O'pka tuberkulyoz kasalligining kech tashxisi yuqori va past daromadli mamlakatlarda o'rganilgan. O'pka tuberkulyozi bilan og'rikan bemorlarda diagnostika davrining davomiyligi xorijiy tadqiqotchilarning fikriga ko'ra 8 haftadan 26 haftagacha [19; 26].

Ftiziopulmonologiyada o'pka tuberkulyozining differentsial diagnostikasi standartlari mavjud bo'lsa-da, tuberkulyoz kasalligining ijtimoiy-demografik, anamnestik, klinik, laboratoriya va radiologik prognozlariga asoslangan kompyuter

differentzial diagnostikasi dasturlari, jamiyatdan kelib chiqqan pnevmoniya, neoplazmalar va organlarning malign o'smalari muhim yordam berishi mumkin.

Yuqorida aytilganlarning barchasi tashxisni tekshirish vaqtlari va ushbu tadqiqotning maqsadi va vazifalarini belgilab bergan zamonaviy yuqori informatsion diagnostika texnologiyalarini joriy etish bilan bog'liq omillarni hisobga olgan holda o'pka tuberkulyozining differentzial diagnostikasini takomillashtirish muammosining dolzarbligini ko'rsatadi.

Foydalanilgan adabiyotlar ruyxati:

1. Aktogu S. Clinical spectrum of pulmonary and pleural tuberculosis: a report of 5,480 cases / S. Aktogu, A. Yorgancioglu, K. Cirak // Eur. Respir. J. - 1996. 9(10). P. 2031-2035
2. Amicosante M., Houde M., Guaraldi G., Saltini C. // International Journal Tuberculosis Lung Diseases, 1999, Vol. 6, №6, P. 736-740
3. Amiri M. Evaluation of the combined use of polymerase chain reaction and adenosine deaminase activity on the diagnosis of pleural tuberculosis / M. Amiri, S. Mansouri, S. Mirsaedi // Europ. Resp. J. 2005. Suppl. 40, Vol. 26. P. 2657
4. Andreasyan N. A., Hairapetian, H. L., Sargisova, Y. G. et al. Activity of adenosine deaminase and its isoforms in pleural fluid in tuberculous pleuritis // Med. Sci. Monit. 2002. Vol. 8, N 10. P. CR708 – CR712;
5. Andreu J. Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis / J. Andreu, J. Caceres, E. Pallisa, M. Martinez-Rodriguez//Eur. J. Radiol. -2004. - 51(2). -P. 139-149
6. Arif R., Misbahul, I., Abrar, A. et al. Serum adenosine deaminase (ADA) level in the cases of tuberculous pleural effusion // Pakistan. J. Med. Res. 2002. Vol. 41, N 3, P. 110 – 116
7. Burgess L. Use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for tuberculous pleurisy /L. Burgess, F. Maritz, I. LeRoux, et al. //Thorax.- 1995. - Vol. 50.-P. 672-674

8. Chen M. L., Yu, W. C., Lam, C. W. et al. Diagnostic value of pleural fluid adenosine deaminase activity in tuberculous pleurisy // Clin. Chem. Acta. 2004. Vol. 341. P. 101 – 107
9. Chittiprol S. Plasma adenosine deaminase activity among HIVI Clade C seropositives: relation to CD4 T cell population and antiretroviral therapy / S. Chittiprol, P. Satishchandra, R.S. Bhimasenarao et al. // Clin. Chim. Acta. - 2007. - Vol. 377. - №1-2. - P. 133-137
10. Global Tuberculosis Report 2013, WHO, Geneva, Switzerland
11. Gorguner M., Cerci, M., Gorguner, I. Determination of adenosine deaminase activity and its isoenzymes for diagnosis of pleural effusions // Respirology. 2000. Vol. 5. P. 321 – 324
12. Hagmar L. Impact of lymphocyte chromosomal aberrations on human cancer risk: results from Nordic and Italian cohorts / L. Hagmar, U. Stornberg, S. Bonassi // Cancer Res. - 2004. - Vol. 64. - P. 2258-2263
13. Hiraki A., Aoe, K., Eda, R. et al. Comparison of six biological markers for the diagnosis of tuberculous pleuritis // Chest. 2004. Vol. 125. P. 987 – 989
14. Perez-Rodriguez E., Castro, D.J. The use of adenosine deaminase and adenosine deaminase isoenzymes in the diagnosis of tuberculous pleuritis // Current Opinion in Pulm. Med. 2000. Vol. 6. P. 259 – 266
15. Hiraki A., Aoe, K., Eda, R. et al. Comparison of six biological markers for the diagnosis of tuberculosis pleuritis // Chest. 2004. Vol. 125. P. 987 – 989
16. Hsu W.H., Chiang, CD, Chen, WT. et al. Diagnostic value of adenosine deaminase and gamma-interferon in tuberculous and malignant pleural effusions // Formosan Medical Association. 1989. Vol. 88(9). P. 879 – 82
17. Inase N. Adenosine deaminase-2 in the diagnosis of tuberculous pleuritis / N. Inase, S. Tominaga, M. Yasui, Y. Tsukada, M. Oukouchi, H. Miura // Kekkaku. - 2005. - 80(12).-P. 31-34

18. Таганович А.Д., Саид М. Алинежад «Диагностические характеристики аденозиндезаминазного теста у больных туберкулезным плевритом – жителей Белорусии», Проблема туберкулеза и болезни легких, 2008, №8, С. 38-41
19. Малиев Б.М. Роль патологии трахеобронхиального дерева в эффективности лечения туберкулеза легких / Б.М. Малиев, М.П. Грачева, ДЛ. Беляев, А.С. Габараев // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. №8. С. 19-25
20. Luis, V., David, A., Esther, S. J. et al. Tuberculous Pleurisy // Arch Intern Med. 1998. Vol. 158. P. 2017 – 2021
21. Hsu W.H., Chiang, CD, Chen, WT. et al. Diagnostic value of adenosine deaminase and gamma-interferon in tuberculous and malignant pleural effusions // Formosan Medical Association. 1989. Vol. 88(9). P. 879 – 82
22. Парпиева Н.Н., Мухтаров Д.З., Белоцерковец В.Г. и др. Функция легких и сердечно-сосудистой системы у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких // Вестник ассоциации пульмонологов Центральной Азии, 2007, №10, С. 70-74
23. Giusti G., Galanti, B. // Methods of enzymatic analysis. 1984. Vol. 4. P. 315 – 323
24. Global Tuberculosis Report 2013, WHO, Geneva, Switzerland
25. Akhtamovna K. N. Fibrotic Complications in the Lungs in Patients Who Have Had COVID-19 Pathogenesis of COVID-19 //European Journal of Life Safety and Stability (2660-9630). – 2021. – Т. 9. – С. 14-24.
26. Abdullayevna R. S. CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF NEWLY DETECTED PULMONARY TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES //Intent Research Scientific Journal. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 45-56.
27. Abdullaevna, R. S., & Rakhmanovich, M. B. (2023). Immunological Features of Pulmonary Tuberculosis in Patients with Drug Resistance. Scholastic: Journal of Natural and Medical Education, 2(4), 40-57.

28. Муаззамов Б. Р., Муаззамов Б. Б., Медведева Н. В. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТА " ФТИЗИАТРИЯ" НА ПРИМЕРЕ ТЕМЫ" ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ" //Новый день в медицине. –2019. –№. 3. – С. 45-50.
29. Рустамова С. А. и др. Изучение причин и факторов, способствующих развитию рецидивов туберкулеза органов дыхания //Медицинский альянс. – 2015. –№. 1. –С. 115-115.