



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.24.002.055.2

НОСПЕЦИФИК ИНТЕРСТИЦИАЛ ПНЕВМОНИЯНИ ТАШХИСЛАШГА МУЛЬТИДИСТИПЛИНАР ЁНДАШУВ (КЛИНИК КУЗАТУВ)

Закирьяева Парвина Одиловна <https://orcid.org/0000-0003-3657-9256>

E-mail: parvinazakiryayeva1@gmail.com

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18,

Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Идиопатик интерстициал пневмониянинг бир тури бу носпецифик интерстициал пневмония (НСИП) ҳисобланади. Унинг ўзига хослиги клиник, рентгенологик ва морфологик манзаранинг носпецифик бўлишидан иборат. Келтирилган клиник кузатув маълумотларига кўра, НСИП учун патологанотомик гистологик маркерлар мавжуд бўлмаган тақдирда ушбу ҳолатда ўпка биопсиясини ўтказишнинг таххис усули сифатидаги аҳамияти сезиларли даражада пасаяди ва бошқа инструментал усулларнинг, биринчи навбатда юкори аникликдаги компьютер томографиясининг, муҳимлиги кўпроқ аниқланади. Тақдим этилган клиник кузатув маълумотлари асосида НСИП таххисини қўйишда турли мутахассисларни жалб қилган ҳолда мултидисциплинар ёндашувнинг самарадорлиги кўрсатилган.

Калит сўзлар: ўпканинг интерстициал касалликлари, носпецифик интерстициал пневмония, диагностика, мултидисциплинар ёндашув, юкори аникликдаги компьютер томографияси.

МУЛЬТИДИСТИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Закирьяева Парвина Одиловна <https://orcid.org/0000-0003-3657-9256>

E-mail: parvinazakiryayeva1@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,

ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Одним из видов идиопатической интерстициальной пневмонии является неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП). Ее особенность заключается в неспецифичности клинической, рентгенологической и морфологической картины. Приведенные данные клинического наблюдения свидетельствуют о том, что при отсутствии патологоанатомических гистологических маркеров для НСИП значимость проведения биопсии легкого как метода диагностики в данном случае значительно снижается, и возрастает важность других инструментальных методов, в первую очередь высокоточной компьютерной томографии. На основании представленных данных клинического наблюдения продемонстрирована эффективность мультидисциплинарного подхода к диагностике НСИП с привлечением различных специалистов.

Калит сўзлар: интерстициальные заболевания легких, неспецифическая интерстициальная пневмония, диагностика, мультидисциплинарный подход, компьютерная томография высокого разрешения.

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF NONSPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA (CLINICAL OBSERVATION)

Zakiryayeva Parvina Odilovna <https://orcid.org/0000-0003-3657-9256>

E-mail: parvinazakiryayeva1@gmail.com

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,

Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Resume**

Nonspecific interstitial pneumonia (NSIP) is one of the types of idiopathic interstitial pneumonia. Its distinctive feature is the non-specificity of its clinical, radiological, and morphological presentation. The presented clinical observation data indicate that in the absence of pathoanatomical histological markers for NSIP, the importance of lung biopsy as a diagnostic method in this case significantly decreases, while the significance of other instrumental methods, primarily high-resolution computed tomography, increases. Based on the presented clinical observation data, the effectiveness of a multidisciplinary approach to the diagnosis of NSIP involving various specialists has been demonstrated.

Keywords: *interstitial lung diseases, nonspecific interstitial pneumonia, diagnosis, multidisciplinary approach, high-resolution computed tomography.*

Тадқиқот мақсади: Ҳозирги кунда бутун дунёда ўпканинг интерстициал касалликлари, эҳтимол, нозологик шакллар сони жиҳатидан энг кўп учрайдиган гуруҳ ҳисобланади. "Ўпканинг интерстициал касалликлари" тушунчаси кам учрайдиган (орфан) касалликларни (лимфангиолеомиоматоз, альвеоляр протеиноз кабилар) ҳам, тез-тез учрайдиган интерстициал пневмонияларни (ИП) ҳам ўз ичига олади.

Сўнгги ўн йилликларда интерстициал пневмония (ИП) моҳиятини тушунишда, айниқса идиопатик пневмония ИП (ИИП) борасида сезиларли ютуқларга эришилди. Шунингдек, уларни ташхислашда динамик мултидисциплинар ёндашув методлари тақдим этилди [1, 2]. Унинг асосини клиницист, рентгенолог ва фақат зарурат туғилгандагина морфологнинг яқин ҳамкорлиги ташкил этади, чунки ҳозирги вақтда гистологик текширув ушбу гуруҳ касалликларини ташхислашда "олтин стандарт" мақомини йўқотган [2, 3].

Тадқиқот натижалари ва таҳлиллар

Мультидисциплинар айниқса идиопатик носпецифик пневмония ИП (НСИП) ташхисини қўйишда, шунингдек, барча НСИП ҳолатларида долзарб аҳамият касб этади. Чунки бу пневмониянинг морфологик манзараси криптоген орган узгаришларига, фиброз жараёнини келтирувчи пневмония, гиперсенситив пневмонит ва шу каби бир қатор бошқа идеопатик пневмониялардан деярли фарқ қилмаслиги мумкин. Бироқ, улар нафақат олиб бориш тактикасига ёндашувлари билан, балки энг муҳими, беморлардаги касаллик прогнозини ва умр кўриш давомийлиги билан бир-биридан тубдан фарқ қилади [2].

Идиопатик пневмония ИП (ИИП). Шунингдек, тақдим этилган динамик мультидисциплинар уларнинг диагностикасига ёндашув [1, 2] клиницист, рентгенолог ва фақат зарурат бўлганда - морфолог, чунки гистологик текширувда "олтин стандарт" мақомини йўқотди. Фақат ушбу гуруҳ касалликларини ташхислашда қўлланилади [2, 3]. Айниқса долзарб мультидисциплинарлик идиопатик-носпецифик пневмония ИП (НСИП), шунингдек барча ҳолатларда умуман олганда НСИП билан касалланган беморларда, морфологик манзара бу пневмония деярли фарқ қилмаслиги мумкин криптоген каби бир қатор бошқа ИПлардан уюшган, фиброзланувчи пневмония, гипер сенситив пневмонит ва шу кабилар бир-биридан тубдан фарқ қилади, уларни олиб бориш тактикасига ўтиш йўли билан, лекин, айниқса муҳим булган, прогнозтик ва умр кўриш давомийлигини ҳисобга олиш керак [2].

Келтирилган клиник кузатувда > 2 йил давомида беморни узоқ муддатли кузатиш ва у билан ҳамкорлик қилиш, тиббий ҳужжатларни ретроспектив таҳлил қилиш ва 3 йил давомида ўпканинг юқори аниқликдаги компьютер томографияси натижалари келтирилган.

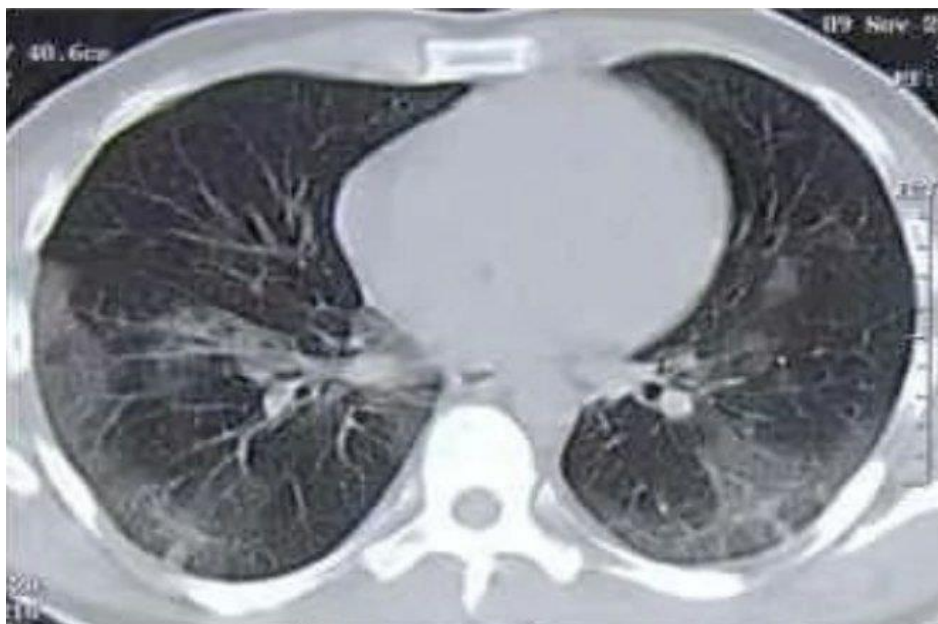
Клиник кузатув: 56 ёшли бемор Б. Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси тасаруфидаги пульмонология ва аллергология бўлимида 2020 йил апрелдан ҳозирги вақтгача кузатувда. Бу клиника Самарқанд Соғлиқни сақлаш вазирлигининг номидаги Самарканд давлат тиббиёт университети қошидаги касалхона ҳисобланади. Беморнинг сўнгги касалхонага ётқизирилиши 2022 йил апрельда бўлган. Беморнинг асосий шикоятлари: жисмоний юклама жисмоний зўриқишда (зинадан 2-қаватга кўтарилишда) нафас қисилиши, жисмоний зўриқиш ва совуқ ҳаво нафас олганда кучаядиган куруқ хуружсимон куруқ йўтал ва умумий ҳолсизлик кузатилган. Бемор Самаркандда истиқомат қилади, таълими ва касбий фаолияти бўйича Супер фосфат заводда кимёгар. Ирсиятига қараганда наслида қандли диабет (ҚД) бўйича (онаси 2-тур ҚД билан

оғриган) ва юрак-қон томир касалликлари бўйича ҳам (отаси 54 ёшида ўткир миокард инфарктдан вафот этган).

Беморнинг иккта соғлом фарзанди (қизи 33 ёшда ва ўғли 35 ёшда); гинекологик анамнези оғирлашган; менопауза 46 ёшдан бери. Ёмон одатлар (чекиш) анамнезида йўқ; спиртли ичимликларни онда-сонда ва оз миқдорда истеъмол қилади. Аллергологик анамнез: 1987 йилда ривожланган Новокаин+ цефазолин 1,0 эритмасини юборишдан кейин Квинке шиши. Йўлдош касалликлар: гипертония касаллиги (ГК), 2-тур қандли диабет ва ёғли гепато. Нафас олиш аъзолари касаллигининг тарихи 1964 йилдан бошланади. 19 ёшида бемор гайморитни бошдан кечирган (консерватив-1973 йилдан бошлаб у вақти-вақти билан қуруқ йўтал, мустақил равишда симптоматик воситалар билан даволанган. 1990 йилдан бошлаб қуруқ йўтал доимий бўлиб қолган. Ташхис қуйилди: сурункали бронхит бўлиб, бунда беморда ижобий таъсирга эга балғам кўчирувчи воситалар. Нафас олиш аъзоларининг спирографик текширувида патология аниқланмади. 2018 йилда пневмония билан касалланган, амбулатория шароитида даволанган. Шу вақтдан бошлаб қуруқ йўтал ҳолдан тойдирадиган бўлиб қолган. Турли хил йўталга қарши воситалар қабул қилган.

2020 йил феврал ойида биринчи марта юқори аниқликдаги компьютер томографияси ўтказилди (ЮА-КТ), унинг натижаларига кўра диффуз фиброз кўплаб шварталар ҳосил бўлиши билан чеккаларда склеротик ўзгаришлар аниқланган ўзгаришлар манзараси ноаниқ бўлиб қолди, тавсия қилиб динамик кузатув олиб борилди. 2020 йил июнь ойида такрорий ЮА-КТ ўтказилганда ўпка паренхимасида ҳаво қатламининг ошиши ва "хира шиша" типидagi ўпканинг пастки ва ён қатлами сатҳида ва кўкрак ичи лимфа тугунларининг (КИЛТ) зичлашиши 7-11 мм гача. Беморнинг сўзлари ва такдимномасига кўра тиббий ҳужжатлар, шифокорлар томонидан ўпкадаги ўзгаришлар поликлиникада интерстициал яллиғланишга қарши метилпреднизолон билан суткасига 12 мг дозада дозани аста-секин 2 мг гача камайтириш билан кунига буюрилди. Шу билан бирга, бемор биринчи марта жисмоний иш пайтида нафас қисиши, бу уни жуда безовта қиларди. 2020 йил январь ойида метилпреднизолон дозаси кунига 2 мг гача камайтирилганда, ўпканинг навбатдаги КТ текшируви ўтказилди, бунда беморнинг сўзларига кўра, шифокорлар ижобий динамикани қайд этишди. Бироқ беморнинг аҳволи яхшиланмади, ҳансираш ва йўтал кузатилди.

2020 йил феврал ойида у биринчи марта Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси клиникасига ётқизилди. Клиникага келганида аҳволи қониқарли деб баҳоланди. Тана ҳарорати - 36,8 °С; индекс тана вазни (ТВИ) - 31кг/м². Шишлар йўқ. Ўпкада дағал нафас, пастки бўлимларда ҳар икки томонда кўплаб қарсилдоқ майда пуфакчали хириллашлар, крепитация, тарқоқ қуруқ хириллашлар кам миқдорда эшитилади. Нафас олиш сони - дақиқасига 20 та; Тинч ҳолатдаги SpO₂ - 94%. Юрак оҳанглари тиниқ, ритм тўғри. Артериал қон босим (АБ) - 140/100 мм сим.уст., бу глюкокортикостероиднинг фонида намоён бўлиши сифатида талқин қилинди. Қорни юмшоқ, юзаки пальпацияда оғриксиз. Жигар ва талоқ пайпасланмади.



1-расм

Спирометрия усули билан ташқи нафас функцияси (ТНФ) текширилганда яққол вентиляцион бузилишлар аниқланмади, ўпканинг тириклик сифими (ЎТС) 86% ни ташкил этди. Бодиплетизмография ўтказилганда форсирланган 1-сониядаги нафас чиқариш (НЧНХ1) 97% ни, ўпканинг умумий ҳажми (ЎУХ) 83% ни, ўпканинг қолдиқ ҳажми (ЎҚХ) 80% ни ташкил этди. Бронхиал қаршилиқ ошмаган. Ўпканинг диффузия қобиляти (DLSO) ўрганилганда, унинг бузилиши қайд этилди.

Ўртача оғирлик даражаси 44% гача (DLCO кўрсаткичи, гемоглобин бўйича тузатилган - 162 г/л). 03.04.20 йилдаги ЮА-КТ (МСКТ) маълумотларига кўра (1-расм), иккала ўпкада, асосан субплеврал тарзда, бронхлар деворларининг зичлашиши ва қалинлашиши аниқланди, бу кўпроқ намоён бўлди.

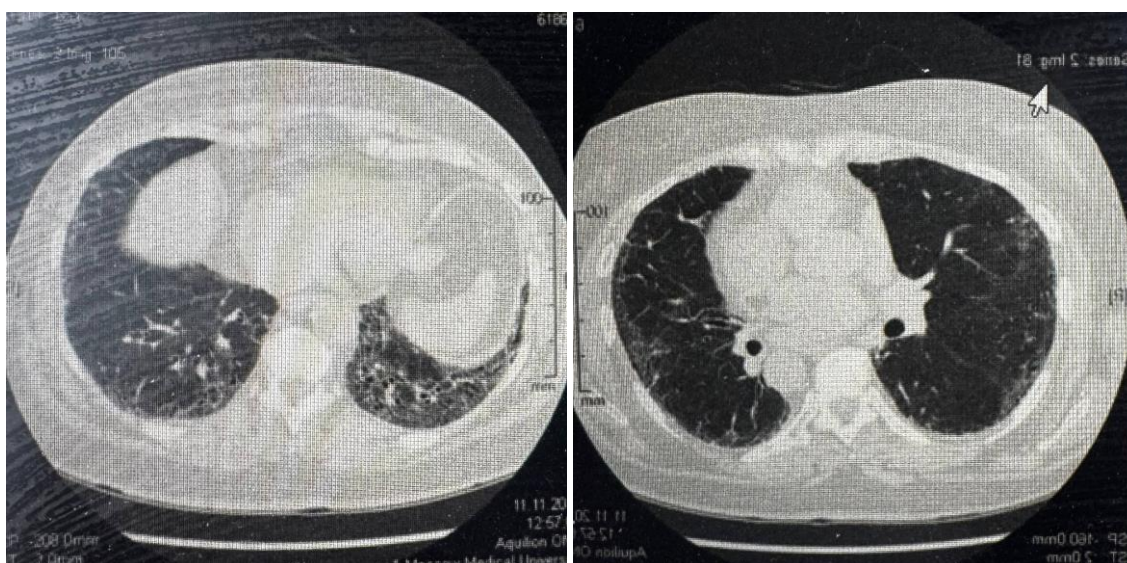
Чап ўпканинг пастки бўлагида интерстицийнинг сезиларли даражада зичлашиши, фиброз, цилиндрсимон бронхоэктазлар, ўнг ўпканинг II сегментида 4-6 мм гача бўлган яқка калсинатлар, шунингдек III сегментда зич ўчоқ ≤ 4 мм, кўкс оралигининг кўпайтирилди. Қолган ҳолларда - патологиясиз.

Қоннинг клиник таҳлили: эритроцитлар - $5,49 \times 10^{12}/л$, НВ - 154 г / л, лейкоцитлар - $8,6 \times 10^9/л$, тромбоцитлар - $181 \times 10^9/л$, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги - 7 мм / соат. Биокимёвий таҳлил: умумий холестерин даражасининг ошиши билан дислипидемия $\leq 5,75$ ммол / л, паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП) - $\leq 4,43$ ммол / л. Биринчи марта ҚД декомпенсацияси билан гипергликемия аниқланди: қондаги глюкоза даражаси - 12,4 ммол/л, гликирланган гемоглобин (HbA1c) - 12,7%. Бу ўзгаришлар эндокринолог томонидан стероид диабет деб баҳоланди, метилпреднизолон бекор қилинди, инсулинотерапия тайинланди. Кейинчалик бемор метформин 850 мг дан кунига 2 марта ўтказилди; HbA1c даражасининг мақсадли қиймати $< 7\%$. Лаборатор-инструментал текширув маълумотларига кўра, ўпканинг интерстициал шикастланишининг (ЎИП) нозологик мансублиги ноаниқлигича қолди. Биопсия ўтказилишидан бемор катиян рад этди.

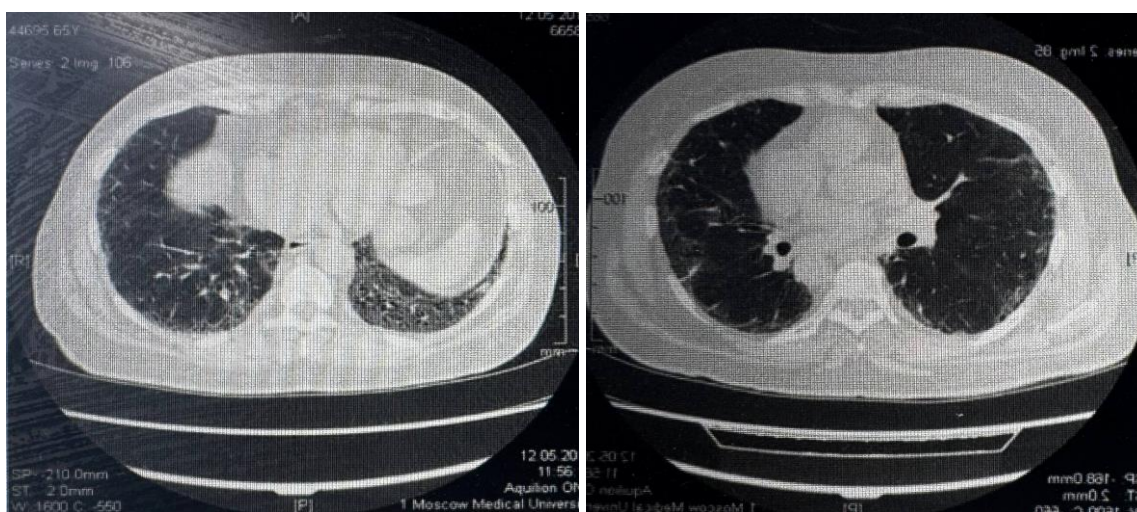
ГКС бекор қилингандан сўнг, амбулатор шароитда узоқ вақт давомида ингалицияни давом эттириш тавсияси билан кунига 2 марта 3 мл (400 мг) небулайзер орқали Н-ацетилцистеин (НАС) терапияси бошланди. Бемор нафас чиқариш ва нафас гимнастикасига урғу берган ҳолда нафас тренажёрдан фойдаланишга ўргатилган. Клиникадан чиққандан 3 ой ўтгач, у небулайзер терапиясини мустақил равишда бекор қилди ва клиника шифокорларининг амбулатор назорати остида бўлди. 2021 йил давомида кунига 1 200 мг НАС қисқа курслари оғиз орқали ўтказилди. Кукрак қафаси юқори аниқликдаги томографияси кўкрак қафаси оғриғи 03.04.20 йилдаги 1-расм Кўкрак қафаси ЮАКТ бемор Б, 03 Феврал, 2020 йил. Аҳволи қониқарли эди. 11.11.21 йилдаги нафас олиш аъзоларининг МСКТ текширувида (2-расм) 2020 йилнинг май ойига нисбатан сезиларли ўзгаришлар кузатилмади. Бироқ, 2022 йилнинг апрел ойига келиб бемор ҳансирашнинг кучайганини қайд этди, шу сабабли у яна касалхонага ётқизилди. Клиникага. қабул қилингандан аҳволи нисбатан қониқарли. Тана ҳарорати - 36,6 °С. ТВИ – 31 кг/м². Тери қопламалари эластиклиги нормада бармоқлар шакли барабан таёкчалари қуқимтир. Шишлар йўқ. Лимфа тугунлари пальпацияда катталашмаган. Таянч-ҳаракат аппарати хусусиятлари, бўғимлар ўзгармаган. Тинч ҳолатда нафас олиш частотаси $\leq 21-23$ марта 1 дақиқада. Ўпка аускультациясида дағал нафас фонида асосан иккала ўпканинг пастки қисмларида кўплаб қарсилдоқ майда пуфакчали хириллашлар ва крепитация эшитилади. SrO₂ -93% тинч ҳолатда. Юрак тонлари аниқ, шовқинлар йўқ, артерия пулмоналис устида II тон акценти. Юрак қисқаришлари сони (ЮҚС) - дақиқасига 89 та, пульс ритмик. АҚБ - 140/90 мм сим. уст. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Клиник қон таҳлилида кичик эритроцитоз аниқланди - $5,49 \times 10^{12}/л$, НВ - 140 г / л, лейкоцитлар - $8,2 \times 10^9/л$, лейкоцитар формула ўзгармаган. Ўткир фазада кўрсаткичлар (С-реактив оксил ошган, фибриноген, α 2-глобулинлар меъёрий қийматлардан ошмади), ошиши билан дислипидемия сақланиб қолди. Умумий холестерин даражаси - $\leq 6,66$ ммол/л, триглицеридлар даражаси $\leq 3,27$ ммол/л, ПЗЛП даражаси - $\leq 2,98$ ммол/л. Юрак-қон томир асоратларининг юқори хавфини ҳисобга олган ҳолда (артериал гипертензия, 2-тур ҚД, дислипидемия, 58 ёшдан ошган), бемор статинлар тайинланди. Ўтказилган терапия фонида гликемия кўрсаткичлари 5,9-6,1 ммол/л даражасида барқарорлашди, Касалликнинг ҳолати мақсадли даражага компенсацияга эришилди. Электрокардиограммада (ЭКГ) - юракнинг электр ўқи горизонтал, қоринчалар гипертрофияси ва миокард ишемияси белгилари аниқланмади.

Беморнинг юрак-қон томир-дистал ва нафас олиш тизимлари. Кунлик монитор-Холтер бўйича ЭКГ текшируви ва тредмил-тест, эхокардиография (ЭхоКГ). Ушбу тадқиқотлар натижалари қуйидагиларни истисно қилишга имкон берди: кекса ёшдаги беморда нафас қисилишининг коронар сабабларини аниқлаш ГК ва 2-тур ҚД билан оғриган беморлар. ЭхоКГ маълумотларига кўра фракция қон отиб бериш 67% ни ташкил этди, ўпка гипертензияси белгилари йўқ эди. Ааниқланган ўзгаришлар Ўнг қоринча - 2,2 см, эркин девори Меъда ости беги - 0,6см, меъда ости беги эркин

деворининг гиперкинези йўқ. Белгиланган аорта деворининг атеросклеротик ўзгаришлари. 6 дақиқалик юриш тестида 310 м масофа босиб ўтилди, тест охирида 92 дан 85% гача десатурация қайд этилди. Ўтказишда кардиореспиратор юклама тестининг паст субмаксимал юрак уриш тезлигида юкламага чидамлилиқ - 3,0 MET 115 дақиқада, унинг максимал кийматига эришилди - 111 дақиқада. (90%). O₂ нинг энг юқори истеъмоли 11,6 мл/кг/дақиқани ташкил этди. (кутилганидан 62%), анаэроб бўсага - 9,1 мл/кг/дақ. ЮҚС дақиқасига 111, самарали шамоллатиш сезиларли даражада пасаяди. PS оксиметрияда CO₂ нинг адекват ўсиши юкламада йўқ эди. Десатурация - 94 дан 84% гача. Диагностик аҳамиятга эга динамик-СТ-Т аниқланмаган; юрак ишемик касаллиги учун маълумотлар олинмади. Ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари индукцияланмаган. Юрак-қон томир тизимининг гипертоник типда (170/90 мм сим. уст.), 4-да тикланиш дақиқа. ФВД маълумотларига кўра, спирографик кўрсаткичлар амалий ўзгармаган: ЎТС - 95%, ОФВ1 - 1002% иш, нисбат ОФВ1 ва жадаллашган ЎТС кўрсаткичлари - 83%. Ўтказилганда бодиплетизмография бронхиал ўтказувчанлик бузилишлари ҳам аниқланмади. УХ - 83%, УУХ - 81%. Статик ўпка ҳажмлари меъёрий кўрсаткичлар доирасида. Аввалгидек унга DLCO нинг ўртача пасайиши эътиборни тортди.



2-расм. Бемор Б нинг курак кафаси ЮА-КТ 11.11.2021 йили динамикада



3-расм. 11.05.2022 йилда курак кафаси ЮА-КТ натижаларига кура

11.11.2020 йилдаги расм билан солиштирганда бунча катта фарқ аниқланмади. Иккала ўпкада, асосан субплеврал (энг муҳими – пастки бўлакларида) аввалгидек сезиларли зичлашиш қайд

этилган кичик консолидация жойлари (фиброз) бўлган интерстиций, цилиндрсимон бронхоэктазлар, "хира шиша". Ўнг ўпкада кальцинатлар аниқланди. ўлчамлари 1,7 ва 4,2 мм (II сегмент), кальцинат 1,6-2 мм гача (VI сегмент) ва якка зич ўчоқлар 1,8 мм (I сегмент). Аниқланган бронхлар деворининг зичлашиши ва қалинлашиши, ягона парааортал ўлчамлари 15 мм гача бўлган кичик бифуркационли ЛТ. Аорта, ўпка илдизи ва уларнинг шохлари кенгаймаган.

Хулоса

НСИП манзараси. 2020 йилдаги МСКТ билан солиштирганда баъзи ижобий динамика, 2021 йилдан бошлаб - салбий бўлмаган динамика намоён бўлди. Барча ўтказилган тадқиқотларга қарамай ва беморни 3 йил давомида динамик кузатиш, даволовчи шифокорлар учун НСИП характери равшан тушунарли бўлдики, ўпкадаги жараён бошқа аъзолардаги ўзгаришлар, ўткир фаза ва иммун яллиғланиш кўринишлари (ГКС терапияси курсидан кейин) мавжуд эмас, даволашнинг кечиш хусусияти тайёрлов жараёни нисбий тайёрлов жараёнидан фарқ қилади брокерлик (интерстициал ўзгаришлар, ФВД кўрсаткичлари ҳам деярли ўзгармаган), бироқ беморда газ таркибининг диффузион бузилишлари содир бўлди қон кетиши, ўртача жисмоний-нагрузкага эҳтимол, гап ИПнинг бирон-бир варианты ҳақида кетаётгандир. Морфологик тадқиқот натижаларида қайси илгари юклатилган ҳозирги вақтда улар "олтин стандарт" бўла олмайдилар ИЎК ни ташхислашда стандарт"га мувофиқ амалга оширилади. Пайдо бўлиши билан янги маълумотларнинг роли қайта кўриб чиқилди. ИУК ни баҳолашда морфологик тадқиқотлар, биринчи навбатда - ИИП [1, 2]. Концепцияни ўзгартириш айниқса долзарб мажбурий гистологик верификация нозологияси ҳозирда динамик тарзда келди. Мультидисциплинар ёндашув, моҳияти клиник ташхисни биргаликда - клиницистнинг ўзаро ҳамкорлиги, шу жумладан махсус функционал диагностика варақаси ва рентгенолог, ва фақат зарур бўлгандагина – морфолог турли соҳаларда яқин ҳамкорликка бўлган эҳтиёж мутахассисларнинг клиник ва функционал, гистологик, маълумотларини тўплаш давомида бажарилган юқори аниқликдаги КТ, МСКТ, алоҳида ҳолда замонавий диагностика мезонлари бўйича узоқ муддатли ва нисбатан хавфсиз специфик терапиясиз ўтадиган ИУК, шунингдек, маълумотлар бўйича ижобий динамика ГКС терапияси курсидан кейин МСКТ, аниқлаштириш учун нозологик мансублиги бўлмаганда морфологик маълумотларни экспертлар иштирокидаги интисомий кенгаш асосида ўтказилган ретроспектив таҳлил асосида текширувлар ва касалликнинг ўзига хос бўлмаган кечиши ФВД натижалари, бодиплетизмографиялар ва ўпканинг МСКТ текшируви, "мавжудлиги ҳақида ўйлаш мумкин ИП хавфсиз кечишининг - специфик." Ўпка рентгенографияси натижалари ҳам НСИП ташхисига зид бўлгани ўрганиб чиқиб 2019 йил учун беморнинг МСКТ-суратлари архиви 2022 йилда ИПнинг КТ тасвири энг кўпроқ НСИП учун хос бўлиб, ўзгаришлар эса нотипик оддий ИП я учун хос. Аксарият ҳолларда асосий қиёсий ташхислашдаги қийинчиликлар ИИП энг кенг тарқалган номаълум ва шунинг учун тез-тез учрайдиган уларнинг вариантлари идиопатик ўпка фибрози, НСИП ва криптоген ташкилланувчи пневмония асосий диагностик маркерлари бўлган жадвалда келтирилган. Адабиёт маълумотларини таҳлил қилишда диопатиянинг клиник ва Рентгенологик манзарасининг [3] маълумотларига кўра унинг баъзи хусусиятлари кўрсатиб ўтилган ва гистологик паттерннинг йўқлиги патологанотомик кўринишлари [2, 5-10]. Клиник кўриниши НСИПда ҳансираш (96%) ва йўтал (87%) устунлик қилади, хавфсиз кечиш, функционал ўпкани текширишда асосан рестриктив (79%) турдаги вентилицион бузилишлар намоён бўлади [11]. Иситма каби аломатлар камроқ учрайди (22%) ва артралгиялар (14%). га нисбатан белгиланади. НСИП диагностикасида асосий ролни унинг сезгирлиги солиштирилганда R билан КҚ ЮА-КТ мос равишда 94% vs 80% ни ташкил қилади лекин [12]. МСКТда асосан фиброз ва тракцион бронхоэктазлар (82% - бронхларнинг кенгайиши ва бронхиолалар) чақирилган нотекис буришиш фиброз натижасида ўпка тўқимасининг шикастланиши билан боғлиқ [13]; камроқ (4,9%) "уяли ўпка" шаклланади. Маҳаллийлаштириш КТ ўзгаришлари икки томонлама симметрик асосан пастки қисмлари шикастланган характерли ўпка бўлимлари [3]. Барча кўрсатилган белгиларни қайд этиб кузатилаётган беморда тўлқин касбий анамнезни ҳисобга олган ҳолда (бемор маълумоти ва фаолият тури бўйича - кимёгар), НСИПнинг идиопатик табиатини тасдиқлаш мумкин эмас. Аниқланишича, унинг иши > 30 йил давомида захарли моддалар (булар ленамид, триэтиленамон, метиленхлорид, пенополи уретанлар, акрилатлар, уларнинг ҳосилалари ва шу кабилар), шу

жумладан пневмотоксик дори моддаларидан иборат эди. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, НСИПни ривожлантириш учун кўплаб сабаблар мавжуд, бу билан унинг кенг тарқалганлиги таъкидланади. Бириктирувчи тўқима касалликлари билан оғриган шахслар учун [14-18]. Бундан ташқари, ҳозирги кунга қадар етарли миқдорда Рентген-суратли ИПЛ ҳақидаги маълумотларнинг аниқ сони токсик ва доривор препаратлар [19-22]. Шундай қилиб, беморнинг клиник таъхиси Б. қуйидагича таърифланган:

Асосий касаллик: НСИП. Кўшимча касаллик: Сурункали бронхит. Мембрана дискинезияси, трахея бурун қисмининг I даражали зарарланиши. Ҳамроҳ касаллик ГК II босқичи, II даражали қон босими ошиши, юрак-қон томир асоратлари хавфи 4 ҚД 2 тури (HbA1c нинг мақсадли даражаси < 6,5%). Семизлик I даража.

Шифохонадан чиқаришда қуйидаги тавсиялар берилди:

Нафас олиш гимнастикаси билан мунтазам шуғулланиш;

Threshold нафас олиш тренажеридан фойдаланиш;

Гипогликемик парҳезга риоя қилиш;

НАС ни небулайзер орқали 3 мл дан 2 марта ингаляция қилиш;

Кунига 600 мг НАС курслари билан алмаштириб турилади суткасига ичишга;

Препаратларни қабул қилиш: бисопролол 5 мг эрталаб, Арифон ретард 1,5 мг эрталаб АКБ ва ЮКС назорати остида, сиофор 850 мг кунига 2 марта назорат гликемия, аторвастатин 20 мг кечкурун. Бемор ҳали ҳам кузатув остида шифокорларга кўрикда қатнаши керак, унинг аҳволи барқарорлигича қолмоқда.

Ташхис қўйишда НСИП барча ИПЛлар орасида энг мақбул бўлади мултидисциплинар ёндашув, нима касалликнинг моҳиятидан келиб чиқади – носпецифик кўринишларнинг циклиги билан. Патогноз бўлмаганда пато-гистологик маркерлар биопсия ўтказишнинг аҳамияти пасаяди. Диагностика усули сифатида ушбу вазиятда ўпканинг бунда кўпроқ даражада муҳим бошқа инструментал усулларнинг, биринчи навбатда МСКТ навбати. НСИП ташхиси қўйилганда фаол коллегиял ўзаро ҳамкорлик муҳим роль ўйнайди. Турли ихтисосдаги мутахассисларнинг ҳаракати, манфаатлар тўқнашуви, манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас. Манфаатлар тўқнашуви муаллифлар ҳеч қандай манфаатлар тўқнашувини эълон қилмайдилар.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Flaherty K.R., King T.E. Jr, Parry G. et al. Идиопатик интерстициал пневмония: кўп тармоқли қандай қилиб қўйиш? Ам. Ж. Респир. Крит. Care Med (27 июнь 2016 йил). 2004 йил; 170 (8): 904-910. МДО: 10.1164/рссм.200402-147°C.
2. Travis W.D., Costabel W., Hansell D.M. et al. Амалдор Америка кўкрак қафаси жамияти/Европа нафас олиш жамияти баёноти: Халқаро кўп тармоқли тиббиёт марказининг янгилаштириш идиопатик интерстициал пневмониялар таснифи. Ам. Ж. Респир. Крит. Care Med (27 июнь 2016 йил). 2013 йил; 188 (6): 733-748. Муддати: 10.1164/рссм.201308-1483СТ.
3. Travis W.D., Hunninghake G., King T.E. Jr. et al. Идиопатологик носпецифик интерстициал пневмония: American Thoracic Society лойиҳаси. Ам. Ж. Респир. Крит. Care Med (27 июнь 2016 йил). 2008 йил; 177 (12): 1338-1347. DOI: 10.1164/рссм.200611-; 1685-ОС.
4. Cordier J.-F. Cryptogenic organising pneumonia. Евр. Респ. Ж. 2006; 28 (2): 422-446; DOI: 10.1183/09031936.06.0001 3505.
5. Десаи С.Р., Veeraraghavan C., Hansell D.M. et al. СТ тизимли склероз билан оғриган беморларда ўпка касаллигининг турлари: идиопатик ўпка фибрози ва носпецифик паринхотирлик интерстициал пневмония. Радиология. 2004 йил; 232 (2): 560-567. DOI: 10.1148/радиол.2322031223.
6. Нишияма О., Кондох Ё., Танигучи Х. et al. Сериал юқори носпецифик интерстициал пневмония/фиброз. Ж. Сомпут. Ассист. Томоғ. 2000; 24 (1): 41-46. DOI: 10.1097/00004728-200001000-00008.
7. Johkoh T., Müller N.L., Colby T.V. et al. Носпецифик интерстициал пневмония: Юпка кесими КТ 55 нафар беморда дингс ва патологик кичик гуруҳлар аниқланди. Радиология. 2002; 225 (1): 199-204. DOI: 10.1148/радиол.2251011555.

8. Парк Ж.С., Леэ К.С., Ким Ж.С. эт ал. Носпецифик интерстициал фиброзли пневмония: рентгенография ва КТ натижалари етти нафар бемор. Радиология. 1995; 195 (3): 645-648. DOI: 10.1148/радиология.195.3.7753988.
9. До К.Х., Lee Ж.С., Colby Т.У. эт ал. Носпецифик интерстициал пневмония ва одатий интерстициал пневмония: фарқлар юқори аниқликдаги КТнинг зичлик гистограммасида. Ж. Компут. Ассист. Томогра. 2005 йил; 29 (4): 544-548. DOI: 10.1097/01.pст.0000164255.43859.96.
10. Hartman Т.Е., Swensen S.J., Hansell D.M. эт ал. Носпецифик интерстициал пневмония: ўзгарувчан кўринишда юқори аниқликдаги кўкрак қафаси КТ Радиология. 2000; 217 (3): 701-705. DOI: 10.1148/radiology.217.3.r00nv31701.
11. Неспецифическая интерстициальная пневмония и обычная интерстициальная пневмония: сравнительная картина и диагностическая точность тонкосрезовой КТ. Макдональд С.Л., Рубенс М.Б., Ханселл Д.М., Копли С.Дж., Десаи С.Р., Дюбуа Р.М., Николсон А.Г., Колби ТВ, Уэллс А.У.
12. Неспецифическая интерстициальная пневмония против обычной интерстициальной пневмонии: различия в гистограмме плотности КТ высокого разрешения. До К.Х., Ли Дж.С., Колби ТВ, Китайчи М., Ким Д.С.
13. Овчаренко С.И., Сон Е.А., Осадчая В.А., Капустина В.А. Мультидисциплинарный подход к диагностике неспецифической интерстициальной пневмонии (клиническое наблюдение). //Пульмонология. 2019. Т. 29. № 1. С. 106-111.
14. Петров Д.В., Черняев А.Л., Тюрин И.Е., Гаус О.В. Клинико-рентгеноморфологический паттерн обычной интерстициальной пневмонии при гиперчувствительном пневмоните. //Практическая пульмонология. 2017. № 4. С. 52-57.
15. Петрова Д.В., Корнилова Т.А., Цеймах И.Я., Крамарь И.П., Белякова И.И., Соснова О.Л., Шойхет Я.Н. Особенности клинического течения идиопатических интерстициальных пневмоний в зависимости от морфологического варианта. //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. Т. 118. № 3. С. 47-51.
16. Conti C, Montero-Fernandez A, Borg E, Osadolor T, Viola P, De Lauretis A, Stock CJ, Bonifazi M, Bonini M, Caramori G, Lindahl G, Blasi FB, Nicholson AG, Wells AU, Sestini P, Renzoni E. Mucins MUC5B and MUC5AC in Distal Airways and Honeycomb Spaces: Comparison among Idiopathic Pulmonary Fibrosis/Usual Interstitial Pneumonia, Fibrotic Nonspecific Interstitial Pneumonitis, and Control Lungs. Am J Respir Crit Care Med. 2016 Feb 15; 193(4):462-4.
17. Юдин А.А., Юдин А.Л., Татарина В.К., Афанасьева Н.И., Григорьев С.П. Острая интерстициальная пневмония на фоне декомпенсированной застойной сердечной недостаточности: принципы лечения на примере клинического случая. //Лечебное дело. 2017. № 2. С. 88-95.
18. Закирьяева П.О., Неспецифическая интерстициальная пневмония: дифференциация интерстициального заболевания легких от аутоиммунных заболеваний. Journal of cardiorespiratory research. №4.1. 2022г. page no.:42-46.
19. Закирьяева П.О., влияние пульс-терапии с высокими дозами кортикостероидов на выживаемость пациентов с covid-19. Дата публикации 2022г. Journal of cardiorespiratory research. Том 3. Номер 2. Страницы 47-55.
20. Ахатова В.П., Закирьяева П.О., Благоприятное влияние снижения массы тела на дыхательную функцию у пациентов с интерстициальным заболеванием легких с ожирением. Journal of cardiorespiratory research. Volum 4 №3, 2023 г. 2022. page no.:31-34. <https://tadqiqot.uz/index.php/cardio/article/view/8235/7831>
21. Мамурова Н.Н., Носирова Д.Э., Закирьяева П.О., Пневмонии с коморбидными течениями. Дата публикации 2020г. Журнал Общество и инновации «in Science». Issue-1. №01(2020)/ISSN 2181-1415. Страницы 651-655. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/admin,+142-PNEUMONIA+WITH+CO-MORBID+TRENDS.pdf>

Қабул қилинган сана 20.04.2025