

O'PKANING INTERSTITSIAL KASALLIKLARI: SARKOIDOZ VA FIBROZLANUVCHI ALVEOLITNI TASHXISLASH HAMDA DAVOLASHNING ZAMONAVIY TAMOYILLARI

O'ralova Gulshoda Eshnazar qizi

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti

Tibbiyot fakulteti Davolash ishi yo'nalishi talabasi

Kattaboyeva Muhayyo Nurmuhammad qizi

Department of Therapeutic Sciences,

Faculty of Medicine, Termez University of

Economics and Service, Uzbekistan

E-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz;

mnkattaboyeva@gmail.com;

ORCID: 0009-0005-7146-1255; Tel.: +998 91 589 93 07

ANNOTATSIYA; maqolada o'pkaning interstitsial kasalliklari guruhida ko'p uchraydigan va klinik-amaliy ahamiyatga ega bo'lgan ikki holat - sarkoidoz hamda fibrozlanuvchi alveolitning zamonaviy tashxislash va davolash tamoyillari tahlil qilindi. Interstitsial kasalliklar alveola devori, interstitsium, kapillyar tarmoq va terminal bronxiolalar darajasida yallig'lanish hamda fibroz bilan kechadi. Sarkoidozda asosiy morfologik belgi nekrozsiz granulomalar bo'lsa, fibrozlanuvchi alveolitda progressiv chandiqlanish, o'pka elastikligining pasayishi va gaz almashinuvining buzilishi ustun turadi. Maqolada klinik belgilar, HRKT, rentgenografiya, tashqi nafas funksiyasi, DLCO, bronxoalveolyar lavaj va biopsiya natijalarini kompleks baholash zarurligi asoslandi. Davolashda sarkoidoz uchun kuzatuv, glyukokortikoidlar va steroidni tejovchi immunosuppressiv vositalar; fibrozlanuvchi alveolit/IPF uchun antifibrotik terapiya, kislorod, rehabilitatsiya va transplantatsiya bo'yicha yo'naltirish mezonlari ko'rsatildi.

Kalit so'zlar: interstitsial o'pka kasalliklari, sarkoidoz, fibrozlanuvchi alveolit, idiopatik o'pka fibrozi, HRKT, DLCO, antifibrotik terapiya, glyukokortikoidlar.

KIRISH

O'pkaning interstitsial kasalliklari (O'IK) - turli etiologiyali, lekin klinik va rentgenologik jihatdan o'xshash kechuvchi diffuz parenximatoz o'pka kasalliklari guruhidir. Bu guruhga sarkoidoz, idiopatik interstitsial pnevmoniyalar, fibrozlanuvchi alveolit, ekzogen allergik alveolit, kollagenozlarga bog'liq interstitsial zararlanishlar va dori vositalari chaqirgan o'pka shikastlanishlari kiradi. Ularning umumiy

muammosi shundaki, kasallik boshlanishida quruq yoʻtal, hansirash va holsizlik kabi nospetsifik belgilar bilan kechadi, shuning uchun tashxis koʻpincha kechikadi.

Sarkoidoz koʻp tizimli granulomatoz kasallik boʻlib, eng koʻp oʻpka va intratorakal limfa tugunlarini zararlaydi. Zamonaviy yondashuvda sarkoidoz tashxisi uch ustunga tayanadi: klinik-radiologik moslik, nekrozsiz granulomatoz yalligʻlanishning morfologik tasdiqlanishi va sil, zamburugʻli infeksiya, limfoma hamda boshqa granulomatoz kasalliklarni istisno qilish. Oʻzbekiston SSVning 2024-yilgi “Sarkoidoz” milliy klinik protokoli ham tashxis va davolashni aynan shu strategik yondashuvda olib borishni belgilaydi.

Fibrozlanuvchi alveolit atamasi amaliyotda koʻpincha idiopatik oʻpka fibrozi yoki odatiy interstitsial pnevmoniya (UIP) spektridagi progressiv fibroz bilan kechuvchi kasalliklarni anglatadi. Bu holatda alveola va interstitsiumda qaytmas fibrotik remodelirlash shakllanadi, HRKTDa retikulyar oʻzgarishlar, tortilish bronxoektazlari va “asalari uyasi” koʻrinishidagi honeycombing aniqlanishi mumkin. Fibrozlanuvchi alveolitni pnevmoniya yoki bronxit sifatida uzoq davolash - kech tashxis, ortiqcha antibiotiklar va notoʻgʻri steroid terapiyaga olib keladigan xatodir.

Maqolaning maqsadi - sarkoidoz va fibrozlanuvchi alveolitni klinik, instrumental va davolash nuqtayi nazaridan taqqoslab, talaba-amaliyotchi uchun qisqa, lekin ishlaydigan diagnostik-davolash algoritmini shakllantirishdir.



1-rasm. Sarkoidozda koʻkrak qafasi rentgenogrammasida nodulyar oʻzgarishlar.

MATERIAL VA METODLAR

Maqola adabiyotlar sharhi va klinik tavsiyalar tahlili shaklida tayyorlandi. Tahlil uchun O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Sarkoidoz" nozologiyasi bo'yicha milliy klinik protokoli, kasb kasalliklari va pulmonologiya bo'yicha o'quv manbalari, ATS, ERS/JRS/ALAT hamda BTS klinik tavsiyalari asos qilib olindi. Ma'lumotlar sarkoidoz va fibrozlanuvchi alveolitni erta aniqlash, differensial tashxislash, monitoring va davolash mezonlari bo'yicha guruhlandi.

Tahlil mezonlari sifatida quyidagilar tanlandi: 1) klinik simptomlar - hansirash, quruq yo'tal, ko'krak qafasidagi noqulaylik, umumiy holsizlik; 2) instrumental belgilar - rentgenografiya, HRKT, spirometriya, DLCO; 3) laborator-morfologik mezonlar - yallig'lanish markerlari, BAL hujayraviiy tarkibi, biopsiya natijalari; 4) davolash natijasini baholash - simptomlar dinamikasi, FVC/DLCO o'zgarishi, HRKTda progressiya, kislorodga ehtiyoj va hayot sifati.

Tadqiqotning chegarasi shundan iboratki, u klinik bemorlar guruhida o'tkazilgan eksperimental ish emas, balki mavjud milliy va xalqaro klinik tavsiyalarni tahliliy umumlashtirishdir. Shu sababli maqoladagi natijalar amaliy algoritim va taqqoslovchi xulosa sifatida talqin qilinadi.

NATIJALAR

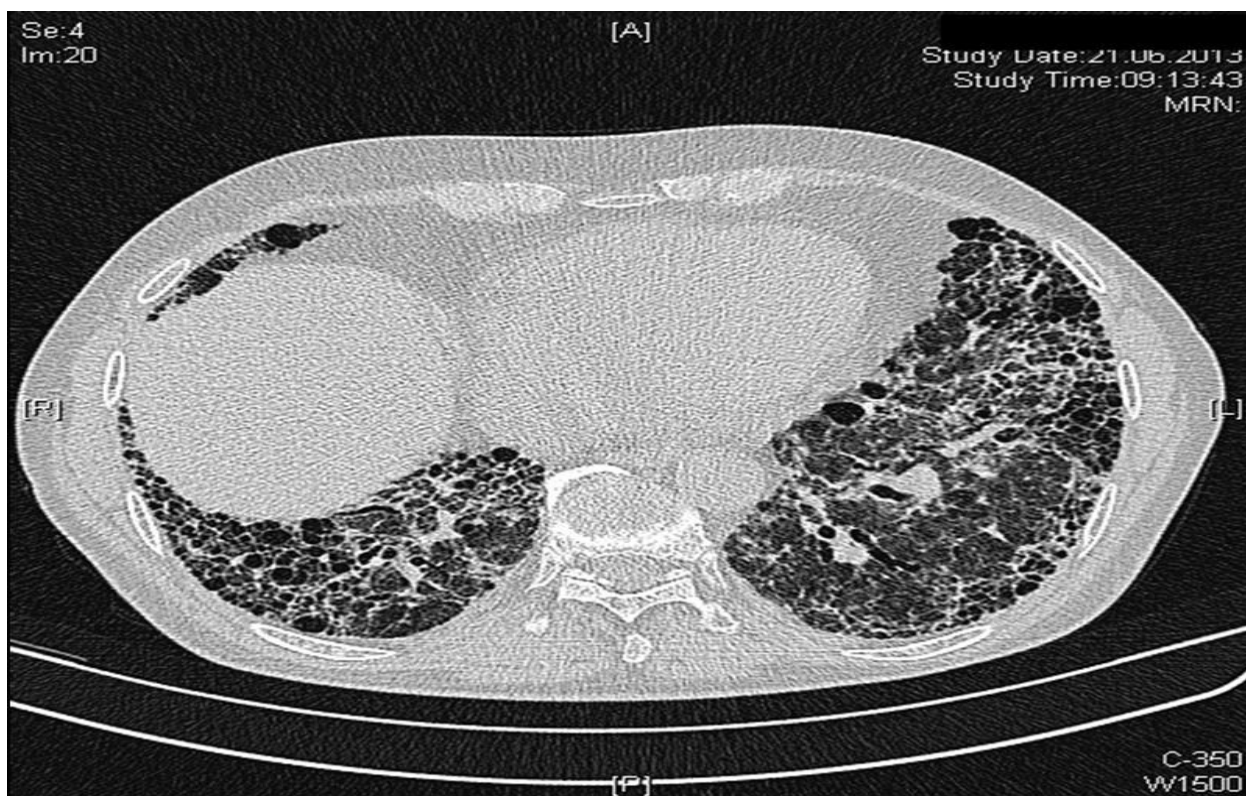
Tahlil natijalari shuni ko'rsatdiki, sarkoidoz va fibrozlanuvchi alveolitni bir xil "interstitsial o'zgarish" deb baholash amaliy xatodir. Sarkoidozda ko'pincha yosh va o'rta yoshli bemorlarda ikki tomonlama hilar limfadenopatiya, o'pka parenximasida mayda tugunchalar, teri, ko'z, bo'g'im va umumiy intoksikatsiya belgilarining qo'shilishi kuzatiladi. Fibrozlanuvchi alveolitda esa ko'proq zo'rayib boruvchi hansirash, quruq yo'tal, bazal krepatatsiya, tirnoqlarda "baraban tayoqchalari" va HRKTda fibroz belgilarining ustunligi muhim ahamiyatga ega.

1-jadval. Sarkoidoz va fibrozlanuvchi alveolitning amaliy farqlari

Mezon	Sarkoidoz	Fibrozlanuvchi alveolit / IPF spektri
Asosiy morfologiya	Nekrozsiz epitelioid granulomalar	Interstitsial fibroz, UIP, honeycombing
Boshlanishi	Ko'pincha subakut, tizimli belgilar bilan	Asta-sekin progressiv hansirash va quruq yo'tal
Rentgen/HRKT	Hilar limfadenopatiya, peribronxovaskulyar nodullar	Bazal-subplevral retikulyar o'zgarishlar, tortilish bronxoektazlari

Funksional test	Restriktiv yoki aralash tip, DLCO pasayishi mumkin	Restriktiv tip va DLCOning barqaror pasayishi
Davolash	Kuzatuv yoki glyukokortikoid; kerak bo'lsa metotreksat	Antifibrotik davo, reabilitatsiya, kislorod, transplantatsiya bahosi
Xavfli xato	Silni istisno qilmasdan steroid boshlash	IPFni oddiy bronxit/pnevmoniya deb davolash

Natijalar bo'yicha eng muhim diagnostik nuqta - HRKTni o'z vaqtida bajarishdir. Oddiy rentgenografiya sarkoidozning bosqichlanishini taxmin qilishga yordam beradi, biroq fibrozlanuvchi alveolitda fibroz darajasi, honeycombing va tortilish bronxoektazlarini aniqlash uchun HRKT zarur. Shuningdek, spirometriya va DLCO davolashdan oldin ham, kuzatuv jarayonida ham bazaviy ko'rsatkich sifatida qayd qilinishi kerak.



2-rasm. Idiopatik o'pka fibrozi bo'lgan bemorda HRKTda fibrotik o'zgarishlar va honeycombing belgilari.

DISCUSSION / MUHOKAMA

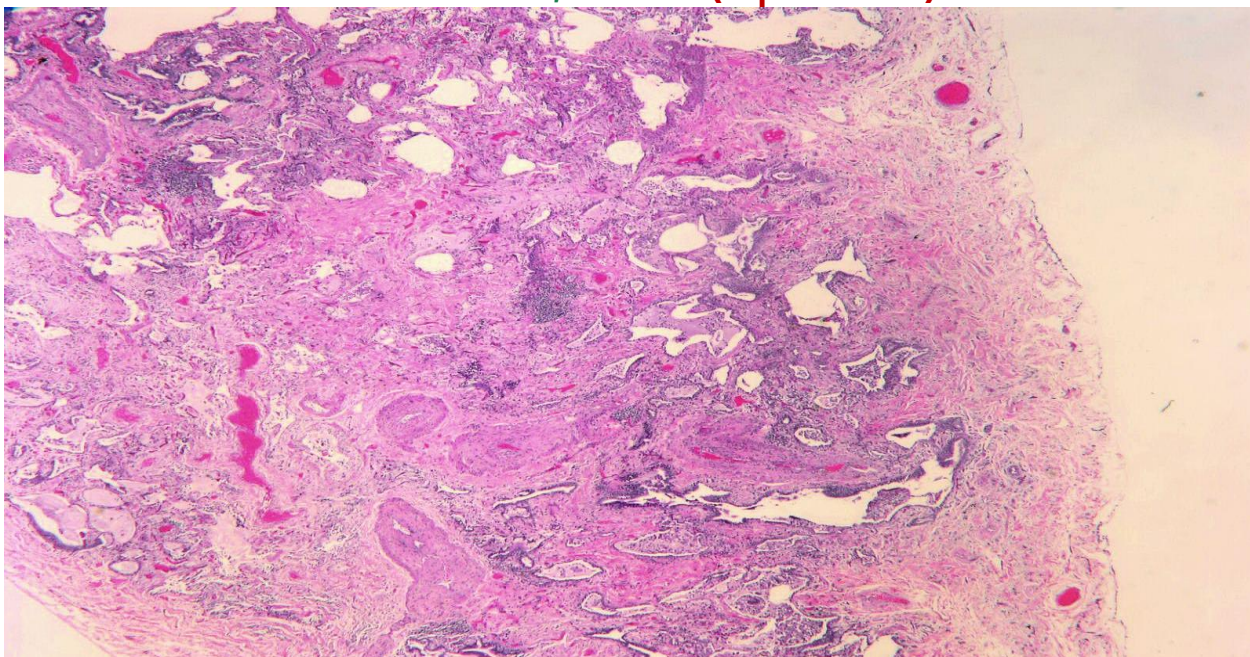
Sarkoidozda davolash har doim ham darhol boshlanmaydi. Simptomsiz, organ funksiyasiga tahdid qilmaydigan I-bosqich ko'krak ichi limfa tugunlari sarkoidozida kuzatuv taktikasi yetarli bo'lishi mumkin. Ammo nafas funksiyasi pasaysa, o'pka

parenximasi faol zararlangan, ko'z, yurak, asab tizimi, buyrak yoki boshqa hayotiy muhim organlar jarayonga qo'shilsa, tizimli davolash talab qilinadi. Birinchi qator davoda prednizolon yoki unga teng glyukokortikoidlar qo'llanadi; uzoq muddatli steroid nojo'ya ta'sirlari xavfi yuqori bo'lsa, metotreksat, azatioprin, leflunomid yoki mikofenolat kabi steroidni tejovchi vositalar ko'rib chiqiladi.

Fibrozlanuvchi alveolitda asosiy muammo yallig'lanishdan ko'ra fibrotik remodelirlashning progressivligidir. Shuning uchun zamonaviy yondashuvda kasallikni "faqat steroid bilan bosish" emas, balki fibroz progressiyasini sekinlashtirish, gaz almashinuvini saqlash va asoratlarni kamaytirish maqsad qilinadi. IPFda nintedanib va pirfenidon kasallik rivojlanishini sekinlashtiruvchi antifibrotik vositalar sifatida ko'rib chiqiladi. Progressiv fibrozlanuvchi ILDda nintedanibdan foydalanish bo'yicha xalqaro tavsiyalar mavjud.

Differensial tashxisda sil kasalligi O'zbekiston amaliyoti uchun alohida ahamiyatga ega. Sarkoidoz, dissemine sil, limfoma, pnevmokonioz, ekzogen allergik alveolit va zamburug'li infeksiyalar bir-biriga o'xshash rentgenologik manzara berishi mumkin. Shu bois bronxoskopiya, BAL, mikrobiologik tekshiruv, zarur holatda transbronxial biopsiya yoki boshqa to'qima biopsiyasi klinik qarorni aniqlashtiradi. Sil yoki aktiv infeksiya ehtimoli to'liq baholanmasdan glyukokortikoid boshlash xavfli xato hisoblanadi.

Fibrozlanuvchi alveolitda esa kech tashxis asosiy muammolardan biridir. Bemor uzoq vaqt "surunkali bronxit", "qaytalanuvchi pnevmoniya" yoki "allergik yo'tal" tashxisi bilan davolanishi mumkin. Amaliy mezon oddiy: 40 yoshdan oshgan bemorda 3 oydan ortiq davom etuvchi progressiv hansirash, quruq yo'tal, bazal krepitatsiya va rentgen/KTda interstitsial o'zgarish bo'lsa, pulmonolog hamda HRKT bahosi kechiktirilmasligi kerak.



3-rasm. UIPda honeycomb fibrosis: fibroz to‘qima va kengaygan terminal havo yo‘llari mikroskopik ko‘rinishi.

DAVOLASHNING AMALIY ALGORITMI

Birinchi bosqichda bemorning klinik profili aniqlanadi: yosh, kasb, chang va organik antigenlar bilan kontakt, dorilar tarixi, chekish, autoimmun belgilar, sil bilan kontakt va oilaviy fibroz anamnezi so‘raladi. Bunda sarkoidoz, ekzogen allergik alveolit, kollagenozga bog‘liq ILD va IPFni bir-biridan ajratish uchun klinik savollar juda muhim.

Ikkinchi bosqichda rentgenografiya yetarli deb to‘xtab qolmasdan, HRKT, spirometriya va DLCO natijalari olinadi. HRKTda sarkoidozga xos peribronxovaskulyar nodullar va limfadenopatiya aniqlansa, biopsiya zarurati klinik vaziyatga qarab belgilanadi. HRKTda UIPga xos basal-subplevral retikulyatsiya, tortilish bronxoektazlari va honeycombing bo‘lsa, IPF/fibrozanuvchi alveolit ehtimoli yuqori baholanadi.

Uchinchi bosqichda davolash shaxsiylashtiriladi. Sarkoidozda organ xavfi bo‘lmasa, kuzatuv, nazorat rentgen/HRKT va funksional testlar bilan borish mumkin; simptomli yoki organ funksiyasiga xavf soluvchi holatda glyukokortikoidlar asosiy o‘rinda turadi. Fibrozanuvchi alveolitda esa antifibrotik terapiya, kislorodga ehtiyojni baholash, nafas reabilitatsiyasi, vaksinalar, gastroezofageal reflyuks va o‘pka gipertenziyasi kabi komorbid holatlarni nazorat qilish kerak.

To‘rtinchi bosqich - monitoring. Sarkoidozda kasallik faolligi, steroid nojo‘ya ta’siri, kalsiy almashinuvi, ko‘z va yurak zararlanishi nazorat qilinadi. Fibrozanuvchi alveolitda FVCning kamayishi, DLCO pasayishi, HRKT progressiyasi, zo‘rayib boruvchi hansirash va kislorod saturatsiyasi asosiy baholash mezonlaridir.

2-jadval. Davolash strategiyasining qisqa algoritmi

Holat	Birinchi qadam	Asosiy davo	Kuzatuv mezonlari
Faol bo'lmagan sarkoidoz	Kuzatuv, bazaviy TNG/HRK T	Dori shart emas	Simptom, rentgen, FVC/DLCO
Simptomli sarkoidoz	TB va infeksiyani istisno qilish	Prednizolon; keyin metotreksat/azatioprin	Nojo'ya ta'sir va organ funksiyasi
IPF/fibrozlanuvchi alveolit	HRKT + PFT + DLCO	Nintedanib yoki pirfenidon; O ₂ ; rehabilitatsiya	FVC, DLCO, HRKT, SpO ₂
Progressiv fibroz	ILD markaziga yo'naltirish	Antifibrotik + transplantatsiya bahosi	1 yil ichida simptom/radiologik/funksional progressiya

MONITORING, PROFILAKTIKA VA BEMORNI KUZATISH BO'YICHA AMALIY TAVSIYALAR

Sarkoidoz va fibrozlanuvchi alveolitda davolashdan keyingi kuzatuv diagnostikadan kam ahamiyatli emas. Sarkoidozda birinchi 6-12 oy ichida klinik belgilar, ko'krak qafasi tasviri, FVC/DLCO ko'rsatkichlari, ko'z va yurak belgilarini nazorat qilish zarur. Uzoq muddat glyukokortikoid olgan bemorda tana vazni, arterial bosim, qonda glyukoza, oshqozon-ichak nojo'ya ta'sirlari va osteoporoz xavfi baholanadi. Bu nazorat qilinmasa, davolash kasallikdan ko'ra ko'proq zarar keltirishi mumkin.

Fibrozlanuvchi alveolitda monitoringning asosiy maqsadi - progressiyani erta ushlashdir. Amaliy mezon sifatida 6-12 oy ichida hansirashning kuchayishi, FVC yoki DLCO pasayishi, HRKTda yangi fibrotik o'zgarishlar paydo bo'lishi va kislorod saturatsiyasining pasayishi baholanadi. Bunday holatda bemor oddiy ambulator nazoratda qolmasligi, balki interstitsial o'pka kasalliklari bilan ishlaydigan pulmonolog yoki ixtisoslashgan markazga yuborilishi kerak.

Nomedikamentoz choralar ham davolash algoritmining majburiy qismidir. Chekishni to'xtatish, respirator infeksiyalardan himoyalash, gripp va pnevmokokkka qarshi emlash, jismoniy faollikni bemorning nafas rezerviga moslashtirish, nafas rehabilitatsiyasi va kislorod terapiyasini to'g'ri belgilash fibroz jarayonning klinik

oqibatlarini kamaytiradi. Og‘ir nafas yetishmovchiligi, o‘pka gipertenziyasi yoki tez progressiya bo‘lsa, transplantatsiya imkoniyati erta muhokama qilinadi.

Talaba va yosh shifokor uchun eng xavfli uchta xato alohida ajratilishi kerak: birinchisi - sarkoidozni sil, limfoma yoki zamburug‘li infeksiyadan ajratmasdan steroid boshlash; ikkinchisi - fibrozlanuvchi alveolitni uzoq vaqt “bronxit” deb antibiotik bilan davolash; uchinchisi - HRKT va DLCO tekshiruvlarini kechiktirish. Shu uch xatoni kamaytirishning o‘zi interstitsial kasalliklarda tashxis sifatini sezilarli yaxshilaydi.

Shuningdek, bemor bilan muloqot muhim. Sarkoidozli bemorga kasallik har doim ham saraton yoki sil emasligi, ayrim hollarda kuzatuv yetarli bo‘lishi tushuntiriladi. Fibrozlanuvchi alveolitli bemorga esa kasallik surunkali va progressiv bo‘lishi mumkinligi, dori vositalari kasallikni butunlay yo‘qotmasligi, lekin o‘pka funksiyasi pasayishini sekinlashtirishga qaratilgani aniq aytilishi lozim. Noto‘g‘ri va‘dalar bemorni davolanishdan sovitadi; haddan ortiq qo‘rqitish esa depressiya va rehabilitatsiyadan voz kechishga olib keladi.

XULOSA

Sarkoidoz va fibrozlanuvchi alveolit interstitsial o‘pka kasalliklari guruhiga kirsada, ularning patogenezi, prognozi va davolash taktikasi keskin farq qiladi. Sarkoidozda granulomatoz yallig‘lanish, ko‘p tizimli zararlanish va ayrim hollarda spontan remissiya kuzatilishi mumkin. Fibrozlanuvchi alveolitda esa progressiv fibroz va nafas yetishmovchiligi xavfi yuqori bo‘lib, erta HRKT, spirometriya va DLCO monitoringi hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Amaliyotda eng muhim tamoyil - interstitsial o‘zgarish aniqlangan bemorni birgina rentgen yoki klinik simptom bilan baholamaslikdir. Har bir holatda kasbiy va ekologik anamnez, autoimmun belgilar, infeksiya va silni istisno qilish, HRKT xulosasi, nafas funksiyasi va zarur bo‘lsa morfologik tasdiq birgalikda ko‘rib chiqilishi kerak. Sarkoidozda davolash faollik va organ xavfiga qarab tanlanadi; fibrozlanuvchi alveolitda antifibrotik terapiya, rehabilitatsiya va transplantatsiya bo‘yicha o‘z vaqtida yo‘naltirish kasallik oqibatini yaxshilashi mumkin.

Talabalar va yosh shifokorlar uchun eng qisqa klinik xulosa: sarkoidozda granuloma va limfadenopatiyani, fibrozlanuvchi alveolitda esa progressiv hansirash, bazal krepatatsiya, HRKTdagi honeycombing va DLCO pasayishini izlash kerak. Shunday yondashuv noto‘g‘ri antibiotik, kech pulmonologik konsultatsiya va asoslanmagan steroid terapiyasi kabi xavfli xatolarni kamaytiradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. “Sarkoidoz” nozologiyasi bo‘yicha milliy klinik protokol. Toshkent, 2024.

2. Mahmudova Sh. Kasb kasalliklari. O'quv qo'llanma. Toshkent: Ziyoz elektron kutubxonasi nashri.
3. Crouser E.D., Maier L.A., Wilson K.C. et al. Diagnosis and Detection of Sarcoidosis: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2020;201(8):e26-e51.
4. Raghu G., Remy-Jardin M., Richeldi L. et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2022;205(9):e18-e47.
5. Thillai M., Atkins C.P., Crawshaw A. et al. BTS Clinical Statement on Pulmonary Sarcoidosis. Thorax. 2021;76:4-20.
6. Devaraj A. Imaging: how to recognise idiopathic pulmonary fibrosis. Breathe. 2014;10(3):215-219.
7. Med24.uz. Alveolit - kasallik belgilari, diagnostika va davolash. Elektron tibbiy ma'lumotnoma.
8. Wikimedia Commons. Chest X-ray of sarcoidosis nodules.png; HR tomography of the chest of an IPF patient 1.jpg; UIP (Usual interstitial pneumonia)-Honeycomb fibrosis.jpg.