

Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси

Бош муҳаррир:
Касимов Ш.З.

Таҳрир ҳайъати:
Абдурахимов З.А.
Ахмедов Х.С.
Жалекеева П.А.
Зохидова М.З.
Мавлянова Д.А.
Миразимов Д.Б.
Назарова Г.У.
Нармухамедова Н.А.
Рустамова М.Т.
Садирова М.А.
(масъул котиб)
Фузайлов Ф.З.
Шомансурова Э.А.

Рўйхатдан ўтиш тартиби: 02-00129.
Таҳририят манзили:
100007, Тошкент шаҳри,
Паркент кўчаси, 51- уй.
УАШ малакасини ошириш кафедраси
Тел./факс: 268-16-29, 268-08-17
E-mail: uzgp@infonet.uz
info@avuz.uz

ISSN 2181-4864

Тошкент
2012 йил

МУНДАРИЖА

1. Тестлар
2. Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш
3. Йўтал
4. Бронхиал астма
5. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ХОБЛ)

Кўпгина ҳолатларда, айниқса йилнинг совуқ даврларида, умумий амалиёт шифокорларига беморлар трахея, бронхлар, ўпка ва плевра нафас аъзолари касалликлари билан мурожаат қилишадилар. Замонавий тиббиётда бу касалликларга “пульмонология” деб аталувчи бутун бир бўлим бағишланган. Бугунги экологик вазият атроф муҳитга салбий таъсир кўрсатибгина қолмай бизнинг соғлигимизга ҳам нўжўя таъсир қилади. Ифлосланган атмосфера ва катта шаҳарлардаги юқори даражали газ ҳосил бўлиши, чекиш, уй ҳайвонларининг жуни, химявий моддалар, аерозолли, хўжалик химияси моддалари, дори воситалари, юқори нафас йўллари инфекциялари, аллергик касалликлар нафас тизими азоларининг касалликларини кенг тарқалиши омилларидир. Юқорида айтилганларга боғлиқ ҳолатда, дунё аҳолисининг каттагина қисми ўпка касалликлари хавфи потенциал гуруҳига кириб, бу патология билан касалланган беморлар сонини ошишига олиб келади.

Кўп ҳолатларда ўпка ва бронхлар касалликлари 5 ёшгача бўлган болаларда, қарияларда, шамоллаш касаллиги ва аллергияларга мойиллиги бор беморларда учрайди. Пульмонологиянинг ҳозирги ривожланиш даражаси ўпка касалликларининг енгилик билан олдини олишга имкон яратади, бунинг учун соғлом турмуш тарзини сақлаш, спорт билан шуғулланиш, касаллик белгилари пайдо бўлганда эса ўз вақтида текширувдан ўтишига кифоя. Профилактика – инсонлар соғлигини сақлашдаги чораларнинг энг яхшисидир. Ўпка касалликларини профилактикаси учун қуйидагилар зарур: бемор яшаётган ва ишлаётган жойларда тоза ҳаво бўлиши, чекишдаги тутунларнинг бўлмаслиги, хоналарнинг ҳар куни нам латта билан тозалаш, тез-тез асоссиз қўлланиладиган дори воситаларини қабул қилишдан ва аллергик омиллардан ўзини асраш.

Ҳар бир инсоннинг фаоллик ҳолатига таъсир қилувчи нафас тизимининг касалликларини кўпинча безовта қилувчи белгиларидан бири йўталдир. Бу симптом пайдо бўлганда иш юзасидаги учрашувларни ва дўстлар билан мулоқотларни кечга суришга тўғри келади. Нафас қийинлашуви, нафас қисиши, ҳароратнинг кўтарилиши пайдо бўлганда зудлик билан мутахассисга мурожаат қилиш керак.

Сурункали ўпка касалликларидан бронхиал астма кўп ҳолатларда учрайди-ҳозирги вақтга келиб дунёда 300 миллионга яқин кишилар бронхиал астма билан азият чекадилар. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти башоратига кўра дунёнинг кўпгина мамлакатларида болалар ўртасида ушбу касалликнинг тарқалиши кўпайиши айтилмоқда. Ўзбекистонда 5% га яқин аҳолида бронхиал астма бор.

Амбулатория шароитида астмани диагностика қилиш учун пикфлоуметрия методи қўлланилади. Бу нафас чиқаришнинг пик тезлигини ўлчаш бўлиб, унинг кўрсаткичларига асосланиб обструкция даражасини, беморнинг ҳолатини ва қўлланилган давонинг самарадорлигига баҳо бериш мумкин.

Умумий амалиёт шифокорларининг касалликнинг кечишини назорат қилишдаги вазифаси беморлар ва уларнинг оила аъзолари билан ўзаро ишонч муҳитини ўрнатишдир. Беморларни доимий равишда касалик ҳақида хабардор этиш ва ўргатиш, ўз ҳолатини баҳолаш кўникмалари ва ўзига ўзи ёрдам бериш; даволашга беморларни жалб этиш. Фармакологик даво қилишга мақсадга эришиш учун энг кам препаратларни қўллаб давога эришишни таъминловчи поғонама – поғона даволаш усули тавсия этилади. Беморнинг умумий ҳолатини доимий назоратда сақлаш ва буюрилган давони самарадорлигини назоратга олиш зарур.

ТМА УАШ таёрлаш маркази директори, доцент Нармухамедова Н.А.



Эсингизда бўлсин:

Журнални ҳамкасбларингиз билан ўқиб чиқиш ва бирлашикда муҳокама қилиш учун ҳамда бу саволлар журнал мазмун-моҳиятини ўқиш ва тушуниб олишда сизга кўмаклашиш учун мўлжалланган. “ўрганиб чиқишдан ОЛДИН” ва “ўрганиб чиқишдан КЕЙН” бўлимларидаги жавоблар натижаларини солиштириб Сизнинг билимингиз қай даражада яхшиланганини билиб оласиз. Тест саволларига тўғри жавоблар бита ва ундан кўпроқ булиши мумкин

№	Ўрганиб чиқишдан ОЛДИН					Ўрганиб чиқишдан КЕЙН				
	а	б	в	г	д	а	б	в	г	д
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
Натижа										

Ҳамкасбларингиз ҳам тест саволларга жавоб бергилари келса ушбу варақ нусхаларини кўпайтириб олишлари мумкин

Тестлар.

1.Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш

а) Пикфлоуметрия (пневмотахометрия) – кучли нафас чиқаргандаги ҳавонинг энг юқори ҳажми ёки нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги (ОФВ1 или ПСВ).

б) Ҳаттоки бир кишини ўзида ҳам пифлоуметрия кўрсаткичларида сезиларли фарқли бўлиши мумкин.

в) Пикфлоуметрия ЎСОК(ХОБЛ) да касалликни ишончли диагностика ва мониторинг усулидир.

г)Пикфлоуметрияда, рисоладагидек кўрсаткичдан ПСВ > 90% бўлиши-меёр эканлигини ҳисобга олиш керак.

д)Спирометрия — бу нафас олишни ҳажмий ва тезлик кўрсаткичларини ўзига жамлаган ташқи нафас функциясни аниқлаш усулидир.

2. Йўтал

а) Яримўткир ва сурункли йўтал, юқори ва қуйи нафас йўлларининг ўткир вирусли инфекцияларида кузатилади

- б) Йўтал амбулатор-поликлиника амалиётида учрайдиган нафас олиш тизими касалликларининг энг кўп тарқалган симптомларидан биридир.
- в) Йўталнинг давомийлиги йўтални келиб чиқишини топишдаги энг муҳим дифференциал-диагностик мезон бўлиб хизмат қилади.
- г) Ўтказилган респиратор яллиғланишлар, сурункали бронхит (чекувчиларда) ва ўпкани сурункали обструктив касаллиги энг кўп учрайдиган сабабларидандир.
- д) Спонтан пневмоторакс йўталнинг энг хавфли асоратидир.

3. Йўтал

- а) Ҳозирги пайтга келиб, балғамни кўчирувчи дори воситалари асосан икки гуруҳга бўлинади: балғам ажралишини стимулловчи воситалар (секретомотор); муколитик (секретолитик) дори воситалари.
- б) Йўталда резорбтив таъсирга эга бўлган воситаларга термопсис, истода, алтея ва бошқа гиёҳ дорилар, натрий бензоат, терпингидрат ва .б.
- в) Йўталда рефлектор таъсирга эга воситаларга натрий ва калий йодид, аммоний хлорид, қисман-натрий гидрокорбанат киради.
- г) Мукорегуляторлар сурфактант альвеолоцитларини синтезини стимуллаб уларни парчаланишини блоклайди. Бромгексин ва амброксол бу гуруҳ дорилари вакиллари дидир.
- д) SH–гуруҳли аминокислоталар балғамнинг бижғиган полисахаридлари дисульфидли боғламларини ёриб сўлак шилимшиқлигини камайтиради. Ацетилцистеин, карбоцистеин шу гуруҳга киради.

4. Бронхиал астма

- а) Бўғилиш хуружи (нафас етишмовчилиги), кўпгина ҳолларда ўз-ўзидан ёки дори воситалари билан даволаш таъсирида ўтиб кетади.
- б) ЮИК ни ривожланишига хавф омили бўлиб хизмат қилади.
- в) Стимуляторларнинг кенг қаторига бронхларни юқори сезувчанлиги.
- г) Бронхлардаги яллиғланиш жараёнининг борлиги-тез тез такрорланувчи бўғилиш хуружлари, сурункали нафас етишмовчилигига олиб келади.
- д) Касалликни қайталаш даврида пикфлоуметрия курсаткичлари >90% -йўқори бўлади.

5. Бўғилиш хуружини кучайтирувчи омиллар

- а) Жисмоний машқлар, рухий зўриқиш, об-ҳаво (туман, совуқ, момақалдирик)
- б) Ҳавони ифлосланиши (чанг ва ғубор), уй алергенлари (уй чанги, хайвонлар жуни, қушлар пати),
- в) Профессional алергенлар (хайвонлардан олинган матолар, жунлар, дон, химиявий моддалар)
- г) Чекиш, яллиғланишлар (асосан юқўри нафас йўллариининг вирусли яллиғланишлари)
- д) Дори воситалари (НПВС, бета-блокаторлар), гастро-эзофагал рефлюкс.

6. Бронхиал астмада текширишлар.

- а) Ташхис асосан клиник белгиларга асосланиб қўйилади. Специфик ташхис тестлари йўқ. Куйидагилар кўриб чиқилади:
- б) Пикфлоуметрия сериялари – эрта биланги кундузги ва уйқудан олдинги кўтарилишлари.
- в) Спирометрия/пикфлоуметрия – бронходилитаторлар ингаляциясидан кейин >15% ЎТС(ЖЕЛ) кўрсаткичларини яхшиланиши ёки ОФВ1 (ПСВ)ни яхшиланиши.
- г) Преднизолонли синама – 30 мг. 2 ҳафта давомида ҳар куни. >15% ЎТС (ЖЕЛ) ёки ОФВ1 (ПСВ) ўсиши ва беморнинг ҳолатини яхшиланишига олиб келувчи.
- д) Қон таҳлилида эозинофилияни кўриш мумкин. Тери алерго-тестлари. Ўпканинг рентген текшируви.

7. Кечиктириб бўлмас ҳолатли белгилари.

- а) Марказий циоз, «соқов ўпка» - аускултацияда нафас эшитилмаслиги
- б) Тахипноэ (минутига нафас олиш сонлари > 25)
- в) Беморнинг мунгли ва қийналган ҳолати
- г) ОФВ1 (ПСВ) <33%; гипотония ёки брадикардия.
- д) ОФВ1 (ПСВ) <50%; қовурғалараро мушакларнинг тортилиши.

8. Оғир астма хуружи белгилари

- а) Бемор дам олмасдан туриб ёки қўшимча нафас олмасдан туриб тўлиқ сўзини айта олмайди
- б) Тахипноэ (минутига нафас олиш сонлари > 25)
- в) Тахикардия (ЧСС >90 бир минутга.)
- г) ОФВ1 (ПСВ) <80%-
- д) Қовурғалараро мушакларнинг тортилиши.

9. Бронхиал астманинг дори-дармонлар билан даволаш қўйидагилардан иборат

- а) Қисқа таъсир этувчи В2-агонистлар (Сальбутамол, тербуталин).
- б) Узоқ таъсир этувчи В2-агонистлар (Сальмотерол, формотерол)
- в) Антихоленергик бронходилататорлар (Ипратропиум бромид).
- г) Лейкотриен рецепторлари антагонистлари (Монтелукаст).
- д) Орал ва ингаляцион кортикостероидлар (Преднизолон, бекламетазон и др).

10. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари (ХОБЛ).

- а) Нафас йўллари обструкцияси билан кечадиган секин ривожланувчи касалликлар.
- б) Аҳоли ўртасида тарқалиши 16% га яқин, аёлларга нисбатан эркаклар кўп касалланади.
- в) Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги 5% га яқин, аҳоли ўлимига сабаб бўлади.
- г) Касалликка олиб келувчи сабаблар: Чекиш, генетик боғлиқлик, организмда α_1 -антитрипсин етишмовчилиги, кам каллорияли озиқланиш, кам вазнлик билан туғилиш ва бошқалар.
- д) Клиник белгилари: йўтал (қуруқ ва нам), нафас олишнинг қийинлашуви, қайта-қайта респиратор яллиғланишлар ва нафас бўғилиши.

Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш

Пикфлоуметрия (пневмотахометрия) – кучли нафас чиқаргандаги хавонинг энгн юқори ҳажми ёки нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги (ОФВ1 ёки ПСВ). Бир минут вақтдаги литрларда ўлчанади. Нафас чиқаришдаги ҳаво тезлиги катта ва ўрта бронхитлар обструкцияси катталигига боғлиқ.



Астматик касалликларда обструкция жараёнлари катта ва ўрта бронхилларида тарқалганлиги сабабли пикфлоуметрияни қўллаш бронхиал астманинг диагностикаси ва мониторингини энгиллаштиради. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари (ХОБЛ)да обструкциялар кичик бронхилларда жойлашган бўлиб, пикфлоуметрия усули бу касалликларда диагностика ва мониторинги усули бўлиб хизмат қилмайди. Бемор тестни пикфлоуметрни горизонтал ҳолда ушлаб, тик турган ҳолатда (агар буни иложи бўлса) бажаради. Бемордан чуқур нафас олиб сунгра пикфлоуметр муншугини лаблари билан маҳкам беркитган ҳолда пикфлоуметр трубкасига тез нафас чиқаришини сўраймиз. Бу тестни уч марта ўтказиб энг яхши натижани ёзиб қўямиз. Пикфлоуметрия астма касаллиги ривожланиши ва даволаш самарадорлигини мониторинги инструментиدير.

Пикфлоуметрия кўрсаткичларини баҳолаш.

Ҳаттоки бир кишини ўзида ҳам пифлоуметрия кўрсаткичларида сезиларли фарк бўлиши мумкин. Ҳар бир инсонга ўзининг кундузги ва тунги тартиби характерлидир. Кундузги ва тунги кўрсаткичлар фарқларини аниқлаш учун вариацион тестлар ўтказилади.

АМАЛИЙ НУҚТАИ НАЗАРДАН ҲАР БИР КИШИ ЎЗ ШАХСИЙ МЕЁРИНИ АНИҚЛАШ ЗАРУР. Бунинг учун беморнинг шахсий сайи-ҳаракатларига асосланиш керак.

Пикфлоуметрияни ўтказиш тартиби

- Қўллаш принципини яхши тушунтириш, зарурият бўлса пикфлоуметрни тўғри қўллаш қоидасини кўрсатиб бериш.
- Ҳар бир ўлчашда бемор бир хил ҳолатда туриши (ўтирган ёки турган) зарур.
- Стрелкасини нолга келтириш.
- Пикфлоуметрни чиқиш туйнигини беркитмаган ҳолда иккала қўл билан горизонтал ушланг.
- Бўйин ҳолати холи бўлиши (бўйин эгилмаган)
- Беморга чуқур нафас олиши айтилади.
- Мундштук тешиги тил билан беркитиб олмасдан уни тиш ва лаблар ёрдамида ушланади.
- Кейин бор куч билан ҳавони пуфланади бунда чиқараётган ҳаво ҳажми эмас балки нафас чиқариш кучи ахамиятлидир.
- Бу муолажани уч маротаба ўтказиб, энг юқори кўрсаткич танлаб олинади.

Пикфлоуметрга ишлов бериш

Пластикли мунштуклар ишлатилганидан кейин уй шароитида тозаланади.

Вариабеллик тестини ўтказиш

Беморга қуйидаги қўлланмани тушинтириш.

- Пикфлоуметрия бир вақтларни ўзида, эрта билан тургандан кейин ва кечкурун уйқудан олдин ўтказилади.
- Бронхларни кенгайтирувчи воситаларни фақат пикфлоуметрия ўтказилгандан кейин қўллаш керак.
- Катталарда 7 кун давомида ўлчаб бориш етарли бўлиб, 12 ёшдан катта болаларда ўлчашларни 14 кун давомида олиб бориш керак.
- Ҳар бир ўлчашларда ой санаси, вақт оралиғи, пикфлоуметрия натижалари ёзиб борилади.
- Зарурият бўлганда графиклар қўлланилади.

Тест вариабеллиликни қуйидаги формулага асосан ҳисобланг.

- Тунги пикфлоуметрия айрилган тонгги пикфлоуметрия, бўлинган тунги пиклоуметрия қўшилган тонгги пикфлоуметрия пикфлоуметрия, кўпайтирилган 100 фоизга.

Тест натижаси.

Катталар.

- 7 кун давомида ўлчанганда 2 кундан кўп 15 фоиздан кўп фарқ бўлса-тест позитив
- 7 кун давомида ўлчанганда 2 кундан кам 15 фоиздан кўп фарқ бўлса-тест негатив

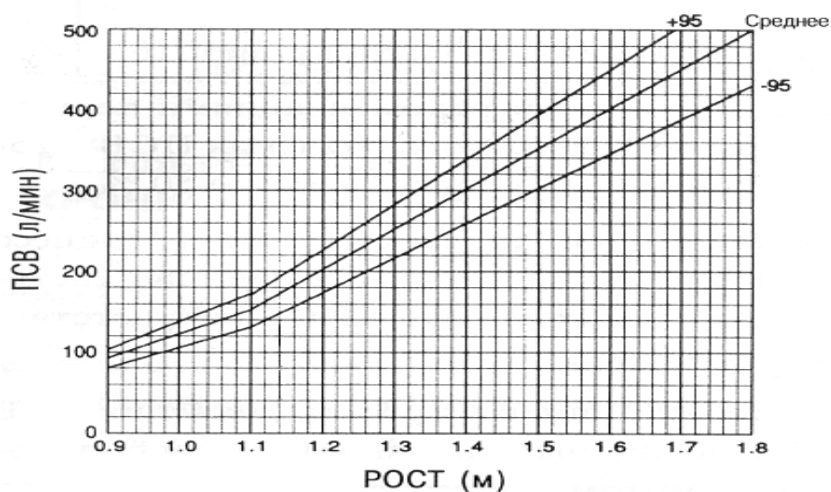
14 ёшдан кичик болалар.

- 14 кун давомида ўлчанганда 2 кундан кўп 30 фоиздан кўп фарқ бўлса-тест позитив
- 14 кун давомида ўлчанганда 2 кундан кам 30 фоиздан кўп фарқ бўлса-тест негатив

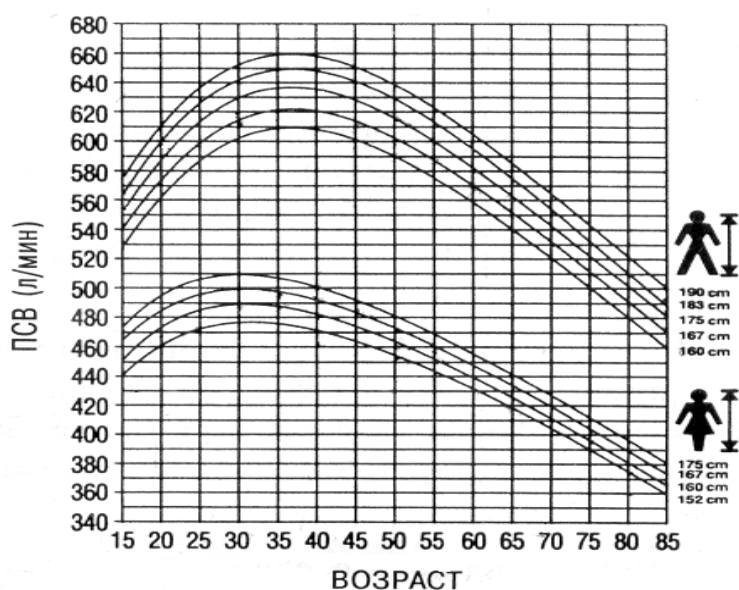
Натижаларни баҳолаш

ПСВнинг бўлиши зарур бўлган катталиклари бўлиб, бу кўрсаткичлар – катта миқдордаги соғлом одамлар гуруҳларини текширилганлигига асосланган ўртача катталиқдир. ПСВ кўрсаткичлари минутига нафас чиқарилаётган ҳаво литрларида кўрсатилади (л/мин). Зарур бўлган ПСВ кўрсаткичлари беморнинг ёшига, жинсига, бўйига боғлиқ бўлиб, кенг силжишларга эга. Беморлар ёши, жинси ва бўй узунлигига асосланиб ПСВ ни зарур бўлган катталикларини ўлчаш учун номограммалар (жадваллар) ишлаб чиқилган. (1, 2 расм ва жадвал1 қаранг.).

1-Расм. Бўйига боғлиқ ҳолда ПСВ кўрсаткичи



2-расм. Жинси, бўйи ва ёшига кўра ПСВ кўрсаткичи



Жадвал 1 ПСВнинг ўртача кўрсаткичлари (л/мин)

Эркаклар

Ёши (йилла рда)	Бўйи (см)				
	150,0	162,5	175,0	187,5	200,0
20	554	602	649	693	740
25	543	590	636	679	725
30	532	577	622	664	710
35	521	565	609	651	695
40	509	552	596	636	680
45	498	540	583	622	665
50	486	527	569	607	649
55	475	515	556	593	634
60	463	502	542	578	618
65	452	490	529	564	603
70	440	477	515	550	587

Аёллар

Ёши (йилларда)	Бўйи (см)				
	137,5	150,0	162,5	175,0	187,5
20	390	423	460	496	529
25	385	418	454	490	523
30	380	413	448	483	516
35	375	408	442	476	509
40	370	402	436	470	502
45	365	397	430	464	495
50	360	391	424	457	488
55	355	386	418	451	482
60	350	380	412	445	475
65	345	375	406	439	468
70	340	369	400	482	461

Болалар ва ўсмирлар

Бўйи (см)	Ўғил болалар ва қизлар	Бўйи (см)	Ўғил болалар ва қизлар	Бўйи (см)	Ўғил болалар ва қизлар
107,5	147	127,5	254	147,5	360
110	160	130	267	150	373
112,5	173	132,5	280	152,5	387
115	187	135	293	155	400
117,5	200	137,5	307	157,5	413
120	214	140	320	160	427
122,5	227	142,5	334	162,5	440
125	240	145	347	165	454

Пикфлоуметрияда қуйидагиларни назарда тутмоқ керак .

ПСВ > 90% зарурий катталиқдан-меёрда

ПСВ = 80-89% зарурий катталиқдан – шартли меёрда бўлиб динамик кузатувга мухтож

ПСВ = 50-79% зарурий катталиқдан – ўртача пасайган бўлиб беморга кучли даво қўллаш талаб этилади

ПСВ < 50% зарурий катталиқдан – кескин пасайган, беморни шифохонага ётқизиш зарур

Популяция учун умумий қабул қилинган ПСВ нинг зарурий кўрсаткичлари алоҳида бемор учун тўғри келмаслиги мумкин. Шунинг учун беморни ўзини яхши ҳис қилган вақтдаги касалиқнинг ремиссия даврида аниқланган энг яхши ўртача кўрсаткични меёр қилиб олиш мумкин. Одатда меёрий кўрсаткич қилиб беморнинг биринчи келганидаги зарурий кўрсаткичини олиш, кейин эса узоқ муддат кузатувлар натижаларига асосан коррексия қилмоқ керак.

Спирометрия

Спирометрия — нафас олишнинг тезлик ва ҳажмий ўлчамларини ўз ичига олган ташқи нафас функциясини ўлчаш усулидир.

Спирометрик синамаларнинг қуйидаги турлари бажарилади:

- Хотиржам тинч ҳолатда нафас олиш;
- Форсирлашган нафас;
- Ўпканинг юқори вентилляцияси;

- Функционал синамалар (бронходилататорлар билан провокацион тестлар ва бошқалар).

Спирометрик текширув ўтказиладиган асбоб спирометр дейилади. Спирометрия бронхиал астма, ХОБЛ каби касалликларни диагностика қилишда, бошқа касалликларда нафас системаси вазифаси ҳолатини баҳолашда ва турли тиббий амалиётларда қўлланилади.

Спирометрия ўтказишда баҳоланадиган асосий кўрсаткичлар

- **ЎТС (ЖЕЛ)** — Ўпканинг тириклик сиғими. Тўлиқ нафас олгандаги ва тўлиқ нафас чиқаргандаги ўпкадаги ҳаво ҳажмларининг фарқлари баҳоланади.
- **ФЎТС (ФЖЕЛ)** — Нафас олиш манёври бошланиш нуқтасидаги ва тугаш нуқтасидаги ҳаво ҳажмлари фарқи.
- **ОФВ1 (ПСВ)** — Нафас чиқаришнинг дастлабки сонияларида форсирланган нафас чиқариш ҳажми.
- Фоизлардаги **ОФВ1/ЖЕЛ** нисбати, — **Тиффно индекси**
- Фоизлардаги **ОФВ1/ФЖЕЛ** нисбати — **Генслер индекси** — нафас йўллари ўтказувчанлиги ёмонлашуви бор ёки йўқлиги сезувчанлик индекси
- **ПОС** — Пик ҳажмли тезлик. Нафас чиқаришда эришиладиган энг юқори оқим.
- **МОС** — Бир зумлик ҳажм тезлиги. МОС — нафас чиқаришдаги (ФЖЕЛни) маълум қисмларнинг ҳаво оқими тезлиги

Йўтал - амбулатор-поликлиника амалиётида учрайдиган нафас олиш тизими касалликларининг энг кўп тарқалган симптомлари биридир. «Европа респиратор жамияти» маълумотларига кўра, умумий амалиёт шифокорларига мурожаат қиладиган 30% га яқин ҳолатлар, у ёки бу ҳолатда, кечки йўтал пайдо бўлиши билан боғлиқ. Одатда йўтал нафас йўлларида балғам секретларни, ёт жисмларни ва таъсир этувчи моддаларни чиқаришга ёрдам бериб ҳимоя вазифасини бажаради. Йўтал бурун, қулоқ, ютқин орқа девори, трахея, бронхлар, плевра, диофрагма, перикард ва қизилўнгач рецепторларини механик таъсирланиши оқибатида пайдо бўлади. Ташқи ва ички омилларнинг таъсири ҳароратнинг ўзгариши ва ҳаво намлигини ўзгариши, аэрополлютантлар (ҳавони ифлослантирувчилар), сигарет тутуни, бурун шиллиғи, балғам, нафас йўллари шиллик қабатини яллиғланиши ва бошқалар рефлектор ёни ҳосил қилиб узунчоқ миядаги йўтал марказида тугайди. Бироқ йўтал унинг сабабларини топиш ва даво танлашни аниқлаш учун зарур бўлган патологик жараеннинг кўриниши бўлиши мумкин. Йўтал, айниқса сурункали йўтал беморлар уйқусини, жисмоний ва интеллектуал фаоллигини бузиб, беморларни яшаш сифатини сезларли пасайтиради. Бундан ташқари, кучли йўтал қон туфлаш, қусиш, сийдик тутолмаслик кабиқатор асоратларга олиб келиши мумкин. Йўталнинг энг ҳавфли асоратларидан бири спонтан пневмоторакс. Узок муддатли қорин ичи босимини ошиши эса олдинги қорин деворида чурралар пайо бўлишига сабаб бўлади. Йўтал қуйдагича синфланади:

1. Харақтери бўйича нопродуктив, курук, продуктив, ёки нам;
2. Интенсивлиги бўйича йўтал, энгил йўтал ва кучли йўтал;
3. Давомийлиги бўйича: эпизодли қисқамуддатли ёки хуружсимон доимий;
4. Узоклиги бўйича: ўткир – 3 ҳафтагача, яримўткир – 3- 8 ҳафта ва сурункали – 8 ҳафтадан узок. Йўтални дифференциал диагностик келиб чиқишини очиб берувчи зарур критерийлардан бири бўлиб уни давомийлиги хизмат қилади. Ўткир йўтал қоидага кўра юқори ва қуйи нафас йўлларидаги ўткир вирусли инфекцияларида кузатилади бироқ пневмонияда, бронхиал астманинг бошланиш даврида сурункали

Ўпканинг обструктив сурункали касалликларида ҳам кузатилиши мумкин. Зарурат бўлганда диагностик рентгенологик текширишлар ва ташқи нафас олиш курсаткиларини баҳолаш билан аниқланади. Ярим ўткир ва сурункали йўталнинг сабабларини топиш кўпинча қийинчиликлар туғдиради. Ўтказилган текширишларнинг таҳлили шуни кўрсатадики бундай йўталланинг сабаблари сурункали риносинусит, бронхиал астма ва гастро-дуоденал рефлюкс эканлиги аниқланади. Бошқа тез-тез учрайдиган сабаблардан ўтказилган респиратор инфекциялар, сурункали бронхит (чекувчиларда) ва ўпканинг сурункали касалларини кўрсатиб ўтиш мумкин. Баъзан йўтал ангиотензин ўзгартирадиган фермент ингибиторлари қабул қилишга боғлиқ бўлади. Йўталнинг бошқа сабаблари кам учрайди. Буларга нафас органлари касалликлари (плеврит, ўсмалар, ўпканинг интерстициал касалликлари) сабаб бўлиши мумкин. Йўтал ЛОР органлари касалликлари натижасида ҳам бўлиши мумкин. Ундан ташқари сурункали йўтал кўпинча қон айланиш тизими касалликларига ҳам ҳамроҳлик қилади (юрак етишмовчилиги, аорта аневризмаси, ўпка артерияси тромбоземболияси, юрак нуҳсонлари, перикардит), бириктирувчи тўқималар диффуз касаллиги (Шегрен синдроми, системали склеродермия). Жуда кам ҳолатларда сабаб бўлиб бўқоқ, менингит, тоғ касаллиги хизмат қилади (жадвал.2). Дифференциал диагнозни ўтказишда симптомларни чуқур таҳлил қилиш зарур. Йўтални характериға ахамият бериш зарур: Кўк «лающий» йўтал юткуннинг шилиқ қаватларини шишиға характерлидир битонал йўтал трахеянинг экспиратор стенозига характерли, хуржсимон йўтал - бронхиал астмаға, эрталабки кам самарали йўтал – чекувчилар сурункали бронхитига ва бошқалар. Яна йўталнинг узокчилигини кўрсатувчи анамнестик маълумотлар ҳам муҳим, ўтказилган инфекциялар билан боғлиқлик, дори воситаларини қабул қилиш билан боғлиқлик, зарарли одатларнинг борлиги (чекиш). Лаборатор текширувлар (қоннинг ва балғамнинг умумий таҳлили) ва инструментал текширувлар (кўкрак қафаси рентгенографияси, ташқи нафас функциясини текшириш, зарурият бўлганда кўкрак қафаси органларини компьютер томограммаси, трахеобронхоскопия, эзофагогастроуденоскопия, эхокардиография, бурун ғовақларини рентген текширувлари) йўталнинг пайдо бўлишини аниқлашға ёрдам беради. Европа респиратор жамияти ишчи гуруҳи томонидан сурункали йўталнинг диагностикаси алгоритми ишлаб чиқилган (Расм 1). Йўтални самарали даволаш асосий вазибалардан биридир. Амалиёт врачларига ёрдам тариқасида респиратор жамият, хусусан Америка врачлар жамоаси – кўкрак қафаси касалликлари мутахассислари (American College of Chest Physicians, ACCP), Европа респиратор жамияти (European Respiratory Society, ERS), Британия торакал жамияти (British Thoracic Society, BTS) йўтал билан беморларни олиб бориш бўйича махсус тавсиялар тузишган. Йўтални даволашда этиотроп даво энг самарали ҳисобланиб, йўтални сабабини йўқотишни назарда тутати (дорини тўхтатиш, аллерген билан контактни тўхтатиш, чекишни ташлаш), ёки йўталға сабаб бўлган патологик жараённи йўқотишни назарда тутати (антибактериал даво пневмонияда ва бошқа респиратор инфекцияларда, гастроэзофагеал рефлюксни даволаш, сурункали юрак етишмовчилигини компенсация ҳолатига келтириш).

Жадвал 2. Катталарда йўталнинг асосий сабаблари	
Ўткир йўтал < 3 хафтадан	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори нафас йўллари инфексилари <ul style="list-style-type: none"> - вирусли - бактериал
	<ul style="list-style-type: none"> • Зотилжамлар
	<ul style="list-style-type: none"> • Нафас йўлларини ёт жисмлар билан аспирацияси
	<ul style="list-style-type: none"> • ЛОР –органлар касалликлари
	<ul style="list-style-type: none"> • Бронхиал астманинг кўзиши
	<ul style="list-style-type: none"> • Ўпканинг сурункали обструктив касалликларининг кўзиши
Ярим ўткир йўтал 3<8 хафта	<ul style="list-style-type: none"> • Ўтказилган инфекциядан кейинги йўтал
	<ul style="list-style-type: none"> • ЛОР –органлар касалликлари
	<ul style="list-style-type: none"> • Ўпканинг сурункали касалликлари ва ўпкадан ташқари патологиялар бошланиши
Сурункали йўтал > 8 хафтадан	<ul style="list-style-type: none"> • Бронхиал астма
	<ul style="list-style-type: none"> • Сурункали риносинусит
	<ul style="list-style-type: none"> • Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари
	<ul style="list-style-type: none"> • Плеврит
	<ul style="list-style-type: none"> • Ўпканинг интерстициал касалиги
	<ul style="list-style-type: none"> • Ўпка туберклози
	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори нафас йўллари ва ўпка ўсмалари
	<ul style="list-style-type: none"> • Чекиш
	<ul style="list-style-type: none"> • ЛОР –органлар касалликлари <ul style="list-style-type: none"> - лор органлари сурункали яллиғланиш касалликлари - ўсмалар - лор органларининг аномалиялари (узун тилча ва бошка.)
	<ul style="list-style-type: none"> • Юрак-қон томир тизими касалликлари <ul style="list-style-type: none"> -юрак етишмовчилиги -юрак нуксонлари -перикардит
	<ul style="list-style-type: none"> • Ошқозон ичак тизими касаликлари <ul style="list-style-type: none"> -гастроэзофагеал-рефлюкс касаллиги -диафрагманинг қизилўнгач туйниги чурраси
	<ul style="list-style-type: none"> • Дори препаратларини ичиш (кўпинча АПФ ингибиторлари, камрок-амиадарон)
	<ul style="list-style-type: none"> • Бириктирувчи тўқималарнинг диффуз касаликлари
<ul style="list-style-type: none"> • Ятроген сабаблар (bronхоскопия, ларингоскопия, интубациадан кейинги синдром) 	

Йўталнинг энг кўп тарқалган сабаблари бўлмиш респиратор тизимнинг яллиғланиш касалликларини патогенетик даво қилиш учун балғамни реологик хусусиятини тиклашга ёрдам берувчи ва бронхларни дренаж функциясини яхшиловчи препаратларни қўллаш зарур. Ҳозирги даврда балғамни кўчирувчи дорилар 2 гуруҳга бўлинади

- балғам кўчишини стимулловчи препаратлар (секретомоторлар);
- муколитиклар (ёки секретолитиклар) .

Секретомотор дорилар хилпилловчи эпителийлар фаоллигини оширади ва бронхлар ҳаракатани ошириб, балғамни нафас йўлларининг қуйи қисмларидан юқори қисимларига ҳаракатлантиришга ва чиқариб юборишга олиб келади. Бу жараён одатда бронхиал безларни секрециясини кучайтириш ва балғам шилимшиқлигини камайтириш билан бирга келади.

Бу гуруҳдаги препаратлар шартли равишда 2 гуруҳга бўлинади: рефлексор ва резорбтив таъсирли. Рефлексор таъсирли дорилар (термопсис, истода, алтея ва бошқа доривор гиёҳлар, натрия бензоат, терпингидрат ва бошқалар) қабул қилинганда ошқозон шилиқ қаватига таъсир қилиб узунчоқ миядаги қусиш марказини кўзгатади натижада сўлак безларининг секрецияси ва бронх безларининг шиллиқлари секрецияси кучаяди. Бир қатор рефлексор таъсирли препаратлар қисман резорбтив эффектга ҳам эга бўлади: Улар таркибидаги эфир мойи ва бошқа моддалар нафас йўллари орқали ажралиб чиқади ва балғам ажралишини ва балғам эришига сабаб бўлади. 2 гуруҳга резорбтив таъсирли дорилар киради (йодид натри ва калий, аммоний хлорид, қисман – натрий гидрокарбонат ва бошқалар), булар ошқозон ичак системасида сўрилиб нафас йўллари шиллиқ қаватига ажралиб чиқади, бронхиал безларни стимуллади, балғамни бевосита парчалайди. Бироқ юқорида саналган препаратларни муколитик ва балғам кўчириш эффекти етарли эмас, лекин янги самарали дориларни қидиришдаги изланишлар янги турдаги препаратларни яратишга олиб келди –муколитиклар (секретолитиклар).

Муколитик препаратлар мурракаб мутсинларни парчалаш натижасида балғамни юмшатади бу эса унинг ёпишқоқлигини камайтириб ташқарига чиқиб кетишини онсонлаштиради. 3 гуруҳдаги муколитик препаратлар фарқланади:

1. Протеолитик ферментлар
2. SH-гуруҳли аминокислоталар.
3. Мукорегуляторлар.

Протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза ва бошқалар) балғамни пептид боғламлари оқсилларини ёриш ҳисобига парчалайди ва ажралиб чиқишини енгиллаштиради. Бироқ бу гуруҳдаги препаратлар пульмонологияда деярли фойдаланилмайди, чунки бронхоспазм, қон туфлаш ва аллергияни кучайтиради. SH–группали аминокислоталар балғамни дисульфидли боғламларини парчалаб мукопротеидларни деполаризациясига олиб келади ва шиллиқлигини камайтиради. Бу гуруҳга ацетилцистеин, карбоцистеин киради. Ацетилцистеин ҳам фаол муколитик препарат ҳисобланади. Ацетилцистеиннинг афзаллиги – унинг антиоксидантли фаоллигидадир.

Шунинг билан бирга шу нарса аниқланганки ацетилцистеинни узоқ вақт қабул қилганда лизоцимни ишлаб чиқарилиши пасаяди ва секретор иммуноглобулин IgАни ишлаб чиқариш пасаяди. Бронхообструктив синдромли беморларга бу препаратни эҳтиётлик билан қўллаш керак чунки 1/3 ҳолатларда бронхоспазмнинг кучайиши кузатилади. Карбоцистеин нафақат муколитик балки мукорегулятор таъсирга ҳам эгадир чунки секретор ҳужайраларни фаоллигини тиклайди. Карбоцистеинни қўллаш даврида секретор IgАни даражасини ошиши ҳақида маълумотлар бор. Агар бу препарат узоқ вақт қабул қилинса қабзият келиб чиқиши мумкин.

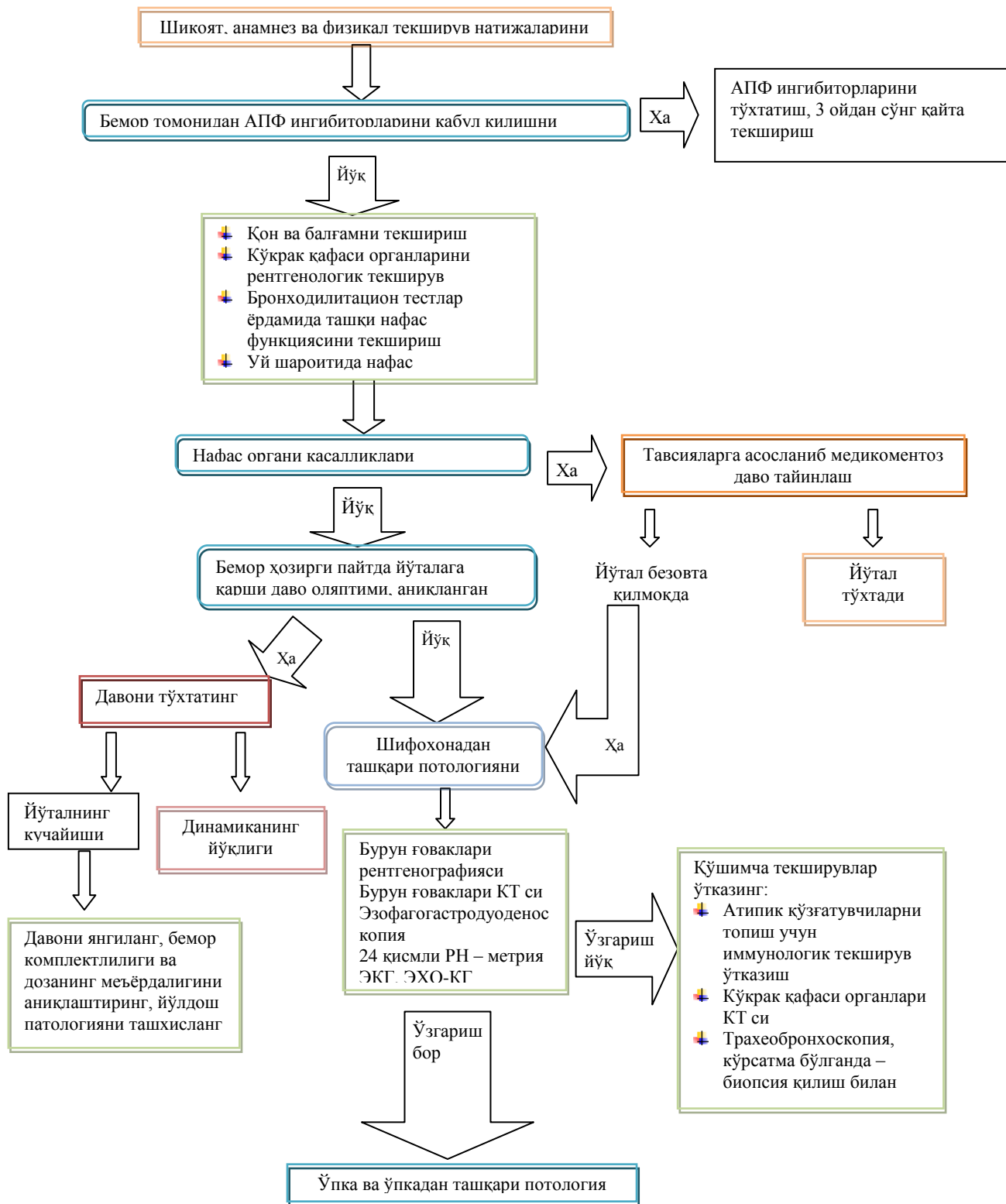
Мукорегуляторлар визицин препаратининг генерацияси ҳисобланади. Бу препаратлар муколитик ва балғам кўчирувчи сифатида таъсир қилади ва бунда, балғамни мукопротеинларини ва мукополисахаридларини деполимерлаштириб парчалайди.

Бундан ташқари улар хилпилловчи эпителийларнинг киприксимон хужайраларини регенерацисини стимуллайди ва уларнинг фаоллигинин оширади. Мукорегуляторлар яна альвеолоцит сурфактантини синтезини стимуллайди ва унинг парчалашини блоклайди. Бу гуруҳ вакилларига бромгексин ва амброксол киради. Деярли барча кашфийтчилар бромгексинни янги авлоддаги бромгексин метаболити ҳисобланган – амброксолдан (Амбробене ва бошқалар.) самараси пастроқ эканлигини аниқлашган.

Амброксол гидрохлорид бромгексиннинг актив метаболити ҳисобланиб, анча самарали муколитик самара беради. Амброксол бронх шиллиғи синтезига таъсир этиб мукополисахарид ва дезоксирибонуклеин кислоталарини парчалаш йўли билан балғамни эритади ва ажралиб чиқишини осонлаштиради. 2 механизми гликопротеидларни секрециясини стимуллаб ва бунга боғлиқ равишда мукокетик таъсир этади. Амброксолнинг муҳим хусусияти ўпкадаги сурфактантни миқдорини ошириш, уни парчаланишини блоклаб 2 тип альвеолар пневмоцитларда унинг синтез ва секрециясини оширади. Сурфактант ўпкани юза тортилишини қувватловчи ва унинг чўзилувчанлигини таъминловчи муҳим фактор бўлиб ҳисобланади: сурфактант нополар газларни алмашинувини енгиллаштиради, альвеола мембраналарига шишини қайтарувчи тасир этади. У ёт жисмларни альвеоладан бронхларга транспортда иштирок этади. Бундан ташқари амброксолни бевосита хилпилловчи эпителий киприқчаларига активлаштирувчи таъсири ҳам аниқланган. Турли текширувлар натижалари амброксолни иммуномодуляция таъсири ва яллиғланишга таъсири ҳақида хабар беради. Препарат маҳаллий иммун ҳимояни кучайтиради, секретор IgАни ишлаб чиқаришини ошириб ва тўқима макрофаглари фаоллаштиради. Бундан ташқари амброксол яллиғланишнинг муҳим медиаторлари бўлган интерлейкин–1 ва TNF α – синтезини пасайтиради, макрофагал активликни кучайтиради. Амброксолни шишишга қарши таъсири ва яллиғланишга қарши таъсири ҳам исботланган. Арахидин кислота метаболитларини ингибиторлашга асосланган антиоксидант хусусияти ҳам аниқланган. Амброксол бронхо обструкцияни кучайтирмайди.

Амброксол қабул қилганда бронхларнинг гиперактивлигини сезиларли пасайиши ва ташқи нафас функциясининг яхшиланиши бронхообструкцияси бор беморларда кузатилган бу препаратни қабул қилиш таъсирида гипоксемия камайиши аниқланган. Амброксолнинг қизиқарли хусусияти бўлиб унинг антибактериал терапияни кучайтира олиш хусусиятидир, бу хусусияти антибиотикни концентрациясини альвеолаларда ва бронхлар шиллиқ қаватларида ошириш ҳисобига бўлади.

Амброксол ўткир сурункали бронхитларда ва трахиобронхитларда, бронхиал астмада, бронхоэктатик касалликда, чақалоқлардаги респиратор дистресс–синдромда, пневмонияларда қўлланилади. Барча ёшдаги боларда препаратни қўллаш мумкин, шу қатарда вақти келмай туғилганларда ҳам, ҳомиладорликнинг II ва III триместрида ҳам қўллаш мумкин. Пульмонологияда ишлатиладиган амброксол препаратларига амбробена киради. Препарат кенг дори кўринишларига эга: ингаляция учун сироп ва эритмадан, шу жумладан небулайзер орқали, перорал пролонгирланган формалари чиққан. Шунини айтиш зарурки, препаратнинг турлича юбориш усулларини комбинациялаб анча самарали муколитик таъсирга эга бўлиши мумкин. Шундай қилиб йўтал этиологиясини замонавий диагностикаси, этиотроп давони адекват патогенетик даво билан қўшиб олиб бориш беморларни самарали даволашни таъминлайди. Комплекс даволашда муколитик препаратлар муҳим аҳамият касб этади.



3-расм. Катталарда сурункали йўталнинг диагностикаси алгоритми.



Бронхиал астма.

Хуружсимон қайталаниб турувчи бронхлар обструкцияси билан характерланадиган касалликдир. 3 та ўзига хос белгилари бўлиб:

- Бўғилиш хуружи (нафас етишмовчилиги), одатда ўз ўзидан ёки медикаментоз даво таъсирида ўтиб кетади.
- Бронхларнинг кенг қаторли стимуляторларига бўлган юқори сезувчанлиги.

- ХОБЛ билан уни дифференциялаш жуда қийин. “Сенная лихорадка” ва экзема каби аллергия касалликлар билан ассоциацияланади.

Болалар ва ўсмир ёшларда триггерли хуружлар билан аниқланувчи астма формалари кенг кузатилади. Ўрта ёшларда триггерлар кам учрайди.

Касалликнинг тарқалиши 10-20 ёшлиларда кўп учрайди. Катталардаги астманинг 1-2 % ни касбга боғлиқ бўлган астма ташкил этади.

Дифференциал диагностикаси. Локал бронхлар обструкцияси ўпка саратонида, ёт жисмларда ва трахеотомиядан кейинги стенозларда учрайди. Нафас йўллари генерал обструкциялари – ХОБЛ, бронхоэктазлар, облитерловчи бронхиолит, пневмоцистозда учрайди.

Астма хуружини кучайтирувчи омиллар: Жисмоний машқлар, рухий зўриқиш. Об-ҳаво (туман, совук., момақалдирик), ҳавонинг ифлосланиши (тутун ва чанг), уй алергенлари (уй чанги, ҳайвон жунлари, кушлар патлари), касбга хос алергенлар (ҳайвонлардан олинган материаллар, жун, дон, химиявий моддалар), чекиш, инфекциялар (юқори нафас йўлларидаги вирусли инфекциялари), дори воситалари (НПВС, бета-блокаторлар), гастро-эзофагал рефлюкс.

Симптомлари/белгилари

Касаллик кечишини яхши назоратга олинганда белгилари кузатилмаслиги мумкин. Хириллашлар, бўғилиш хуружлари (кўпинча форсирланган нафас чиқариш тезлиги камайган тунги ва тонги вақтларда бўлади), тунги йўтал (айниқса болаларда), бочкасимон кўкрак қафаси, ўпка эмфиземаси ривожланганда.

Текширишлар.

Ташхис асосан клиник белгиларига асосланиб қўйилади. Специфик диагностик тестлар йўқ.

Кўриб чиқилади:

- Пикфлоуметрия сериялари – эрта билан турганда, кундузи ва уйқудан олдин. Астматикларга нафас йўллари обструкциясининг турли вариантлари характерлидир. Пикфлоуметрия профессионал астманинг диагностикаси учун энг ишонарли текшириш усулидир.
- Спирометрия/пикфлоуметрия - >15% бронходилататорлар ингаляциясидан сўнг ЖЕЛ ёки ОФВ1 (ПСВ) кўрсаткичларини яхшиланиши

- Преднизолонли синама – 30 мг. Ҳар куни 2 ҳафта давомида >15% га ЖЕЛ ёки ОФВ1 (ПСВ)ни ошиши ва бемор ҳолатини яхшиланишига ёрдам берувчи
- Қон таҳлилида эозинофилияни топиш мумкин.
- Ўпка рентгенида. Одатда нормал кўринишда, (эмфиземада ўпка тўқималарини хаво билан тўлишганини ошганлигини кўриш мумкин). Рентген текширувининг ахамияти бўғилиш ва пневмотораксни бошқа сабабларини инкор қилишда ахамиятлидир
- Тери алерго-тестлари. Аллергик бўғилиш триггерлари бор бўлган ҳар ҳолатларда беморни тери алергик синамаларга юбориш керак.

Қариялар астмаси

Кенг доирада дифференциал диагностика ўткизрилишини талаб қилганлиги, ташқи нафас функциясини текширишдаги қийинчиликлар ва ўзларидаги касаллик белгилари ҳақида хабар беришни хоҳламаганликлари сабаб кўпгина ҳолатларда астма қарияларда ташхисланмай қолади. Кекса ёшларда кўпинча астма касаллигини кечиш оғирлини тула баҳоланмаслиги ва олиб борилаётган давонинг рисоладагидай эмаслиги кўзга ташланади. Касаллик кечишини мониторинг қилиш учун пикфлоуметрияни қўллаш лозим (ОФВ1/ПСВ). Бунда кекса кишиларда кўришнинг ёмонлашуви ва қўл панжалари бўғинлари артритлари бўлиши мумкинлигини унутмаслик керак. Аҳволи оғирлашганда нима қилиш кераклиги ҳақида беморга тавсиялар бериш керак. Агар беморда ёшига хос рухий ўзгаришлар муаммоси бўлса, у ҳолда даволаш режасини беморнинг яқин қариндошлари билан бирга муҳокама қилиш керак. Бемор ҳолати мунтазам назоратда сақланади.

Оғир астма хуружи симтомлари/белгилари

Бемор тўхтамасдан ва кўшимча нафас олмасдан туриб тўлиқ фикрини айта олмайди, тахипноэ (минутига нафас олиш сонлари > 25); тахикардия ЮУС(ЧСС) >110 в мин.); ОФВ1 (ПСВ) <50%; ковирагалароро мушаклари тортишган.

Кечиктириб бўлмас ҳолати белгилари

Марказий цианоз, «соқов упка, немое легкое» - аускультацияда нафас эшитилмайди; азиятланган ва қийналган ҳолат; ОФВ1 (ПСВ) <33%; гипотония ёки брадикардия.

УАШ амалиётида астмани даволаш

УАШ астма касаллигини мутахассис билан бирга олиб бориши керак. УАШ ва умумий амалиёт ҳамшираси мунтазам равишда астма бўйича ўз билим ва кўникмаларини янгилаб бориши зарур. Беморлар диспансер ҳисобига олириб, мунтазам назоратда бўлиши уларнинг ҳолати эса қуйидаги параметрлар бўйича баҳоланиб борилиши керак;

- Амбулатор карталарни намунали ёзиб бориш
- Астма хуружи билан муружат қилиш сонлари
- Хуружни олдини оладиган ва даволайдиган дори воситаларини ёзиб бериш
- Мутахассис маслаҳати кўриклари сони ва стационарга йўлланмалар бериш сони
- Астма оғир кечадиган ва касалликдан ўлим ҳолатлари эҳтимоли бор беморлар гуруҳи билан стратегик иш режалари

Даволаш мақсади

Симптомлар ҳақида оғўхлантириш ва касалликни беморни ҳаёт тарзига таъсирини камайтириш. (ишдан қолиш-мактабдаги дарслардан қолиш); узоқ вақт давомида нафас

олиш кўрсаткичларини рисоладаги даражада сақлаш; астманинг оғир хуружлари хавфини пасайтириш, болаларни нормал ривожланинишига эришиш.

Кўзгатувчи омилларни тасирларини олдини олиш

Беморларга маслаҳат бериш, иложи борича сабаб омилларидан ўзини асраш

Медикаментоз даво

Беш поғонали рационал давони қўлланг

Астмани даволашининг биринчи поғонасида факат тез таъсир қилувчи адреномиметик (B2-агонист) Сальбутамолни зарурият бўлса қўллаш мумкин. Бешинчи поғонасида эса бир нечта кучли препаратлар комбинацияси ишлатилади (жадвал 3).

Жадвал 3

1-поғона	2-поғона	3-поғона	4-поғона	5-поғона
Тез таъсир қилувчи B2-агонист (сальбутамол зарурат бўлгандагина)				
	Плюс қуйидагилардан биттаси:	Плюс қуйидагилардан биттаси:	Плюс қуйидагилардан биттаси ёки бир нечтаси:	Плюс қуйидагилардан биттаси ёки бир нечтаси:
	Ингаляцион ГКС кичик дозалари	ИГКС кичик дозалари + узоқ таъсирли B2-агонистлар	ИГКС ўрта ва юқори дозалари + узоқ таъсирли B2-агонистлар	ИГКС ўрта ва юқори дозалари + узоқ таъсирли B2-агонистлар
	Монтелукаст	ИГКС ўрта ва юқори дозалари	Монтелукаст	Монтелукаст
		ИГКС кичик дозалари + Монтелукаст	Теофиллин	Гормон препарат ичишга
		ИГКС кичик дозалари + теофиллин		IgE га бўлган антителалар (Ксолар)

Агар даволаш самара бермаса, кейинги юқори поғонага ўтиш зарур. Астма устидан яхши назоратга эришилганда эса битта поғона пастга тушиш мумкин. Бошланғич даво (қўлланган кадам даражаси) хуружларнинг кечиш оғирлигига боғлиқ.

1-2 хафта ҳар куни ичиладиган 30-40 мг шошилинич преднизолон дозаси ҳар бир босқичда ва ҳамма вақт зарур бўлиб қолиши мумкин. Медикаментоз давонинг мақсади бемор ҳолатини эрта назоратга олишга ва секин аста препаратлар дозасини камайтиришга эришиш.

Ингаляторни қўллаш

Имконияти борича дозалаштирувчи ингаляторларни қўллаш лозим. Ингаляция техникасини нотўғри қўллаш (75% беморларда) бемор организмга етарли дори воситаси тушмаслигига олиб келувчи хато бўлиши мумкин. Бемор ингаляциядан секин нафас олиб ва нафасини 10 сония ушлаб туриши керак. Ингаляцияни қўллаш техникасини беморга кўрсатинг ва кейн муолажани тўғри бажарилишини назорат қилинг. Болалар ва қарияларда ҳаракат координациясини бузилиши бўлади, қўл бармоқларининг бўғинлари артритига боғлиқ ҳолда ингалятордан фойдаланишда қийинчиликлар бўлишим мумкин. Бундай ҳолатларда дори кукунлари сақлайдиган махсус насадкалардан (спайсер) фойдаланиш мумкин.

- **Қисқа таъсирли В2-агонистлар**

Сальбутамол, тербуталин. Астмада ва ХОБЛ да нафас олишни яхшилаш учун хавфсиз, самарали воситадир. Дорининг таъсир давомийлиги– 3-5 соат. Самарали усул бўлиб, зарурият бўлгандагина ишлатилади. Бу воситаларни узоқ муддат ишлатиш тафсия этилмайди, агар узоқ муддат ишлатилса уларнинг таъсири худди плацебо таъсир бўлиб қолади. Ингаляцияга нисбатан орал воситалар кам самаралидир. Астма хуружида 2-та ингаляция ўтказиш тавсия этилади. В2-агонистларни юқори дозаларини қўллаганда небулайзердан фойдаланиш тавсия этилади. Агар беморда кучайиб борувчи астма ёки беморда астмадан ўлиб қолиш хавфи бўлганда В2-агонистлардан мунтазам фойдаланиш мумкин. Агар мунтазам >1 кунига ишлатилса яллиғланишга қарши давони бошлаш зарур.

- **Узоқ тасирли В2-агонистлар**

Сальметрол, формотерол - кортикостероидли даво билан бирга комбинацисда берилади. Айниқса астманинг тунги хуружларида тавсия этилади. Таъсир давомийлиги 12 соатга яқин.

- **Антихоленергик бронходилататорлар**

Ипратропиум бромид. В2 –агонистлар билан бирга қўшимча даво сифатида самарали қўлланилиши мумкин

- **Лейкотриен рецепторлари антогонистлари.**

Монтелукаст. Ингаляцион кортикостероидлар ва қисқа муддат тасирли В2 агонистлар ёрдамида назорат қилиб бўлмайдиган астманинг ўрта ва юмшоқ кечувчи кўринишларида қўллаш тавсия этилади.

- **Ингаляцион кортикостероидлар**

Астманинг тез-тез симптомлари билан келган беморларнинг барчаси В2-агонистларни мунтазам ишлатилишига қарамадан ингаляцион кортикостероидлар қўллашга зарурат туғилади. Астманинг кечиши оғирлашса ёки юқори нафас йўллари инфекцияси белгилари бўлганда беморларга стероидларнинг 2 дозаси тавсия этилади. Яллиғланиш хусусиятидаги турли касалликларда стероидлар билан даволаш тавсия этилади.

Ножўя таъсирлари: ↑АД; Na⁺, организмда сувнинг ушлаб қолиниши ва К⁺нинг йўқотилиши, қандли диабет; остеопороз ва шу хисобига суяклар синиш хавфи, параноидли ва депрессив ҳолатлар, (айниқса беморлар анамнезида рухий бузилишлар бўлганда), проксимал жойлашган мушаклар оғирлигини йўқотилиши; Кушинга синдроми; болаларда ўсишдан орқада қолиш; 12-бармоқли ичак ва ошқозонни пептик яралари, юкумли касалликлар хавфи кўпаяди, яширин клиник кўринишларда ўтадиган касалликлар (туберкулез, септицимия); буйрак усти беши етишмовчилиги (кортикостероидларни узоқ вақт қўллагандан сўнг йиллаб давом этиши мумкин).

Стероидларни қўллаш

Астма хуружини олиш учун кўпинча стероидлар катта дозаларда буюрилади, беморнинг аҳволи яхшилангандан сўнг секин аста дозалари пасайтирилиб

борилади. Мақсадли даволаш беморларни стабил ҳолатини назорат қилиб турадиган гормонларни минимал дозада қўллашга йўналтирилгандир .

- Орал стероидлар: Бемор буйрак усти безларида ишлаб чиқариладиган эндоген кортикостероидларни биоритмининг бузилишини олдини олиш мақсадида бемор эрта билан стероид таблеткаларини қабул қилади.
- Ингаляцион стероидлар: Астма касаллигин даволаш самарасини юқори даражага етказиш учун аэрозолли, ингаляцион стероидларни мунтазам қабул қилишлари керак. Даволаш бошлангандан кейин 3-7 кундан сўнг симптомларнинг енгиллашиши бошланади. Агар ингаляцион стероидлар йўтал чақирадиган бўлса буни олдин олиш учун улардан олдин қисқа таъсирли В2- агонистлар қўллашни тавсия этилади. Ингаляцион гормонларни қўллашда учрайдиган энг кўп ножўя таъсирлари орал кандидозлар (5%) ва беморларда овознинг дағаллашувини пайдо бўлиши насадкалар, спайсерлар кенг кўламда қўлланганда ёки ингаляциядан кейин оғизни сув билан чайқаб турилганда бу ножўя ҳолатлар учраши пасаяди. Стероидли ингаляцияни катта дозаларда қабул қилган беморларда остеопороз хавфи кучаяди, шунинг учун беморларга бу ҳақда етарли маълумот бериш керак. Стероидли ингаляция катта дозаларда қабул қилган болаларда ўсишдан орқада қолиш кузатилади. Бунда оғир формадаги астма ҳам болаларни ўсишдан орқада қолишини назарда тутмоқ керак.

Стероидларни дозаларини пасайтириш ва тўхтатиш

Даврий дозаларда стероидлар қабул қилинганда поғонама поғона секин аста дозаларни камайтириб бориш тавсия этилади. Бу касаллик қайталанишига мойил бўлмаган беморларга биринчи навбатда тавсия этилади .

Куйидаги тавсияларга амал қилиш керак:

- Стероидларни тез –тез қайта курсларини қабул қилувчи беморларга
- Олдин узок муддат стероидлар қабул қилган беморларга қисқа гормон курсларни буюришда
- Буюрак усти бези етишмовчилиги билан кечадиган буйрак усти бези касалликлари бўлганда
- 40 мг дан кўп преднизалон қабул қилган шахсларда (ёки бошқа гормонларни 40 мг эквивалентли преднизалонда).
- Тунги вақтларда стероидлар қабул қилган беморларда .
- 3-хафтадан узок давр стероид қабул қилган беморлар.

Астмани қайтлаб қолмаслик мақсадида стероидлар дозасини камайтириш пайтида беморларни ҳолатини доимий баҳолаб туриш керак .

Юқорида санаб ўтилган гуруҳларга кирмайдиган кишиларга ва астма қайталаши хавфининг йўқ ҳолатларида 3-хафтадан кам муддатга гормонлар билан даволаниш ҳолатида системали стероидларни қўллашни бирданига тўхтатиш мумкин.

Астма назоратининг мустақил режаси

Беморларга касаллик хавфлари, астма кечиши оғирлашиши белгилари ва умумий ҳолати оғирлашганда қандай чоралар кўриши ҳақида тўла маълумотларни бериш керак. Астма назоратининг мустақил режаси: ↓ касаллик қайталанишини пасайиши ва ҳаёт кечириш сифатини яхшиланиши. Пикфлуометр мониторинги астманинг оғир формада кечувчи, астма хуружи тез ривожланувчи беморларга ва касалликни белгиларини англай олмаган беморларга ўтказилади.

Рухий-ижтимоий омиллар

Депрессиянинг мавжудлиги, хавотирланиш ҳолатининг борлиги ва даволанишдан бош тортиш ҳолатлари ўзаро узвий боғлиқликда астма касаллигидан беморларнинг ўлишга олиб келувчи эҳтимолни келтириб чиқаради. Астманинг оғир кечишига олиб келувчи бошқа бир қатор омилларни ҳам ҳисобга олиш керак бўлади: ҳаётдаги кризис ҳолатлари, оилавий келишмовчиликлар, беморнинг ижтимоий изоляцияси, ўзига тўлиқ ишонмаслик, ғазабланиш ва зарарли одатлар (чекиш, кўп алкоголь қабул қилиш). Даволашдан наф самара бўлмаётган ҳолатларда, одатда беморлар ҳолатини яхшилашга олиб келувчи, учраши мумкин бўлган оилавий, рухий ва ижтимоий муаммоларини билиш жуда муҳимдир. Бу муаммоларни билиш даволаш самарасига таъсир қилиш мумкин.

Мутахассисга маслаҳатга юбориш

Диагноз қўйиш қийин бўлганда, олиб борилган давонинг самараси бўлмаганда, юқори дозадаги стероидлар талаб этувчи беморлар ва айниқса болалар.

Болаларда астма

УАШ ёки мутахассис томонидан икки мартаба астма хуружи кузатилганда астма ташхиси қўйилади. Бу хуружлар қайталанишга мойиллиги бўлган ўткир буғилиш хуружидир.

Диагноз қўйиш қийин бўладиган ҳолатлар.

- Кичик ёшдаги болаларда астма касаллигини ўткир вирусли инфекциялардан дифференциация қилиш қийин бўлади
- Бир ёшдан кичик бўлган болаларда “астма” терминини тушиниш қийинлиги бўлганлиги учун турли бошқа терминлар қўлланилади “инфалтил астма”, “нафас олишнинг қийинлашуви” ва бошқалар.
- Объектив текширувларсиз астма касаллигининг кечишининг назорати ва оғирлигини аниқлаш жуда қийин.

Агар диагнозда иккиланиш бўлса, иккала диагнозни ҳам бор деб ҳисоблаб, ҳар бир касални маълум вақтлар оралаб даволаб дифференциал диагностика ўтказиш керак.

Давоси

1. Касалликка олиб келувчи омиллардан ўзини эҳтиёт қилиш (ҳайвонлар жуни билан контактда бўлиш, уй чанглари ва бошқалар)
2. Касалликнинг кечиши оғирлигига мос бўлган поғанадан даволашни бошлаш.
3. Преднизалоннинг шошилиш дозаси доимо ўзгарувчан бўлиши мумкин. Преднизалон дозалари < 1 ёшга – 1-2 мг./кг/кунига; 1-5 ёш – 20 мг/кунига.
4. Астмани даволашда кўп поғанали даволаш қўлланилади – беморнинг клиник ҳолатига қараб поғаналардан юқорига ёки пастга тушиш ва чиқиш мумкин.
5. Дорилар:
 - a. В2-агонистлар болалар учун ҳавфсиз ва самаралидир
 - b. Содиум хромоглицат: Превентив (профилактик) даво. Жуда кичик бўлган (чақалоқлар) беморлар учун самарасиздир. Енгил кечувчи ҳар кунлик хуружларда кортикостроитли инголяциялар қўллашдан олдин буюрилади.
 - c. Стероидли ингаляциялар: болаларда сурункали ёки ҳар кун пайдо бўладиган астмаларда самаралидир. Юқори нафас йўллари инфекцияси кўшилиб қолганда ёки вирусли инфекцияларда

хуружларнинг кучайишида дозаларни икки марта кўпайтириш талаб этилади.

Мутахассисга юбориш

Диагноз кўйишда қийинчилик бўлганда, даволашдан самара бўлмаганда, астманинг оғир кечишида, инголяцион кортикостероидларни қўллаганда болаларни ўсишида орқада қолишида.

Астмада кечиктириб бўлмайдиган ёрдам

Катталарда ва ўсмирлар астмасида кечиктириб бўлмайдиган даво чоралари.

- «Гунг упка, немое легкое», кўкариш ёки нафас олиш ҳаракатларининг чегараланиши.
- Брадикардия
- Кўзгалувчанлик ёки хушни даражасини пасайиши.
- Пикфлоуметрия кўрсаткичи $\leq 33\%$ нормадан (агар бемор пикфлоуметрияни бажара олса).

Тез ёрдам келгунича беморни ёнидан кетмасдан зудлиг билан шифохонага ётқизиш.

Изох

- Оғир астма хуружи бор ёки кечиктириб бўлмайдиган давога мухтож беморлар ўз ҳолатини оғирлигини тушинмасликлари мумкин. Юқоридаги симтомларни бўлиши врачларни огоҳлигга чақириши керак.
- Агарда небулайзер йўқ бўлса катта ҳажмдаги насадка(спайсер) қўллаб В2- агонистларни 2-та ингаляциясини бериш тавсия этилади ва 10-20 дақиқадан кейин буни қайтаришни талаб этилади.
- Орал теофиллин олган беморларга аминофиллин болуос давосини буюриш мумкин эмас.

Катталар ва мактаб ёшидаги болаларда оғир астма хуружи

Ёрдам кўрсатмасдан олдин беморнинг ҳолатини баҳолаш керак:

- Бемор нафас олишнинг қийинлашуви хисобига бир гапни тўлик айтаолмайди
- Пульс ≥ 120 та/ мин.
- Нафас олиш сонлари ≥ 25 марта/ мин.
- Пикфлоуметрия кўрсаткичи $\leq 50\%$ нормадан.

Юқорида саналган белгилардан 1 тадан ортиғи кузатилса беморни шифохонага ётқизиш зарур.

Зарур чоралар

- Имконият бўлса кислород бериш керак
- Небулайзер ёрдамида – В2 -агонист (сальбутамол 5 мг.ёки тербуталин 10 мг.)
- Орально преднизолон 30-60 мг, или гидрокортизон 200 мг.
- Небулайзерни қўллагандан сўнг 15-30 дақиқа ўтиб ўтказилган давони мониторинг кузатуви.

Агар астма хуружи белгилари сақланиб турган бўлса беморни шифохонага ётқизиш. Тез ёрдам келгунича небулайзердан фойдаланиб такрор равишда В2 -агонистлар беринг.

Агар ахволи яхшиланса. Нафас нормаллашса, пульс, ва пикфлуометрия кўрсаткичи $\geq 50\%$ нормадан, олдин қўлланилаётган давога қайтиб ва преднизолон беришни давом эттириш зарур.

Кейинги ҳаракатлар

Астма симтомларини мониторинги ва пикфлуометрия. Давони ва астма назоратини шахсий режасини қайта кўриб чиқиш, 24 соатдан сўнг қайта кўрув. Ахволи оғирлашганда зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Астмада кечиктириб бўлмас ёрдам

5 ёшдан катта болларда.

- Бола буғилиб, гапира олмай қолади.
- Овқатни қабул қила олмайди
- Нафас олиш сонлари > 50 марта/ минутага (≥ 40 /мин. 5 ёшдан катта болларда).
- Пульс > 140 /мин. (≥ 120 мин. 5 ёшдан катта болларда)
- Чақалоқларда кўшимча мускулларни нафас олишда иштироки аниқланади
- Каттароқ ёшдаги болларда (4-5 ёш) пикфлуометрия кўрсаткичи $\leq 50\%$ нормадан.

Санаб ўтилган белгилардан 1 таси топилса ҳам болани шифохонага ётқизиш зарур.

Зарур чоралар

- Имконият бўлса кислород бериш.
- Небулайзердан – В2 агонист (сальбутамол 5 мг. ёки тербуталин 10 мг.). Жуда кичик болларга $\frac{1}{2}$ доза. Орал преднизолон 1-2 мг/кг/кунига, максимал доза 40 мг/кунига.
- Небулайзер қўллагандан кейин 30 дақиқа ўтиб ўтказилган давони жавобини мониторинги.

Агар астма хуружи белгилари сақланиб қолган бўлса беморни шифохонага юбориш керак. Тез ёрдам келгунича эса небулайзер ёрдамида В2- агонистни иккинчи дозасини кайтариш керак.

Агар ахволи яхшиланса. Нафас олиши ва пульси нормаллашса, одатда қилинаётган олдинги давога қайтиб преднизолонни қўллаш мумкин

Кейинги ҳаракатлар

Симтомларни мониторинги ва имкони бўлганда пикфлуометрияни ўтказиш; боладаги астмани назорати режасини ота оналар билан биргаликда қайта кўриб чиқиш, болани кейинги кўрув 24 соатдан сўнг.

Агар боланинг ахволи оғирлашса зудлик билан шифохонага ётқизиш. “Болаларда астма” методик кўрсатма бўйича давони қайта кўриб чиқиш.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ХОБЛ)

Нафас йўллари обструкцияси билан характерланадиган секин ривожланувчи касаллик; -40-68 ёшли аҳоли орасида тарқалиши 16% ни ташкил этади. Эркактар аёлларга нисбатан кўп касалланади. ХОБЛ 5% га яқин аҳолини ўлимига сабаб бўлади. Сабаблари: Чекиш, генетик мойиллик, α_1 -антитрипсин етишмовчилиги, паст каллорияли овқатланиш, кичик оғирлик билан туғилиш ва бошқалар.

Клиник белгилари

Йўтал (қуруқ ёки нам), нафас қийинлашуви, қайта қайта респиратор инфекциялар, нафас сиқиши (одатда зўриқишда). Касалликнинг оғир кечиши белгилари: тахипноэ, нафас чиқаришни чўзилиши, кўшимча мушакларни нафас олишга иштирок этиши, ± нафс олганда қовирғалароро мушакларни тортилиши, оғизни очган ҳолатда нафас чиқариш, кўкрак қафасини экскурсиясини (силжувчанлиги) пасайиши.

ХОБЛнинг иккита тури мавжуд

- Касалликнинг биринчи варианты кечишида тери ва шиллиқ қаватларнинг одатдаги ранги сақланган бўлади. Нафас сиқиши бор, цианоз бўлмайди. Шишлар камдан кам учрайди, ± юрак етишмовчилиги симптомлари.
- Иккинчи варианты кечишида кучли ривожланган цианоз, шишлар, гипервентиляция ва нафас функциясини ↓ кузатилади.

Гиперкапния белгилари: Периферик вазодилатация, муқобиллашган пульс. Кечиккан симптомлари: Қўл панжаларини дағал треморлари, хуши бузилиши, ривожланган уйқучанлик ва кома ҳолати.

Текшириш

- Спирометрия. ХОБЛ учун хос – Форсирланган нафас чиқариш (ОФВ1) <80%, ОФВ1/ЖЕЛ <70%.
- Кўкрак қафасининг рентген текшируви. Айрим касалликларни инкор этиш учун ўтказилади (мисол учун ўпка саратонини).
- Текширувчи тестлар: Пикфлоуметрия бронходилататорлар билан ва/ёки кортикостероидлар билан

ХОБЛни клиник формалари

Жадвал 4

Кечиши	Симптомлари/белгилари	Ўлчаш кўрсаткичлари	Бемор мониторинги
Енгил	Кашанда йўтали, нафас сиқиши йўқ ёки кучсиз кўринишда	ОФВ1 (ПСВ) 60-90% ОФВ1/ЖЕЛ ўрта даражада ↓	Одатда беморлар УАШ га мурожат қилишмайди. Диспансер назоратини кучайтириш керак
Ўртача оғирликда	Нафас сиқиши, зўриқишда шовқинли нафас, йўтал ±, балғам ва айрим бошқа белгилар (юрак ховлиқиши ва бошқалар.)	ОФВ1 (ПСВ) 40-59%	Касаллик қайталиши симптомлари билан беморлар ора турада врачга учраб туришади. УАШ доимий равишда бемор ҳолатини мониторингини олиб боради.
Оғир	Нафас сиқиши кичик зўриқишда. Шовқинли нафас ва йўтал, бочкасимон кўкрак	ОФВ1 (ПСВ) <40%	ХОБЛ га боғлиқ бўлган турли

	кафаси, цианоз, периферик шишлар. Бази холатларда полицитемия.		шикоятлар билан УАШ га мурожатлар ва тез тез шифохонада ётиш.
--	--	--	---

Тестларга туғри жавоблар: 1 – а,б, г,д; 2 –б,в,г,д; 3 – а,г,д; 4 – а,в,г; 5 – а,б,в,г,д; 6 – а, б, в, г, д; 7 – а,в,г; 8 – а,б,д; 9 – а,б,в,г,д; 10 – а,б,в,г,д.

Тузувчилар руйхати: Касимов Ш.З., Жураев А.Ж., Азимова Н.

Учредитель: Ассоциация Врачей Узбекистана Издание выходит с января 2011 г. Ежеквартально	Уважаемые читатели, вы можете оформить подписку на наш журнал. ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ▪ 917 - для индивидуальных подписчиков ▪ 918 - для подписки предприятий и учреждений	Подписано в печать – 12.03.2012 г. Отпечатано в типографии ООО «DM NASHR SERVIS» Формат 60 x 84 1/8. Объем 19 п/л Тираж экземпляров –980 шт. Ташкент, ул. Усмана Носира 91
--	---	---