

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА УРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

Б Р О Н Х И А Л А С Т М А

ДАВОЛАШ ВА ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛТЕТИ IV КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
МУАММОЛИ МАЪРУЗА

УРГАНЧ - 2006

МУАММОЛИ МАЪРУЗА СТРУКТУРАСИ

Муаммони баён этиш

I. Бос[±]ич. Кириш

Мавзунинг, вазифаларини (режани) эълон қилиш

Адабиётлар

Аввалги билимларни актуаллаштириш

Ахборотли ва муаммоли саволлар

II. Бос[±]ич. Муаммони баён этиш

Узаро зид фактларни эълон [±]иилиш

Муаммоли ахволни яратиш

‘[±]ув муаммосини шакллантириш

Фактлар билан муста³камлаш

Ёал этиш йулларини излаш

Далилларни аргументация [±]илиш

Хусусий хулосалар

Амалиёт билан бо²ли[±]ликни к[°]рсатиш

III. Бос[±]ич. Хотима

Асосий хулосани шакллантириш

Муста[±]ил ишлаш учун муаммоли топшири[±]

Саволларга жавоб бериш

МУАММОНИ БАЁН ЭТИШ

I. КИРИШ

Бронхиал астма (БА) хасталиги с^онгги йиллар мобайнида дунёда энг кенг тарқалган хасталиклардан бири бўлиб, у жидкий ижтимоий, итисодий ва тиббий муаммога айланиб бормоқда. Умумжахон со²ликни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) маълумотларига асосан, тиста давр ичида БАнинг катта ёшдаги кишилар ортасида 5% гача бориб етиши, келгусида бу касалликнинг янада к^опайишидан далолат бормоқда. Бунинг устига атроф му³итнинг ифлосланиб бориши, унда айни[±]са учиб юрувчи саноат чи[±]индилари – поллютантларнинг к^опайиши, аллергенларнинг ортиши, атмосфера тоби²ида озон кемтигининг ³осил бўлиши ва инсоният генофонининг ёмонлашуви БАнинг янада кенгро[±] тарқалишига ^оз таъсирини ^отказмай [±]оймайди.

Бизнинг регионимизда ҳам аллергик хасталикларнинг, жумладан БАнинг сунгги 5 йил мобайнида 0,7% дан 17,5% гача (Назаров А.А.) кўпайиши кузатилди, бу эса БАнинг деярли 20 маротаба ошганлигидан далолат беради. Шунингдек БА катор мамлакатлар, жумладан АКШ, Буюк Британия, Янги Зеландия, Австралияда ҳам кўпайганлиги қайд этилган.

Аслини олганда, БА билан хасталаниш ва ^олим к^орсаткичлари турли мамлакатларда турлича бўлиб, улар т^о2рисида эса ани[±] маълумотлар кам бўлса ³амки, касаллик ва ^олим к^орсаткичлари бу жойларда ³ам ю^ори эканлиги шуб³а ту²дирмайди. Шуниси ажабланарли, ³ам ачинарлики, тиббиёт со³асидаги юту[±]лар самарасига тарамай БАнинг ортиб бориши дунё мутахассислари учун глобал-улкан муаммолигича то[±]лмоқда.

қайд этилган муаммолар ва ра[±]амлар тагида инсон ³аёти сифатининг касалланиш туфайли кескин ёмонлашуви ва шу боис жамият ³аётида т^ола[±]онли иштирокининг бузилиши, ва ни³оят, энг да³шатлиси, бева[±]т ^олим ётади. Шунингдек БА туфайли г^одак ва ёш болаларнинг ³аётдан к^оз юмиши ³олларининг ³ам к^опайиб бориши дунё олимларини ба³амжи³ат курашиши, янги стратегия й^олларини ишлаб чи[±]иши, янги дори-дармонларни кашф этиши ва [±]оллаши лозимлигини к^орсатаёпти. Шу асосда БА бўйича хал[±]аро лойи³а гру³и ташкил этилиб (1998 й. АКШда), унда турли мамлакат олимлари фаолият к^орсатиб келмоқдалар. Шуларнинг самараси уларо[±], БА хасталиги т^о2рисида билимларимиз доираси ва имкониятларимиз кенгайиб бормоқда. Бугунги кунда БА хасталиги нозология сифатида [±]уйидагича таърифланади: яъни БА – бу

бронхларнинг аллергик персистенциялановчи ялли²ланиши ва гиперреактивлиги асосида юзага келувчи касаллик б^олиб, у бронхлар обструкцияланувига олиб келувчи бронхоконстрикция, шилли[†]нинг гиперсекрецияси, бронхлар девори шишиши натижасида юзага келади ва хуруж шаклида кузатиладиган нафас фаолиятининг огирлашуви ёки нафас [†]исиши билан характерланади. Ушбу таърифнинг эътиборга молик тарафи илгариги таърифлардан фар[†]ли ^оларок, БАни «сурункали персистирланувчи аллергик ялли²ланиш ва гиперреактивлик ³олати» деб [†]аралиши б^олиб, бу эса патогенетик терапиянинг йуналишини ани[†]лаб беради.

Аввалги адабиётлар б^ойича одатий б^олиб [†]олган БА таърифи [†]уйидагича эди: БА – муста[†]ил нозологик касаллик б^олиб, у сурункали рецидивланувчи кечиши ва асосий ва доимий патогенетик механизмида бронхларнинг специфик иммунологик ва носпецифик (иммунологик б^олмаган) механизмлар таъсирида ^озгарган реактивлиги б^олиб, унинг асосий (доимий) клиник белгиси б^олиб бронхлар спазми, шилли[†] гиперсекрецияси, дискриния ва бронхлар шилли[†] [†]авати шишиши натижасида нафас [†]исилиши ёки астматик статус кузатилишидир. К^ориниб турганидек, сунгги таърифда БАга персиетирланувчи аллергик ялли²ланиш ва гиперреактивлик ³олати деб, ялли²ланиш механизмини конкретлаштириб берилиши, ^озгарган реактивлик деган ибора ^орнига конкрет – гиперреактивлик, ва айти[†]са, бунини персиетирланувчи ялли²ланиш эканлигини [†]айд этилиши прогрессив й^оналишидир.

Мазкур маъруза мавзуси БА касаллиги ва уни ташхислаш, даволаш ва олдини олишдаги юту[†] ва муаммоларга ба²ишланади. Мавзуни ёритиш ва ^озлаштиришни [†]уйидаги вазифаларни амалга ошириш ор[†]али эришиш к^озда тутилади:

1. БАнинг этиологияси ва патогенезига замонавий ёндошиш.
2. БА классификациясини та³лил [†]илиш.
3. БА клиникаси ва диагностик мезонларини ^органиш.
4. БА дифференциал диагностикаси билан танишиш.
5. БАни даволаш ва реабилитация [†]илишнинг асосий принципларини ^озлаштириш.
6. БА профилактикаси, ме³натга лаё[†]атлигини ани[†]лаш й^оллариини ^органиш.

Мавзуни ёритишда асос [†]илиб олинган адабиётлар:

1. Руководство по пульмонологии. 2 томли, 1.В. Путов ва Г.Б. Федосеев та³рири остида, М., «Медицина», 1995й.
2. Лечение и профилактика бронхиальной астмы. Практическое руководство для организаторов здравоохранения и медицинских работников. По материалам совместного доклада Национального института сердце, лечение, крови и ВОЗ. 1996г.
3. Бронхиальная астма. Методические рекомендации. А.М. Убайдуллаев, М.А. Яковлева, Г.Х. Шарафутдинова. Т., 1997.
4. Национальная программа «Лечение и профилактика бронхиальной астмы у детей и взрослых». Ташкент, 1998г.
5. Распространенность и особенности клиники хронических неспецифических заболеваний легких в хлопкосеющих регионах Узбекистана// Проблемы туберкулеза. – 1991. – #2. – с.23-25.
6. Внутренние болезни. В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. Руководство к практическим занятиям. М., Медицина, 1995, 448с.

Аввалги билимларни актуаллаштириш

БА мо³иятини ³ар тарафлама тушуна олиш учун аввалги курсларда ^озлаштирилган билимларга асосланиш зарур, чунки бу БАда содир б^оладиган мураккаб жараёнларни идрок этишимизга ёрдам беради. Жумладан, анатомия ва гистология фанларидан бизга маълумки, бронхлар ^онг ва чап ^опкага кириб борар экан, тайта-тайта йирик, ^орта, майда бронхлар, бронхиолалар, улар эса ^оз навбатида терминал, респиратор, альвеоляр бронхиолаларга б^олиниб, «³аёт дарахти – arbor vitae» деб юритилади; бу эса БА хасталиги диффуз, тар^от б^олишининг асосидир; бронхлар деворида мускуллар бор. Бронхлар шилли^т та^вати к^оп таторли, киприкли, та^да³симон ³ужайралар, эпителий билан топлангандир, шилли^т чи^тарувчи безлар ³ам шу ерда жойлашгандир, мускуллар иннервациясининг бузилиши бронхоспазм ³олатига олиб келса, киприкли эпителий фаолиятининг бузилиши – дискринияга, шилли^т безлари фаолияти бузилиши эса – гиперсекреция ³олатига сабаб б^олади.

Бронхлар тонусини асосан парасимпатик холинэргик иннервация таъминлаши физиологиядан маълум. N.Vagusнинг преганглионар толалари аввалламбор йирик ва ^орта ³аво й^оллари, постанглионар толалари эса бронхларнинг силли^т мускулларини ва шиллик та^вати ости безларини

иннервация тилади. Нерв охирларида ацетилхолиннинг ажралиши мушаклар тискариши ва шиллитнинг к°плаб ишлаб читилишига олиб келади. Тунда парасимпатик нерв системаси фаолияти устун туради. Унинг партнёри ³исобланган симпатик нерв системаси фаолияти эса кундузи устун туради. Маълумки, бронхлар силлит мускулларининг тонуси унинг мембранасидаги турли рецепторларнинг таъсирланиши натижасида бошланилади, уларнинг асосийлари 5 турли: а) альфа-адренергик, б) бета-адренергик, в) холинэргик, г) гистаминэргик, д) триптаминэргик рецепторлардир. Альфа-рецепторлар таъсирланганда бронхоконстрикция — ситилиш юзасига келса, бета-рецепторлар ¹°з²алиши — бронходилатацияга сабаб бўлади.

Шундай тилиб, аввалги фундаментал билимларнинг бронхиал астма мавзусини нозология сифатида ¹органилишида а³амияти каттадир.

Мавзунини ¹органиш йуналтириш берилувчи, ахборотли ва муаммоли саволларни мунозара шаклида ёритиш ёрдамида амалга оширилади.

Ахборотли ва муаммоли саволлар:

1. Бронхлар астмаси нима?
2. БА со²литни са¹дашдаги жиддий муаммоми?
3. БА муаммосини ечишга ёндошишларда ¹згаришлар борми?
4. БА билан о²риган беморда нималар кузатилади?
5. Кимлар БА билан касалланади?
6. Нималар астмани келтириб ча¹тиради?
7. БА патофизиологиясига замонвий ёндошиш тандай?
8. Астмаолди ³олати нима?
9. БАнинг узига хос клиник симптомлари борми?
10. БАнинг патогенетик вариантларининг ¹зига хос хусусиятлари тандай?
11. БАнинг таснифи қандай?
12. БА диагностикаси, дифференциал диагностикаси.
13. БАни даволаш принциплари.

II. БОСҶИЧ. МУАММОНИ БАЁН ЭТИШ

1-савол. БА — нима?

БА — нафас й¹лларининг сурункали ялли²ланишидир. Мойиллик бўлганда бу ялли²ланиш натижасида хуружли йуталиш такрорланиб туради, хириллашлар пайдо бўлади, к¹кракда си¹тилиш ва нафаснинг тийинлашиши тарзида бўлади. Ялли²ланиш натижасида респиратор трактнинг

аллергенлар, кимёвий таъсиротлар, тамаки тутуни, сову± хавога ёки жисмоний з°ри±ишларга таъсирчанлиги кескин ошади. Улар таъсир ±илганда нафас й°ллари шишиб, спазм юзага келади, к°п ми±дорда шилли± ишлаб чи±илиб, нафас й°лларининг таш±и таъсирларга гиперреактивлиги ортади. Натижада юзага келадиган бронхиал обструкция спонтан ³олда ёки дорилар ёрдамида °тиши мумкин. Афсуски баъзи ³олларда т°лик кетмаслиги ³ам мумкин.

БАга асосан нафас й°лларидаги ялли²ланиш деб янгича ёндошиш атопик БАнинг мо³иятини очиб бера олмайди. Ту²ма вета-рецепторларининг функционал етишмаслиги амада вета-стимуляторларининг ³ар доим ³ам ижобий самара бермаслиги билан, ³амда вета-рецепторларининг ту²ма ну±сонлилигини исботлай олинмагани сабабли ³ам атопик БАнинг устивор сабаби деб тан олинishiга т°стинлик ±илади.

Муаммонинг иккинчи тарафи эса, БА касаллиги билан сурункали бронхитнинг бир хасталикнинг 2 турдаги клиник куринишидек манзарани ёки тасаввурни юзага келтиради.

Шундай килиб, БАнинг янгича ифодаланиши прогрессив б°либгина ±олмай, мунозарали ³амдир.

2-савол. БА со²ли±ни са±лашдаги жидлий муаммоми?

ёа, бу дунё б°йича тан олинмокда. Чунки, дунё а³олисининг 100 миллиондан зиёдроги БА хасталигига мубтало б°лган ва бунинг натижасида даволашга сарфланадиган мабла²лар, шуниндек ме³натга лаё±атлигини й°тотиш ва оилавий муаммолар кескин ортиб бормо±да. БА болалар орасида к°пайиб кетмокда, айти±са урбанизация ю±ори б°лган худудларда. Бу эса яшаш жойининг яхши вентилляция ±илинмаслиги, турар жойдаги аллергиялар (юмшок жи³озлар – гилам, мебель, °рин-к°рпада б°ладиган уй канаси, уй ³айвонлари, айти±са мушук жуни), тамаки тутуни, вируслар, аэрополлутантлар ва кимёвий таъсиротлар, дорилар ва ози±ов±атларнинг аллергиялик хусусиятига бо²ли±дир. Ирсий факторнинг роли т°²рисидagi муаммо эса ³анузгача ани± °з ечимига эга б°лмай ±олмо±да.

3-савол. БА муаммосини ечилишга ёндошишларда °згаришлар борми?

ёозирги кунда касалликнинг келиб чи±иши сабаблари т°²рисидagi тушунчалар, шунингдек нафас ±исиши хуружунинг олдини олиш борасида ишлаб чи±илган услублар ва узо± муддатга м°лжалланган даволаш дастурининг тузилиши касалликка ±арши курашишга янгича ёндошишини шакллантиради.

4-савол. БА билан о²риган беморларда нималар кузатилади?

Бундай беморларда нафас йулларида сурункали ялли²ланиш й⁰талиш, хириллаш хуружларига сабаб б⁰либ, к⁰кракда тисилиш ³исси пайдо б⁰лади ва нафас олиш, ва айти[±]са, нафас чи[±]тариш тийинлашади. Касаллик симптомлари бир неча да[±]тадан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Нафас си[±]тилиши хуружлари енгил, о²ир, баъзида эса фатал б⁰лиши мумкин. О²ир хуружларда тиббий ёрдамнинг т⁰²ри ва барва[±]т к⁰рсатилиши му³имдир.

5-салол. Киммлер БА билан касалланади?

БА аксарият ³олда оилавий характерга эга. У ³ар [±]андай ёшда кузатилиши мумкин. У ю[±]майди. БА – тиббиёт муаммоси, бемор ⁰з касаллигидан уялмаслиги лозим. К⁰п олимпиада чемпионлари, давлат арбоблари ва маш³ур сиймоларда БА хасталиги борлиги сир эмас. БА билан хасталанган бемор т⁰ла[±]онли, махсулдор ³аёт кечириши мумкин.

6-савол. Нималар астмани келтириб чи[±]аради?

Ёозирга [±]адар бун²а ани[±] жавоб й⁰[±]. Маълумки, кишилар, ва айти[±]са болалар аллергик анамнезида мойиллик б⁰лса ва улар тамаки тутуни ва турмушдаги аллергенлар (уй канаси, мушук жуни ва ³.к.) таъсирига ю[±]ори берилувчан б⁰лади ва уларда БА юзага келиши хавфи б⁰лади. Баъзиларда иш жойларидаги кимёвий таъсирлар БАга сабаб б⁰лади. Шунингдек, экологик му³ит салбий таъсирини БАни келтириб чи[±]арувчи омиллардан бири эканлиги назарда тутилади.

БАни ривожланишига олиб келувчи сабабларга тез-тез [´]РВИ, бронхит, к⁰к й⁰тал натижасида бронхлар шилли[±] [±]авати киприкли эпителийсининг жаро³атланиши натижасида шилли[±] [±]аватининг аллерген ва токсик моддаларга нисбатан ⁰тказувчанлиги ортиши олиб келиши мумкин.

7-савол. БА патофизиологиясига замонавий ёндошиш [±]андай?

Нафас й⁰лларидаги ялли²ланиш бронхиал обструкцияни 4 хил й⁰л билан келтириб чи[±]аради: 1) ⁰ткир бронхоконстрикция-силлик мушак спазми натижасида 2) ⁰ткир ости бронхоконстрикция – хаво йуллари шилли[±] [±]аватининг шишиши туфайли; 3) сурункали – ёпишкок [±]ую[±] бронхиал шилли[±]нинг бронхлар ва айти[±]са терминал бронхлар обструкцияси туфайли ва нихоят, 4) склеротик бронхоконстрикция – бронх деворларининг склеротик деформацияси туфайлидир.

Астматик статусда нобуд бўлган пациентларнинг патологоанатомик текшириш натижалари нафас йулларида кучли ривожланган ялли²ланиш бўлишидан далолат беради. Бунда устки эпителиал топламининг й⁰толиши, базал мембранада коллаген толаларининг хаддан зиёд т⁰планиши, бронхлар тон томирларининг кенгайиши ва шилли[±]таватининг шишиши кузатилади. Бронхлар шилли[±]таватида ва уларнинг торайтирувчи шилимши[±]ти[±]инларда к⁰п ми[±]дорда ялли²ланиш хужайра элементлари топилади.

Бронхоальвеоляр лаваж усули, биопсия усулини к⁰ллаш натижасида, БАнинг нафас йулларининг сурункали персистирланувчи ялли²ланиш касаллиги эканлиги ва хатто унинг симптомсиз даврида ҳам ялли²ланиш белгилари сакланиши ани[±]ланган.

БА патофизиологияси татор хужайравий механизмлардан иборат бўлиб, ялли²ланиш хужайравий элементлари макрофаглар, юмоло[±]-семиз хужайралар стимуляциясини ⁰з ичига олади.

Бу реакциялар эрта ва кечки турларга бўлинади. Эрта ёки дархол юзага келадиган реакцияга бронхоспазм ва татор ялли²ланиш медиаторлари — гистамин, триптаза, простогландин D₂ ва лейкотринларнинг ажралиши юмоло[±]-семиз хужайралар таъсирланишидан далолат беради. Брондилятаторлар ва неодокомил натрий шу бос[±]тичда бронхоспазмга таъсир тила олади, глюкокортикоидлар (ГКС) эса й⁰т.

Кечки реакциялар бронхлар ⁰тказувчанлигини камайиши, улар реактивлигининг ортиши билан характерланади. Бу реакциялар неодокомил натрий ва кортикокортикоидларга бўйсинади, р-2 — адренергик бронходилятаторлар эса коррекция тила олмайди. Бу бос[±]тичда нафас йулларига эозинофиллар чи[±]иши, цитокинларнинг ажралиши, эндотелиал хужайралар юзасига адгезияланувчи молекулаларининг экспрессияси кузатилади. Буларга тайд этилган дориларнинг таъсири хали ⁰рганилмаган.

Ялли²ланиш юзага келишида ⁰пка структура элементларидан фибробластлар, эпителиал ва эндотелиал хажайралари иштирок этади. Улар макрофаг ва семиз хужайралар ва Т-лимфоцитлар билан татор цитокинларнинг ишлаб чикилишига олиб келади ва бронхларда сурункали ялли²ланиш юзага келиши ва ривожланишида роль ⁰йнайди.

Бу жараёнлар неодокомил натрий (интал), кортикокортикоидлар таъсирида ижобий томонга силжиши мумкин. Уларни барва[±]т ⁰лланмаслиги эса ялли²ланишнинг

кучайиши натижасида бронхлар девори шиллиш таъватининг сезувчанлиги ўзгариши натижасида гиперреактивлик ҳолати ва бронхлар обструкциясини прогрессивланишига олиб келади.

8. Астмаолди ҳолати нима?

Астмаолди ҳолати таъйидаги белгиларни ўз ичига олади:

1) ўпка ва бронхларнинг ўткир рецидивланувчи ёки сурункали обструктив синдроми билан кечувчи касалликлари;

2) ўпкадан ташқари аллергик ҳолатлар – аллергик ринит, эшакеми, квинке шиши, мигрень, дорилар аллергияси;

3) тон ва балъамда эозинофилия;

4) наслий аллергик касалликларга мойиллик.

Астмаолди ҳолатини аниқлашда 1-групп белгиларининг бошқа гуруҳлардан бир ёки бир нечтаси бирга келиши муҳим. Бронхлар обструкцияси синдроми клиникада триггер омиллар таъсирида хуружсимон йўтал ва ҳансираш билан кечади. Триггер (таъъатувчи) омилларга турли хидлар, совуш хаводан нафас олиш, жисмоний ҳаракат ва бошқалар кириши мумкин. Бу иккала симптом кўпинча ўзича ўтиб кетади.

Обструктив синдром патогенезида бронхоспастик компонентнинг устунлиги ётишини бронхолитиклар (сальбутамол, беротек, астмопент) билан ингаляцияли синамаларнинг ижобий натижалари кўрсатади. Бунда бронхлар ўтказувчанлиги дастлабки кўрсаткичлари 20% га ортиши мумкин.

Объектив текширув натижасида астмаолди ҳолатида касалликнинг асосий белгилари кўзга ташланади: ўпканинг пастки қисмларида таътисимон товуш, везикуляр нафаснинг сусайганлиги, таъуш таъжилловчи ва хуштаксимон хириллашлар. Шунинг билан бирга тонда ва балъамда эозинофиллар миқдори ортади.

Сўнгги йилларда дунё олимлари астмаолди ҳолатини ажратмай, балки унга БА деб ёндаша бошладилар. Чунки БАни ёшларда тикланувчи обструкция ёки БАнинг «йўталли» варианты сифатида кечиши мумкинлиги кайд этилмоқда.

Бундай ёндошиш мунозаравий бўлсада барвақт даволашни ташкил этилишда ва бронхларнинг тикланмас (таъйтмас) обструкциясини олдини олишга ёрдам беради.

9. БАнинг ўзига хос клиник симптомлари борми?

БАнинг асосий клиник белгиси: нафас қисиши хуружи ва унинг эквивалент белгилари (хуружсимон тунги йутал, таъш ортида қисилиш ҳисси).

Нафас $\pm$ исиши хуружининг ривожланиш 3 даврдан иборат:

1-давр — хуруж даракчилари даври: бу турли беморларда турлича б^олиши мумкин: томо²да $\pm$ ичишиш ва й^отал, тери, к^оз, $\pm$ уло $\pm$ нинг $\pm$ ичиши, к^оп сийиш ва бош $\pm$ алар. Шу даврда хуружни $\pm$ айтариш осонро $\pm$ б^олади.

2-давр — экспиратор нафас $\pm$ исилиш хуружининг авж олиши. Бемор бунда к^окракда $\pm$ исилиш хис этади, нафасни т^оли $\pm$ чи $\pm$ ара олмайди. Нафас чи $\pm$ арилиши масофада эшитиладиган — дистанцияли хуштаксимон хириллашлар билан кечади. Бемор ^отирган холда к^олларига тиралиб, мажбурий холатда б^олади. Юзлари керикиб, диффуз к^окариш-цианоз кузатилади. Нафас олганда бурун катаклари пуфланади. Нафасда хамма ёрдамчи мушаклар иштирок этади, умров усти чукурчаси, $\pm$ овир²алар орали²и нафас олинганда ичга тортилади. Буйин веналари б^ортади. Ва $\pm$ ти-ва $\pm$ ти билан кам бал²амли $\pm$ уру $\pm$, йутал кузатилади. Бал²ам ёпишкок, $\pm$ ую $\pm$, баъзида эса к^опикли б^олади. Перкуссияда ^опка устида тимпаник товуш эшитилиб, ^опканинг $\pm$ уйи чегаралари пастга силжийди; аускультацияда — к^оп ми $\pm$ дорда $\pm$ уру $\pm$ хуштаксимон, ²ижилловчи хириллашлар нафас чи $\pm$ ариш фазасида нисбатан анча кучлиро $\pm$ эшитилади, нафас чи $\pm$ арилиши олишга нисбатан анча ч^озилган б^олади. Юрак чегараларини ^опканинг жуда кенгайганлиги туфайли ани $\pm$ лаб б^олмайди. Юрак тонлари б^о²и $\pm$ б^олиб, ^опка артериясида II тон акцентли б^олади. Пульс тезлашади, таранглиги сусайган б^олади. Хуруж узо $\pm$ давом этганда юракнинг ^онг $\pm$ оринчаси етишмаслиги аломатлари: жигарнинг катталашуви, оё $\pm$ ларда шиш кузатилади. Бал²амда типик ^озгаришлар — эозинофиллар, кам холларда Шарко-Лейден кристаллари ва Куршман спираллари топилиши мумкин.

Хуружлар о²ир б^олиб, узо $\pm$ а ч^озилса, ЭКГда ^озгаришлар б^олиши мумкин (юрак электр ^отининг ^онга силжиши, S тишининг I да чу $\pm$ ур, R тишининг III, avF да баланд б^олиши мумкин. Шунингдек S-T сегментининг III, avF да инверсияси кузатилади; R тиши II, III стандарт узатмаларда баланд, ^откир учли V1 да манфий б^олиши, хамда баъзида 2 фазаги R тиши V1, V2 да, S-T сегментининг инверсияси ^онг к^окрак узатмаларида б^олади; Гис тутами ^онг оё $\pm$ часи блокадаси учраши мумкин. Рентгенологик текширув ^опка т^о $\pm$ имаси ёру²ланишини орттанлигини, диафрагманинг суст харакатини $\pm$ айд этади.

3-давр — хуружнинг пасайиши. Беморда бал²амли й^отал б^олиб, к^оп ми $\pm$ дорда бал²ам чи $\pm$ анидан с^онг, беморнинг

а³воли енгиллашади. Хуруж регрессияси турли беморларда турлича б^олиши мумкин — баъзиларда тез ^отса, бошталарда хуружнинг ^отиши ^тийин б^олиб, беморни холдан тойдиради.

Кейинги ва^ттларда БАнинг классик ^тринишидаги хуружлари камайиб бормокда. Баъзи холларда БА бронхлардаги ялли²ланиш билан кечадиган сурункали бронхит фонида шаклланади. Бундан таш^тари с^онгги йиллар мобайнида БАнинг кам симптомли клиник кечиши ва унинг ^тайтмас обструкцияларга сабаб б^олиш холлари к^опайгани ^тайд этилмокда.

10. БАнинг патогенетик вариантларининг ^озига хос хусусиятлари ^тандай?

Атопик вариант. К^опрок ёшларда учрайди. Типик белгиси б^олиб, астма хуружларининг аллергия факторлари (чанг, ^осимлик чанглари, ов^тат, дорилар ва х,.к.) билан бо²ли^тлиги хисобланади. Аллергенинг элиминацияси я^тол ижобий самара беради. Хуруж тезкор ривожлаб, ани^т клиникага эга. Хуруж й^отал ва ёпиш^тот^т бал²ам к^очиши билан тугалланади.

ронда ва бал²амда эозинофиллар к^опаяди, аллергенлар билан тери ва провакацияловчи синамалар натижаси мусбат б^олади. Хуружлар орасида касаллик белгилари кузатилмайди. ронда гистамин ми^тдори к^опаяди.

Инфекцияга бо²ли^т вариант. Бизнинг регионда тез-тез учрайди. Бактериялар ва уларнинг парчаланиш махсулотлари семиз хужайралар, базофиллар, бронхлар эпителийсидан ялли²ланиш медиаторлари ажралиб чи^тади ва бронхларда инфекцион ялли²ланишни юзага келтиради, бу эса ^оз навбатида бронхлар обструкциясига олиб келади. Бу вариантда вируслар алохида ^орин тутади, чунки респиратор вирус инфекцияси яллигланишни авж олишигагина эмас, хатто БАнинг манифестациясига олиб келади.

Касалликнинг ^то^зиши, одатда инфекция ^очо²ида к^озиш билан бошланади. Касаллик ч^озилиб кетади, хуружларни енгиш кийин б^олади. Асоратлар жуда эрта бошланади; астматик холат юзага келади; бронхит аломатлари билан бирга кечади. ронда к^опро^т ялли²ланиш белгилари б^олади, бал²амда к^оп ми^тдорда лейкоцитлар б^олади.

Аутоиммун вариант — о²ир ва узлуксиз рецидивли кечади. Касаллик ёшликдан бошланади. Бунда аутолимфоцитлар билан тери синамаси мусбат б^олади, ^тон зардобида фосфатаза ани^тланади.

Дисгормонал вариантнинг ^озига хос белгиси глюкокортикоид терапияга бо²ли^т б^олишидир. Гормонал

дорила^р ми[±]дорининг камай^тирилиши бе^р мор ахволининг огирлашувига сабаб бо[°]лади. Беморларда тухумдон фаолиятининг бузилиши кузатилиб, бу айнит^са аёлларда климакс даврида з[°]раяди.

Нерв-рухий варианти диагностикаси бемор шахси рухий хусусиятларига бо[°]ли^т бо[°]лади, бунда аксарият холда рухий травма, конфликт холатлар, диэнцефал зона бузилишлари, сексуал сферада бузилишлар алохида о[°]рин тутади.

Дисадренергик вариант — бунда БАли беморларда β-2 рецепторлар блокадаси ва β -1 рецепторлари сезувчанлиги кескин ортганлиги та^йд этилади. Бронхларнинг симпатомиметик бронх кенгайтирувчи дозаланган ингальяторларга таъсирчанлиги камаяди, адреналинга, эфедринга тескари — пародоксал реакция кузатилади. Бу вариант ту²ма биологик дефектлар бо[°]лганда, ёки β -2 рецепторлар блокадаси симпатомиметикларни хаддан зиёд к[°]п к[°]лланилиши туфайли хам бо[°]лиши мумкин. Шунингдек бу холатга вируслар агрессияси, гипоксимия; ацидоз хам сабаб бо[°]лиши мумкин. ронда глюкоза ми[±]дорининг пародоксал камайиши адреалин юборилишидан кейин юзага келиши бу вариантни тасди^тлайди.

Холинергик вариант — адашган нерв — n. vagus нинг ³аддан зиёд ю^тори фаоллиги туфайли юзага келади. Беморларнинг асосий шикояти — тунги хуружларга бо[°]лади ва у жуда к[°]п ми[±]дорда с[°]лак ажралиши, бурундан шили^т о^тиши билан характерланади. Беморларда ^тизил дермографизм кузатилади.

Жисмоний з[°]рикиш астмаси ва аспирин астмаси — бу вариантлар асосида бронхлар реактивлигининг бирламчи о[°]згариши ётади. Клиникада бу вариант жисмоний з[°]ритиш, совук ³аводан, кучли ³идлар, тамаки тутуни туфайли содир бо[°]лади. Экспиратор ³ансирашли хуружлар ацетил кислотаси ва шу гурух таъсирига я^тин дорила^р (метиндол, аналгин, баралгин ва бош^талар) га нисбатан кузатилиб, у рецидивланувчи полипоз риносинусопатия билан кечади. БАнинг бу варианти нисбатан к[°]прок учрайди.

Жисмоний з[°]рикиш астмаси жисмоний ³аракатдан с[°]нг 10– 15 минут (баъзан 1 соат) дан кейин бошланиб, спонтан о[°]тиб кетиши мумкин, ёки β -адреностимуляторлар яхши ёрдам беради.

Аспирин астмаси ёки астматик учлик (триада) га аспирин ёки бош^та ностероид ялли²ланишга ^тарши дорила^р гуру³ига нисбатан хуружлар бо[°]лиши ва полипоз

риносинусит киради. Астматик учлик БАли беморларнинг 8% да учрайди.

БАнинг клинико-патогенетик вариантларини назарда тутиш даволашни самарадорлигини оширибгина $\pm$ олмасдан, БАнинг иккиламчи профилактикасида 3 ам му 3 им o рин тутати.

11. БАнинг таснифи $\pm$ андай?

Европа респиратор жамияти БАни o пканинг сурункали обструктив касаллигига киритади, бунда сурункали обструктив бронхит, o пка эмфиземаси 3 ам шу гурухга киритилади, яъни БАнинг асосий клиник симптомлари бронхлар обструкцияси — торайиши туфайли эканлигига ур 2 у берилади.

Бизда узок давр А.Д. Адо ва П.К. Булатов (1969) таснифи $\pm^o$ лланилиб келди; бу таснифга асосан БАнинг инфекцион-аллергик, атопик ва аралаш клиник турлари фар $\pm$ ланади. Кейинги даврда Г.Б. Федосеев (1982) т o латган БА таснифи $\pm^o$ лланилди, бунда БАнинг клиник ва патогенетик турлари фар $\pm$ данади.

Эндиликда БАнинг таснифи муста $\pm$ ил нозология сифатида — яъни сурункали аллергик касаллик деб, уни о 2 ирлик даражаларига $\pm$ араб, тасниф $\pm$ илиш амалий ва стратегик жи 3 атдан му 3 им деб $\pm$ аралаяпти.

БА б o йича глобал инициатив гуру 3 и БА о 2 ирлик даражаларини $\pm$ уйдаги к o рсаткичларга асосан ани $\pm$ лашни тавсия этади:

1. $\pm$ афтада тунги симптомлар ми $\pm$ дори.
2. $\pm$ афтада кундузги симптомлар ми $\pm$ дори.
3. μ иска таъсирли β -2 агонистлар $\pm^o$ ллашга э 3 тиёж.
4. Жисмоний фаоллик ва уй $\pm$ унинг бузилиш даражаси.
5. Нафас чи $\pm$ аришнинг максимал к o рсаткичлари, унинг лозим б o лган ва оптимал к o рсаткичларга нисбатан фоизли нисбати.
6. Нафас чи $\pm$ аришнинг максимал к o рсаткичларининг o згаришлари.

Бу тасниф $\pm$ уйидагича та 3 лил этилади:

Енгил персистирланувчи астма. Бу форма беморда касаллик хуружлари симптомининг 3 афтада 1 марта ёки ундан к o прок, аммо кунига 1 мартадан ошмаслиги билан характерланади, бу эса бемор уй $\pm$ уси ва жисмоний фаоллигига таъсир этади. Тунги астма симптомлари ойига 2 мартадан к o п б o лади. Беморларда максимал нафас чи $\pm$ арилиши 3 ажми (МНЧХ) ёки 1 секундли кучли нафас чи $\pm$ ариш 3 ажми (КНЧХ1) лозим б o лган катталикларнинг 80%

га тенг, сутка давомида унинг ^озгариши 20-30% атрофида бўлади.

Ўрта о²ирликлаги персистирланувчи астма узоқ вақт мобайнида кунда касаллик симптомларининг кузатилиши билан кечади; тунги астма симптомлари ³афтада 1 мартадан зиёдроқ бўлади, бемор ³ар куни β₂-агонистларини ишлатишга э³тиёж сезади. Уларда МНЧХ ва КНЧХ1 к^орсаткичлари лозим к^орсаткичларининг 60-80% ни ташкил этади. Уларнинг суткалик ^озгариши 30% дан ортиқ бўлади.

О²ир персистирланувчи астма — беморда касаллик симптомлари узлуксиз узоқ вақт мобайнида кузатилади, тез-тез тунги хуружлар бўлади, жисмоний фаоллик чегараланади, дорилар табул тилинишига тарамасдан, о²ир бу²илиш — астматик хуружлар давом этади. МНЧХ ва КНЧХ1 даволашга тадар норматив к^орсаткичларнинг 60% ни ташкил этади, унинг ^озгариши сутка давомида 30% дан ю³ори бўлади.

Клиникада БАнинг ^ота о²ир вариантыни ажратиш ма^тсадга мувофиқдир. Бунда барча касаллик мезонлари кескин ифодаланган бўлиб, уларнинг стероид терапияга сезувчанлиги пасаяди. Ҳайта-тайта астматик статуслар кузатилади, улар интенсив ёки реанимация ёрдамига мухтож бўдилар.

Шунингдек БА асоратлари кузатилади: упка юраги (^откир, ^откир ости, сурункали), ^опка эмфиземаси, пневмосклероз, ^опка ателектази, интерстициал, медиастенал эмфизема, спонтан пневмоторакс, неврологик ва эндокрин асоратлар.

Касаллик кечишида ^то³иш ва ремиссия даврлари тафовут этилади.

Ушбу таснифнинг муаммоли томони шундан иборатки, БАнинг о²ирлик даражаларининг му³имлиги доимий бўлмай, баъзан прогнозлаш майин ³олатлар юзага келиши, салбий о^тибатларни юзага келиши мумкинлигидир. Шунинг учун БАни таснифлашда кенгроқ ёндошиш ма^тсадга ³ар тарафдан мувофиқроқдир деб ^ойлаймиз.

12. БА диагностикаси, дифференциал диагностикаси.

БА диагностикаси касаллик симптомлари та³лили ва яхшилаб йи²илган анамнез асосида ^то³илади. БАга та³уйидаги симптомлар хос: эпизодик ³ансираш, хуштаксимон хириллашлар, тунда ва эрта тонгда кучайувчи к^окрак та³асида тисилиш ва й^отал. Бемор симптомларнинг такрорланиб туришини ва уларнинг аллергенлар, жисмоний з^ори^тиш, учоқли инфекциянинг ^то³иши, вирус инфекцияси,

ирритантлар таъсирини таъдир этади. Анамнезида мавсумий хуружлар, аллергия реакцияларга мойиллик, ирсий мойиллик таъдир этилади.

БА диагностикасида таъдир нафас фаолиятини (ТНФ) текшириш обструктив синдром диагностикаси учун муҳимдир. ТНФ текшириш бронхлар таъказувчанлигини аниқтаса, бу кўрсаткичларнинг таъзгариши бронхларнинг гиперреактивлиги таъдида маълумот беради. Бу мақсадда 2 усул таътиборга моликдир: 1 секунддаги куч билан нафас чиқариш таъажми (КНЧХ1), максимал нафас чиқаришнинг таъажми (МНЧХ) ни аниқлаш. КНЧХ1 — спирометрда, МНЧХни пикфлоуметрда таълчанади. Бронходилатацион тест бронхиал гиперреактивликни аниқлашда ёрдам беради. Респиратор трактдаги яллиъанишни балъамда эозинофиллар ва метакроматик таъужайраларни ва таъондаги таъзгаришлар ортали аниқланади.

БА куйидаги касалликлар билан таъиёсий таъшъис таъилинади:

1) Сурункали обструктив бронхит булан — бунда таъансираш ва нафаснинг таъийинлашуви хуружсимон эмас, балки доимо бъолади, ва у йъотал ва жисмоний таъаракатдан кейин таъъраяди. Балъамнинг къчиши беморга енгиллик туъдирмайди; бронхлар обструкцияси ремиссия даврида таъам таъайтмас бъолади; эозинофилия таъолати бъолмайди; аллергиялар билан тери синамалари манфий бъолади.

2) Юрак астмасилан дифференциация таъилиш мушкул вазифа, чунки БАли кекса касалларда къп таъолларда юрак хасталиги бъолади. Юрак астмасида хансираш аралаш типда-экспиратор ва инспиратор турда бъолади, бунда нафас таъайнаётган сув товушини эслатувчи хириллаш билан ва къпикли пушти ранг балъамли бъолади. Ўпка усти сатхида таъар икки тарафдан жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Юрак чап таъоринчаси етишмаслиги шу таъолатга сабаб бъолган юрак хасталигининг таъатор бошъа симптомлари билан кечади.

3) Истерик астма — къпинча ёш аёлларда учрайди ва стрессли таъолатлардан сънг таъансираш хуружи бъолиши мумкин. Лекин бунда нафас частотаси 40-50 мартагача бъолиб, юзаки бъолади — у "кучук таъансираш" ни эслатади. Аускультацияда ъпкада таъзгариш бъолмайди.

13. БАни даволаш принциплари.

Ўозирги даврда БАни даволашдаги янги ёндошишлардан бири — бу унинг негизли — ёки базис терапиясининг ишлаб чиқилишидир. Негизли давонинг БАда асосан яллиъланишга таъсир этиши асос таъилиниб олинган.

Шундай ҳилиб, БАнинг негизли давоси асосини ялли²ланишга тарши терапия ташкил этиб, унга ҳуйидагилар киради:

- хромглицат натрий (интал, натрий-кромоллин);
- недокромил натрий (тайлед);
- ингаляцион ва системали кортикостероидлар;
- специфик (махсус) иммунотерапия.

БАнинг енгил ва ортача о²ир бос¹ичларида даволаш ялли²ланишга тарши ностероид препаратлар – интал (хромглицат натрий) ёки тайлед (недокромил натрий) билан, о²ир кечишда эса ингаляцион кортикостероидлар билан олиб борилади.

Интал ва тайлед препаратлари аллергик реакцияларининг дастлабки бос¹ичларидаёк ингибция ҳилиши ва сурункали ялли²ланишнинг кейинги бос¹ичларига ³ам, демакки, бронхиал гиперреактивлигини камайтира олиш хусусиятига эга.

Интал плус (хромглицат натрий+сальбутамол) – комбинирланган доривор препарат б⁰либ, сальбутамол – селектив β-2 симпатолитик – бронхларни кенгайтирувчи таъсирга, интал эса бронхоспазмни олдини олади, семиз ³ужайралардан гистамин ажралишини т⁰хтатади. Интал-плус БА хуружларини т⁰хтатиш учун ёрдам бермасада, систематик даво учун ¹лланилиши ма¹садга мувофи¹дир.

Тайлед – аллергия медиаторлари ажралишини тормозлайди, у к⁰про¹ астмани даволашда специфик хусусиятга эга. 2 ой мобайнида кунига 2 ингаляциядан 2 ма³ал олиниши ремиссияга олиб келади.

Кортикостероидлар БАни даволашдаги энг эффектив дорилардир. Улар парентерал, перорал ёки аэрозол шаклида ¹лланилади.

Ингаляцион кортикостероидлар эффектив ва хавфсиз ³исобланади. Кортикостероидларни системали ¹ллаш асосан бош¹а усуллар, жумладан ингаляцион кортикостероидлар, самарасиз б⁰ганда ¹лланилади.

Ингаляцион кортикостероидларга Беклатиазон дипропионат (бекламед, бронхокорт, бекотид), Беклокорт, Ингокорт (флунизолид) – пролангирланган таъсирга эга, Азмакорт (триамцинолон ацетонид) лар киради. Айтиш лозимки, Азмакорт салбий таъсирга эга б⁰маганлиги билан ажралиб туради.

Махсус гипосенсибилизация – иммунотерапия аллергик махсус шифохоналарда олиб борилади. Уни ф¹ат БА ва инфекция ⁰чо¹лари симптомлари ремиссияси даврида олиб борилади.

Бронходилататорлар – бу гуруҳ препаратлари бевосита БА хуружини енгиш учун $\pm^\circ$ лланилади, аммо улар к $^\circ$ про $\pm$ симптоматик мохиятга эга б $^\circ$ лганлиги учун монотерапия шаклида ишлатилиши ма $\pm$ садга мувофи $\pm$ мас. Бронх кенгайтирувчи дорилар хуруж даврида дар 3 ол енгиллик ту 2 диради, аксарият 3 олда ва $\pm$ тинча самарага эга. Шунинг учун уларни фа $\pm$ ат лозим б $^\circ$ лгандагина ишлатиш керак. Бу препаратлар 3 гуруҳга б $^\circ$ линади: 1) адренергик рецепторлар стимуляторлари – симпатомиметиклар; 2) антихолинергик моддалар – холинолитиклар; 3) метилксантинлар – миолитиклар.

1. Симпатомиметиклар – адренергик рецепторларга монанд б $^\circ$ лиши туфайли $^\circ$ з навбатида 3 гуруҳга б $^\circ$ линади: а) α - ва β -адренорецепторларни $\pm^\circ$ з 2 атувчилар; б) β -1 ва β -2 рецепторларни $\pm^\circ$ з 2 атувчилар; в) селектив β -2 адреностимуляторлар. β -2 адреностимуляторларнинг салбий таъсири кам б $^\circ$ лгани туфайли, БАда к $^\circ$ про $\pm$ ишладилади.

Ингаляцион симпатомиметиклар – хуруж олдидан ишлатилса, уни олдини олади, лекин касалликнинг умумий кечишга таъсир эта олмайди. Улар β -2 рецепторларни стимуллаб, бронхларни кучли кенгайтишига олиб келади.

Препаратлар: *тиска таъсирли β -2 агонистлар* – сальбутамол

(вентолин); фенатерол (беротек); тербуталин (бриканил);

ч $^\circ$ зи $\pm$ таъсирли (пролонгирланган), β -2 агонистлар – сальметерол (серевент, салметер); фермотерол (фародил).

2. Антихолинэргик дорилар – парасимпатолитик ёки холинолитиклар – мускарин рецепторларни $\pm$ амал $\pm$ илади ва адашган нерв n.vagus ни таъсирланишини камайтириш 3 исобига бронхларни кенгайтишига олиб келади. Ингаляцияли тури симпатомиметикларни беморларга $\pm^\circ$ ллаш $\pm$ ийин б $^\circ$ лганда ишлайтилади.

Препаратлар: атровент – дозаторли аэрозоль, беродуал, тровентол.

3. Метилксантинлар – миолитиклар (теофиллин препаратари) – бронхлар деворига спазмолитик таъсир к $^\circ$ рсатувчи, инотроп таъсирли, нафас мушакларини толи $\pm$ ишини камайтиради. К $^\circ$ пинча ч $^\circ$ зи $\pm$ таъсирли препаратлар $\pm^\circ$ лланилади.

Препаратлар: теофиллин, эуфиллин, аминофиллин ретард, теоспирекс, теодур, теопек, эуфиллин ретард.

Бош $\pm$ а доривор моддалар

Задитин (кетотнфен) – аллергия медиаторларининг синтези ва экскрециясини тормозлайди, нафас йулларида

аллергик ялли²ланиш ва гиперреактивликни ривожланишига т^остинлик тилади.

Аллергияга тарши иммуноглобулин, гистоглобулин. БАни т^озишини камайтиради, касалликнинг кечишини енгиллаштиради, клиник ремиссияга олиб келиши ³ам кузатилади.

Иммностимуляторлар – интеркуррент ^отқир респиратор касалликларни олдини олади, ^очошли инфекциянинг т^озишини камайтиради.

Антибиотиклар – йирингли бал²ам ва лейкоцитларнинг сони бал²ам ва тонда к^опайганда ва яъни бактериал инфекция б^олганда ³арорат к^отарилганда т^олланилади.

Касалликнинг ремиссия даврида натуротерапия (дориларсиз даволаш) т^олланилиши ма^тсадга мувофи^т. Натуротерапияга элиминацияловчи даво; маш^тлар билан даволаш; фитотерапия ва комбинацияли даволар киради.

Элиминацияловчи давога: енгиллаштирилган пархезли даво (очлик билан даволаш), гемосорбция, плазмаферез, цитаферез, постурал дренаж киради.

Маш^тлар билан даволашга – нафас гимнастикаларининг барча турлари, гипо- ва гипербаротерапия, акупунтура, Су-жок терапия, специфик гипосенсибилизация, психотерапия киради.

Фитотерапияни ^осимлик чангларида аллергияси бор беморларга айти^тса сабабчи аллергенни ани^тлаш тийин б^олган ³олларда ^отказиш мумкин эмас.

БАни о²ир хуружида тез ёрдам к^орсатишда тиста ва тез таъсир этувчи бронхолитиклар т^олланилади. Буларга тиста таъсирли β-2 агонистлар – адренергик препаратлар, β-2 стимуляторлар, симпатомиметиклар киради ва улар бронхларнинг силли^т мушакларини б^ошаштиради, мукоцилиар клиренсни кучайтириб, томирлар ^отказувчанлигини тезликда камайтиради (альбутерол, фенотерол, сальбутамол, тербуталин). Бош^та шошилиш ёрдам усулларига ингаляцион антихолинэргик дорилар (ипротропиум бромид, окситропиум бромид) киради. Улар вагус таъсирини камайтиради; уларнинг таъсири β-2 агонистларига нисбатан биров кечроқ бошланади. Шунингдек тиска таъсирли теofilлин (эуфиллин, теofilлин, аминофиллин), астматик статус, асфиксия синдромида ишлатилади. Астма хуружларини даволашда адреналинни назорат остида ишлатилиши му³имдир.

Кортикостероидларни астматик статуснинг дастлабки бос^тичида т^олланилади, ва бунда даставвал томир ичига

шприцда 1/4-1/5 дозасини, кейин толганини томчилаб юборилади.

БАни боскичма-боскич даволаш нима?

БАни боскичма-боскич ёки «зинапоясимон» даволаш касалликнинг о²ирлик даражаси ортиб боришига тараб дориларнинг ми⁴дорини ва табул тилиш сонини орттириб боришни назарда тутати. Бу усулнинг асосий ма⁴сади - кам ми⁴дорда дориларни т⁰ллаб яхши натижага эришишдир. Бунда врач даволаш усулини танлай била олиши, яъни касалликнинг бошидаё⁴ максимал дозада дорилар, жумладан, кортикостероидли дориларни тиста курс сифатида т⁰ллаб, кейин стабилизация ³олатидан кейин пасайтириши, ёки касалликнинг бошлан²ич давридан о²ирлик даражасига тараб, дориларнинг минимал ми⁴доридан бошлаб т⁰ллашини ³ал тилиши зарур. Ёар икки ³олда ³ам ма⁴сад астмани назоратлай, яъни боштара олишдир, ва бу ма⁴садга 3 ой давомида эришишга муваффа⁴ б⁰линганди терапияни камайитиришни яхшилаб та³лил тилиш ва «зинопоядан» бир по²она - бир тадам пастга тушиш мумкин; бордию акси б⁰лса, унда бир по²она ю⁴ори к⁰тарилади; энг му³ими ³ар бир конкрет бемор ва конкрет ³олат учун даволаш усули танланади.

БАни бутунлай тузатиш ³озирча мумкин эмас. Аммо т⁰ри даволаш натижасида касалликнинг симптомлари ва хуружининг олдини олса булади. БАни профилактикасида шунингдек атроф му³итдаги аллергенлар ва бошка триггер-к⁰з²атувчи таъсиротларни й⁰тотиш, улардан четланиш му³имдир.

III. БОСКИЧ. ХОТИМА

БА дунёда энг к⁰п тар⁴алган касалликлардан биридир. УЖССТ маълумотларига к⁰ра БА катта ёшдагилар ичида 5%, болаларда - 10% гача та⁴йд этилмокда. Ва келгусида бу касалликнинг янада к⁰пайиши кутилмокда. БАнинг о²ир турлари сони ортиб бормо⁴да. Бу эса организмга поллютантлар, аэроаллергенларнинг салбий таъсири са⁴ланиб толаётганлиги билан узвий бо²ликдир. Шу сабаб бу муаммо дунё олимлари ди⁴тат марказида то⁴лмокда.

БА этиологиясида бирор бир ани⁴ликлар б⁰лмасада, кейинги даврда унинг мо³иятига ёндошишда ⁰згаришлар б⁰либ, унинг асосида ялли²ланиш механизми устун туриши ва шунинг натижасида гиперреактивлик ва обструкцияланиш юзага келиши ³олати ани⁴ланади.

Шунингдек астма олди ³олатига БА деб $\pm$ араш лозимлиги тавсия этилган.

Касалликни даволашда бирлик бос $\pm$ ичларига $\pm$ араб « $\pm$ адамлаб» даволаш жорий этилди ва унинг асосий ялли²ланишига $\pm$ арши дорилар бериш усули билан «негизли» даволаш татби $\pm$ $\pm$ илинди.

Шундай $\pm$ илиб, БА юзага келтурибчи мураккаб жараёнларни англаш, ³ар бир ало³ида ³олда касалликнинг клиник симптоматикасини $\circ$ рганиш, $\circ$ з ва $\pm$ тида керакли давони $\pm$ $\circ$ ллаш БА $\circ$ ²ир ва асоратланган кечишини, бева $\pm$ т $\circ$ лимнинг олдини олишга имкон беради. Энг му³ими, беморларнинг ³аёт сифати ва мазмунига, унинг т $\circ$ ла $\pm$ онли б $\circ$ лишига ёрдам беради.

Ўзирги ва $\pm$ тда БАни даволаш учун фармакологик препаратлар ёрдамида рационал даволаш тизими ишлаб чи $\pm$ илган, беморни $\circ$ з- $\circ$ зига ёрдам бера олишига $\circ$ ргатиш (астма мактабларида), триггерларни элиминация $\pm$ илиш, натуротерапия усулларида фойдаланиш масалаларига жиддий ёндошилмо $\pm$ да; ва шу асосда БАни даволашда интеграл терапияга асос солинди ва булар я $\pm$ ин келажакда яхши натижаларга олиб келиши шуб³асиздир.

Муста $\pm$ ил ишлаш учун муаммоли топшири $\pm$.

БА мавзусини т $\circ$ ларо $\pm$ $\circ$ злаштириш учун IV курс талабаларига $\pm$ уйидаги савол-топшири $\pm$ ларни муста $\pm$ ил ³ал $\pm$ илиш учун берилиши мумкин:

1. БАнинг жамият учун а³амияти қандай?
2. Бизнинг регионда БА муаммосининг $\circ$ зига хос хусусияти борми? Унинг мо³ияти қандай?
3. Бизнинг регионда БАни даволашда $\pm$ андай янги усуллардан фойдаланилади?
4. БАни даволаш ва профилактикаси программасини ярата оласизми?
5. Сиз ситуацияга таъсир эта оласизми? қандай $\pm$ илиб?
6. «Астма мактаблари» нима ва уларнинг вазифаси $\pm$ андай?
7. Абу Али ибн Сино тиббий меросидан БА ³ақида сизга нималар маълум?
8. Тиббиёт юту $\pm$ ларига $\pm$ арамасдан БАнинг узлуксиз к $\circ$ пайиб боришининг сабабини сиз нимада деб $\circ$ йлайсиз?

Эслатма: савол ва топшири $\pm$ ларни аудиториянинг $\pm$ изитиш й $\circ$ налишларига $\pm$ араб, мослаштириш мумкин.

Саволларга жавоб бериш.

