

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

БРОНХИАЛ АСТМА

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА

УРГАНЧ - 2007

Маруза матни факультет терапия фанидан Тошкент Тиббиёт Академияси
Урганч филиали марказий услубий хайъати томонидан муҳокама қилиниб
(баённома №____) ва филиал илмий Кенгаши томонидан тасдиқланди
(баённома №____)

МУХ раиси,
Доц.

Джуманиязова З.Ф.

МАЪРУЗА МАКСАДИ: Бронхиал астма сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш.

Тарбиявий максадлар: Материални кенг ёритиб бериш йули билан талабаларни шу муаммога кизиктириш, шу касаллик диагностикаси ва даволашдаги охирги янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустакил ишлашга кизикиш уйғотиш.

Маърузани вазифалари: Ўрганилаётган муаммонинг этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини ҳозирги замон талаби миёнасида асослаб бериш.

Муаммони долзарблиги: Бронхиал астма муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарқалганлиги, кечишининг озиғи хослиги ва диагностикадаги қийинчиликлар муаммонинг аҳамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани максоди ва вазифаси	- 5 минут
Этиология ва патогенези ёритиш	- 15 минут
Классификация ва клиника	- 25 минут
Танаффус	- 5 минут
Беморни курсатиш	- 10 минут
Лаборатор-инструментал диагностика	- 10 минут
Таъсилаш тахиси	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

БРОНХИАЛ АСТМА (БА)

Бронхиал астма (БА) ҳасталиғи сўнгги йиллар мобайнида дунёда энг кенг тарқалган ҳасталиклардан бири бўлиб, у жидкий ижтимоий, иқтисодий ва тиббий муаммога айланиб бормоқда. Умумжаҳон соҳлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) маълумотларига асосан, ҳаста давр ичида БАнинг катта ёшдаги кишилар орасида 5% гача бориб етиши, келгусида бу касалликнинг янада кўпайишидан далолат бермоқда. Бунинг устига атроф муҳитнинг ифлосланиб бориши, унда айниқса учиб юрвчи саноат чиқиндилари — поллютантларнинг кўпайиши, аллергенларнинг ортиши, атмосфера тобиғида озон кемтигининг осиб бўлиши ва инсоният генофонининг ёмонлашуви БАнинг янада кенгроқ тарқалишига оғ таъсирини оғтазмай қўймайди.

Бизнинг регионимизда ҳам аллергик ҳасталикларнинг, жумладан БАнинг сўнгги 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 қатор мамлакатлар, жумладан АКШ, Буюк Британия, Янги Зеландия, Австралияда ҳам кўпайганлиғи қайд этилган.

Аслини олганда, БА билан ҳасталаниш ва оғим кўрсаткичлари турли мамлакатларда турлича бўлиб, улар тўғрисида эса аниқ маълумотлар қам бўлса қамки, касаллик ва оғим кўрсаткичлари бу жойларда қам юқори эканлиғи шубҳа туғдирмайди. Шуниси

ажабланарли, ³ам ачинарлики, тиббиёт со³асидаги юту¹лар самарасига ¹арамай БАнинг ортиб бориши дунё мутахасислари учун глобал-улкан муаммолигича ¹олмокда.

Ҳайд этилган муаммолар ва ра¹амлар тагида инсон ³аёти сифатининг касалланиш туфайли кескин ёмонлашуви ва шу боис жамият ³аётида т⁰ла¹онли иштирокининг бузилиши, ва ни³оят, энг да³шатлиси, бева¹т ⁰лим ётади. Шунингдек БА туфайли г⁰дак ва ёш болаларнинг ³аётдан к⁰з юмиши ³олларининг ³ам к⁰пайиб бориши дунё олимларини ба³амжи³ат курашиши, янги стратегия й⁰лларини ишлаб чи¹иши, янги дори-дармонларни кашф этиши ва ¹оллаши лозимлигини к⁰рсатаёпти. Шу асосда БА б⁰йича хал¹аро лойи³а гру³и ташкил этилиб (1998 й. АКШда), унда турли мамлакат олимлари фаолият к⁰рсатиб келмо¹далар. Шуларнинг самараси уларо¹, БА хасталиги т⁰рисида билимларимиз доираси ва имкониятларимиз кенгайиб бормо¹да.

Бугунги кунда БА хасталиги нозология сифатида ¹уйидагича **ТАЪРИФЛАНАДИ:** яъни БА – бу бронхларнинг аллергик персистенциялановчи ялли²ланиши ва гиперреактивлиги асосида юзага келувчи касаллик б⁰либ, у бронхлар обструкцияланувига олиб келувчи бронхоконстрикция, шилли¹нинг гиперсекрецияси, бронхлар девори шишиши натижасида юзага келади ва хуруж шаклида кузатиладиган нафас фаолиятининг огирлашуви ёки нафас ¹исиши билан характерланади. Ушбу таърифнинг эътиборга молик тарафи илгариги таърифлардан фар¹ли ⁰ларок, БАни «сурункали персистирланувчи аллергик ялли²ланиш ва гиперреактивлик ³олати» деб ¹аралиши б⁰либ, бу эса патогенетик терапиянинг йуналишини ани¹лаб беради.

Аввалги адабиётлар б⁰йича одатий б⁰либ ¹олган БА таърифи ¹уйидагича эди: БА – муста¹ил нозологик касаллик б⁰либ, у сурункали рецидивланувчи кечиши ва асосий ва доимий патогенетик механизмида бронхларнинг специфик иммунологик ва носпецифик (иммунологик б⁰лмаган) механизмлар таъсирида ⁰згарган реактивлиги б⁰либ, унинг асосий (доимий) клиник белгиси б⁰либ бронхлар спазми, шилли¹ гиперсекрецияси, дискриния ва бронхлар шилли¹ ¹авати шишиши натижасида нафас ¹исилиши ёки астматик статус кузатилишидир. К⁰риниб турганидек, сунгги таърифда БАга персиетирланувчи аллергик ялли²ланиш ва гиперреактивлик ³олати деб, ялли²ланиш механизмини конкретлаштириб берилиши, ⁰згарган реактивлик деган ибора ⁰рнига конкрет – гиперреактивлик, ва айнит¹са, бунини персиетирланувчи ялли²ланиш эканлигини ¹айд этилиши прогрессив й⁰налишидир.

БА – нафас й⁰лларининг сурункали ялли²ланишидир. Мойиллик б⁰лганда бу ялли²ланиш натижасида хуружли йуталиш такрорланиб туради, хириллашлар пайдо булади, к⁰кракда ситилиш ва нафаснинг ¹ийинлашиши тарзида булади. Ялли²ланиш натижасида респиратор трактнинг аллергенлар, кимёвий таъсиротлар, тамаки тутуни, сову¹ хавога ёки жисмоний з⁰ритишларга таъсирчанлиги кескин ошади. Улар таъсир ¹илганда нафас й⁰ллари шишиб, спазм юзага келади, к⁰п ми¹дорда шилли¹ ишлаб чи¹илиб, нафас й⁰лларининг таш¹и таъсирларга гиперреактивлиги ортади. Натижада юзага келадиган бронхиал обструкция спонтан ³олда ёки дорилар ёрдамида ⁰тиши мумкин. Афсуски баъзи ³олларда т⁰лик кетмаслиги ³ам мумкин.

БАга асосан нафас й^олларидаги 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 олиншига т^остинлик [±]илади.

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

Шундай қилиб, БАнинг янгича ифодаланиши прогрессив б^олибгина [±]олмай, мунозарали ³амдир.

ТАРҚАЛИШИ дунё а³олисининг 100 миллиондан зиёдроги БА хасталигига мубтало б^олган ва бунинг натижасида даволашга сарфланадиган мабла²лар, шуниндек ме³натга лаё[±]атлигини й^ототиш ва оилавий муаммолар кескин ортиб бормо[±]да. БА болалар орасида к^опайиб кетмоқда, айни[±]са урбанизация ю[±]ори б^олган ҳудудларда. Бу эса яшаш жойининг яхши вентилляция [±]илинмаслиги, турар жойдаги аллергенлар (юмшоқ жи³озлар – гилам, мебель, ^орин-к^орпада б^оладиган уй канаси, уй ³айвонлари, айни[±]са мушук жуни), тамаки тутуни, вируслар, аэрополлютантлар ва кимёвий таъсиротлар, дорилар ва ози[±]-ов[±]атларнинг аллергенлик хусусиятига бо²ли[±]дир. Ирсий факторнинг роли т^о²рисидаги муаммо эса ³анузгача ани[±] ^оз ечимига эга б^олмай [±]олмо[±]да.

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

ЭТИОЛОГИЯ

ёозирги кунда касалликнинг келиб чи[±]иши сабаблари т^о²рисидаги тушунчалар, шунингдек нафас [±]исиши хуружуни олдини олиш борасида ишлаб чи[±]илган услублар ва узо[±] муддатга м^олжалланган даволаш дастурининг тузилиши касалликка [±]арши курашишга янгича ёндошишини шакллантиради.

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

БАни ривожланишига олиб келувчи сабабларга тез-тез [´]РВИ, бронхит, к^ок й^отал натижасида бронхлар шилли[±] [±]авати киприкли эпителийсининг жаро³атланиши натижасида шилли[±] [±]аватининг аллерген ва токсик моддаларга нисбатан ^отказувчанлиги ортиши олиб келиши мумкин.

ПАТОГЕНЕЗ

Нафас й^олларидаги ялли²ланиш бронхиал обструкцияни 4 хил й^ол билан келтириб чи^таради: 1) ^отқир бронхоконстрикция-силлик мушак спазми натижасида 2) ^отқир ости бронхоконстрикция – хаво йуллари шилли^т ^таватининг шишиши туфайли; 3) сурункали – ёпишқок ^тую^т бронхиал шилли^тнинг бронхлар ва айлани^тса терминал бронхлар обструкцияси туфайли ва нисоят, 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 й^от^олиши, базал мембранада коллаген толаларининг хаддан зиёд ^топланиши, бронхлар ^тон томирларининг кенгайиши ва шилли^т ^таватининг шишиши кузатилади. Бронхлар шилли^т ^таватида ва уларнинг торайтирувчи шилимши^т ти^тинларда к^оп ми^тдорда ялли²ланиш хужайра элементлари топилади.

Бронхоальвеоляр лаваж усули, биопсия усулини к^оллаш натижасида, БАНинг нафас йулларининг сурункали персистирланувчи ялли²ланиш касаллиги эканлиги ва хатто унинг симптомсиз даврида ҳам ялли²ланиш белгилари сақланиши ани^тланган.

БА патофизиологияси ^татор хужайравий механизмлардан иборат бўлиб, ялли²ланиш хужайравий элементлари макрофаглар, юмоло^т-семиз хужайралар стимуляциясини ^оз 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^т-семиз хужайралар таъсирланишидан далолат беради. Брондилятаторлар ва неодокомил натрий шу бос^тида бронхоспазмга таъсир ^тила олади, глюкокортикоидлар (ГКС) эса й^от^о.

Кечки реакциялар бронхлар ^отказувчанлигини камайиши, улар реактивлигининг ортиши билан характерланади. Бу реакциялар неодокомил натрий ва кортикокортикоидларга бўйсинади, р-2 – адренергик бронходиллятаторлар эса коррекция ^тила олмайди. Бу бос^тида нафас йулларига эозинофиллар чи^тиши, цитокинларнинг ажралиши, эндотелиал хужайралар юзасига адгезияланувчи молекулаларининг экспрессияси кузатилади. Буларга ^тайд этилган дориларнинг таъсири хали ^органилмаган.

Ялли²ланиш юзага келишида ^опка структура элементларидан фибробластлар, эпителиал ва эндотелиал хужайралари иштирок этади. Улар макрофаг ва семиз хужайралар ва Т-лимфоцитлар билан ^татор цитокинларнинг ишлаб чиқилишига олиб келади ва бронхларда сурункали ялли²ланиш юзага келиши ва ривожланишида роль ^ойнайди.

Бу жараёнлар неодокомил натрий (интал), кортикокортикоидлар таъсирида ижобий томонга силжиши мумкин. Уларни барва^тт ^толланмаслиги эса ялли²ланишнинг кучайиши натижасида бронхлар девори шилли^т ^таватининг сезувчанлиги ^озгариши натижасида гиперреактивлик ҳолати ва бронхлар обструкциясини прогрессивланишига олиб келади.

КЛИНИК КУРИНИШ

Бундай беморларда нафас йулларида сурункали ялли²ланиш й^оталиш, хириллаш хуружларига сабаб бўлиб, к^окракда ^тисилиш ³исси пайдо бўлади ва нафас олиш, ва айлани^тса, нафас чи^тариш

тийинлашади. Касаллик симптомлари бир неча даъидадан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Нафас сиџилиши хуружлари енџил, о²ир, баъзида эса фатал б^олиши мумкин. О²ир хуружларда тиббий ёрдамнинг т^ори ва барваџт к^орсатилиши му³имдир.

Астмаолди холат

Астмаолди ³олати џуйидаги белгиларни ^оз ичига олади:

- 1) ^опка ва бронхларнинг ^откир рецидивланувчи ёки сурункали обструктив синдроми билан кечувчи касалликлари;
- 2) ^опкадан ташкари аллергик холатлар – аллергик ринит, эшакеми, квинке шиши, мигрень, дорилар аллергияси;
- 3) ^{тон} ва бал²амда эозинофилия;
- 4) наслий аллергик касалликларга мойиллик.

Астмаолди ³олатини аниџлашда 1-групп белгиларининг бошџа гурухлардан бир ёки бир нечтаси бирга келиши мухим. Бронхлар обструкцияси синдроми клиникада триггер омиллар таъсирида хуружсимон й^отал ва ³ансираш билан кечади. Триггер (^џ^оз²атувчи) омилларга турли хидлар, совуџ хаводан нафас олиш, жисмоний з^ориџиш ва бошџалар кириши мумкин. Бу иккала симптом к^опинча ^озича ^отиб кетади.

Обструктив синдром патогенезида бронхоспастик компонентнинг устунлиги ётишини бронхолитиклар (сальбутамол, беротек, астмопент) билан ингальяцияли синамаларнинг ижобий натижалари к^орсатади. Бунда бронхлар ^отказувчанлиги дастлабки к^орсаткичлари 20% га ортиши мумкин.

Объектив текширув натижасида астмаолди холатида касалликнинг асосий белгилари к^озга ташланади: ^опканинг пастки џисмларида џутисимон товуш, везикуляр нафаснинг сусайганлиги, џуруџ²ижилловчи ва хуштаксимон хириллашлар. Шунинг билан бирга ^{тон}да ва бал²амда эозинофиллар миџдори ортади.

С^онгги йилларда дунё олимлари астмаолди холатини ажратмай, балки унга БА деб ёндаша бошладилар. Чунки БАни ёшларда тикланувчи обструкция ёки БАнинг «й^оталли» варианты сифатида кечиши мумкинлиги кайд этилмокда.

Бундай ёндошиш мунозаравий б^олсада барваџт даволашни ташкил џилишда ва бронхларнинг тикланмас (^џайтмас) обструкциясини олдини олишга ёрдам беради.

БАнинг ^озига хос клиник симптомлари

БАнинг асосий клиник белгиси: нафас џисиши хуружи ва унинг эквивалент белгилари (хуружсимон тунги йутал, т^ош ортида џисилиш³исси).

Нафас џисиши хуружининг ривожланиш 3 даврдан иборат:

1-давр – хуруж даракчилари даври: бу турли беморларда турлича б^олиши мумкин: томо²да џичишиш ва й^отал, тери, к^оз, џулоџнинг џичиши, к^оп сийиш ва бошџалар. Шу даврда хуружни џайтариш осонроџ б^олади.

2-давр – экспиратор нафас џисилиш хуружининг авж олиши. Бемор бунда к^окракда џисилиш хис этади, нафасни т^олиџ чиџара олмайди. Нафас чиџарилиши 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 чуқурчаси, тоғир²алар орали²и нафас олинганда ичга тортилади. Буйин веналари б⁰ртади. Ва¹ти-ва¹ти билан кам бал²амли туру¹, йутал кузатилади. Бал²ам ёпишкок, ту¹, баъзида эса к⁰пикли б⁰лади.

Перкуссияда о⁰пка устида тимпаник тоғуш эшитилиб, о⁰пканинг ту¹йи чегаралари пастга силжийди;

Аускультацияда — к⁰п ми¹дорда туру¹ хуштаксимон, ²ижилловчи хириллашлар нафас чи¹тариш фазасида нисбатан анча кучлиро¹ эшитилади, нафас чи¹тарилиши олишга нисбатан анча ч⁰зилган б⁰лади. Юрак чегараларини о⁰пканинг жуда кенгайганлиги туфайли ани¹лаб б⁰лмайди. Юрак тонлари б⁰и¹ б⁰либ, о⁰пка артериясида II тон акцентли б⁰лади. Пульс тезлашади, таранглиги сусайган б⁰лади. Хуруж узо¹ давом этганда юракнинг о⁰нг то¹ринчаси етишмаслиги аломатлари: жигарнинг катталашуви, оё¹ларда шиш кузатилади.

Бал²амда типик о⁰згаришлар — эозинофиллар, кам холларда Шарко-Лейден кристаллари ва Куршман спираллари топилиши мумкин.

Хуружлар о²ир б⁰либ, узо¹а ч⁰зилса, ЭКГда о⁰згаришлар б⁰лиши мумкин (юрак электр о⁰тининг о⁰нга силжиши, S тишининг I да чу¹ур, R тишининг III, avF да баланд б⁰лиши мумкин. Шунингдек S-T сегментининг III, avF да инверсияси кузатилади; R тиши II, III стандарт узатмаларда баланд, о⁰ткир учли V1 да манфий б⁰лиши, ҳамда баъзида 2 фазали R тиши V1, V2 да, S-T сегментининг инверсияси о⁰нг к⁰крак узатмаларида б⁰лади; Гис тутами о⁰нг оё¹часи блокадаси учраши мумкин. Рентгенологик текширув о⁰пка т⁰тимаси ёру²ланишини орттанлигини, диафрагманинг суст харакатини та¹йд этади.

3-давр — хуружнинг пасайиши. Беморда бал²амли й⁰тал б⁰либ, к⁰п ми¹дорда бал²ам чи¹танидан с⁰нг, беморнинг а³воли енгиллашади. Хуруж регрессияси турли беморларда турлича б⁰лиши мумкин — баъзиларда тез о⁰тса, бош¹аларда хуружнинг о⁰тиши ту¹йин б⁰либ, беморни холдан тойдиради.

Кейинги ва¹тларда БАнинг классик ту⁰ринишидаги хуружлари камайиб бормокда. Баъзи холларда БА бронхлардаги ялли²ланиш билан кечадиган сурункали бронхит фонида шаклланади. Бундан таш¹ари с⁰нгги йиллар мобайнида БАнинг кам симптомли клиник кечиши ва унинг та¹йтмас обструкцияларга сабаб б⁰лиш холлари к⁰пайгани та¹йд этилмокда.

БАнинг патогенетик вариантлари

Атопик вариант. К⁰прок ёшларда учрайди. Типик белгиси б⁰либ, астма хуружларининг аллергия факторлари (чанг, о⁰симлик чанглари, ов¹ат, дорилар ва х, .к.) билан бо²ли¹лиги хисобланади. Аллергенинг элиминацияси я¹тол ижобий самара беради. Хуруж тезкор ривожлаб, ани¹ клиникага эга. Хуруж й⁰тал ва ёпиш¹о¹ бал²ам к⁰чиши билан тугалланади.

ронда ва бал²амда эозинофиллар к⁰паяди, аллергиялар билан тери ва провакацияловчи синамалар натижаси мусбат б⁰лади. Хуружлар орасида касаллик белгилари кузатилмайди. ронда гистамин ми¹дори к⁰паяди.

Инфекцияга бо²ли¹ вариант. Бизнинг регионда тез-тез учрайди. Бактериялар ва уларнинг парчаланиш махсулотлари семиз хужайралар, базофиллар, бронхлар эпителийсидан ялли²ланиш медиаторлари ажралиб чи¹ади ва бронхларда инфекцион ялли²ланишни

юзага келтиради, бу эса °з навбатида бронхлар обструкциясига олиб келади. Бу вариантда вируслар алохида °рин тутати, чунки респиратор вирус инфекцияси яллигланишни авж олишигагина эмас, хатто БАнинг манифестациясига олиб келади.

Касалликнинг ±°зиши, одатда инфекция °чо²ида к°зиш билан бошланади. Касаллик ч°зилиб кетади, хуружларни енгиш кийин б°лади. Асоратлар жуда эрта бошланади; астматик ҳолат юзага келади; бронхит аломатлари билан бирга кечади. Ҳонда к°про± ялли²ланиш белгилари б°лади, бал²амда к°п ми²дорда лейкоцитлар б°лади.

Аутоиммун вариант – о²ир ва узлуксиз рецидивли кечади. Касаллик ёшликдан бошланади. Бунда аутолимфоцитлар билан тери синамаси мусбат б°лади, тон зардобиди фосфатаза ани¹ланади.

Дистормонал вариантнинг °зига хос белгиси глюкокортикоид терапияга бо²ли± б°лишидир. Гормонал дорилар ми²дорининг камайтирилиши бе мор ахволининг огирлашувига сабаб б°лади. Беморларда тухумдон фаолиятининг бузилиши кузатилиб, бу айнитса аёлларда климакс даврида з°раяди.

Нерв-рухий варианты диагностикаси бемор шахси рухий хусусиятларига бо²ли± б°лади, бунда аксарият ҳолда рухий травма, конфликт ҳолатлар, дизэнцефал зона бузилишлари, сексуал сферада бузилишлар алохида °рин тутати.

Дисадренергик вариант – бунда БАли беморларда β-2 рецепторлар блокадаси ва β -1 рецепторлари сезувчанлиги кескин ортганлиги тайд этилади. Бронхларнинг симпатомиметик бронх кенгайтирувчи дозаланган ингаляторларга таъсирчанлиги камаяди, адреналинга, эфедринга тескари – парадоксал реакция кузатилади. Бу вариант ту²ма биологик дефектлар б°лганда, ёки β -2 рецепторлар блокадаси симпатомиметикларни хаддан зиёд к°п к°лланилиши туфайли ҳам б°лиши мумкин. Шунингдек бу ҳолатга вируслар агрессияси, гипоксимия; ацидоз ҳам сабаб б°лиши мумкин. Ҳонда глюкоза ми²дорининг парадоксал камайиши адреалин юборилишидан кейин юзага келиши бу вариантни тасди¹лайди.

Холинергик вариант – адашган нерв – n. vagus нинг³ аддан зиёд ютори фаоллиги туфайли юзага келади. Беморларнинг асосий шикояти – тунги хуружларга б°лади ва у жуда к°п ми²дорда с°лак ажралиши, бурундан шили± отиши билан характерланади. Беморларда тизил дермографизм кузатилади.

Жисмоний з°рикиш астмаси ва аспири астмаси – бу вариантлар асосида бронхлар реактивлигининг бирламчи °згариши ётади. Клиникада бу вариант жисмоний з°ритиш, совук³ аводан, кучли³ идлар, тамаки тутуни туфайли содир б°лади. Экспиратор³ ансирашли хуружлар ацетил кислотаси ва шу гурух таъсирига ятин дорилар (метиндол, аналгин, баралгин ва бошталар) га нисбатан кузатилиб, у рецидивланувчи полипоз риносинусопатия билан кечади. БАнинг бу варианты нисбатан к°прок учрайди.

Жисмоний з°рикиш астмаси жисмоний³ аракатдан с°нг 10- 15 минут (баъзан 1 соат) дан кейин бошланиб, спонтан °тиб кетиши мумкин, ёки β -адреностимуляторлар яхши ёрдам беради.

Аспирин астмаси ёки астматик учлик (триада) га аспири ёки бошта ностероид ялли²ланишга тарши дорилар гуру³ига нисбатан

хуружлар б^олиши ва полипоз риносинусит киради. Астматик учлик БАли беморларнинг 8% да учрайди.

БАнинг клинко-патогенетик вариантларини назарда тутиш даволашни самарадорлигини оширибгина $\pm$ олмасдан, БАнинг иккиламчи профилактикасида ³ам му³им ^орин тутаяди.

БАнинг ТАСНИФИ

Европа респиратор жамияти БАни ^опканинг сурункали обструктив касаллигига киритади, бунда сурункали обструктив бронхит, ^опка эмфиземаси ³ам шу гурухга киритилади, яъни БАнинг асосий клиник симптомлари бронхлар обструкцияси – торайиши туфайли эканлигига ур²у берилади.

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

Эндиликда БАнинг таснифи муста $\pm$ ил нозология сифатида – яъни сурункали аллергик касаллик деб, уни ^о2ирлик даражаларига $\pm$ араб, тасниф $\pm$ илиш амалий ва стратегик жи³атдан му³им деб $\pm$ аралаяпти.

БА б^ойича глобал инициатив гуру³и БА ^о2ирлик даражаларини $\pm$ уйдаги к^орсаткичларга асосан ани $\pm$ лашни тавсия этади:

1. Ҳафтада тунги симптомлар ми $\pm$ дори.
 2. Ҳафтада кундузги симптомлар ми $\pm$ дори.
 3. β -2 агонистлар $\pm$ оллашга э³тиёж.
 4. Жисмоний фаоллик ва уй $\pm$ унинг бузилиш даражаси.
 5. Нафас чи $\pm$ аришнинг максимал к^орсаткичлари, унинг лозим б^олган ва оптимал к^орсаткичларга нисбатан фоизли нисбати.
 6. Нафас чи $\pm$ аришнинг максимал к^орсаткичларининг ^озгаришлари.
- Бу тасниф $\pm$ уйидагича та³лил этилади:

Енгил персистирланувчи астма. Бу форма беморда касаллик хуружлари симптомининг ³афтада 1 марта ёки ундан к^опрок, 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^оп б^олади. Беморларда максимал нафас чи $\pm$ арилиши ³ажми (МНЧХ) ёки 1 секундли кучли нафас чи $\pm$ ариш ³ажми (КНЧХ1) лозим б^олган катталикларнинг 80% га тенг, сутка давомида унинг ^озгариши 20-30% атрофида б^олади.

Ўрта ^о2ирликлаги персистирланувчи астма узо $\pm$ ва $\pm$ т мобайнида кунда касаллик симптомларининг кузатилиши билан кечади; тунги астма симптомлари ³афтада 1 мартадан зиёдро $\pm$ б^олади, бемор ³ар куни β -2 агонистларини ишлатишга э³тиёж сезади. Уларда МНЧХ ва КНЧХ1 к^орсаткичлари лозим к^орсаткичларининг 60-80% ни ташкил этади. Уларнинг суткалик ^озгариши 30% дан орти $\pm$ б^олади.

^О2ир персистирланувчи астма – беморда касаллик симптомлари узлуксиз узо $\pm$ ва $\pm$ т мобайнида кузатилади, тез-тез тунги хуружлар б^олади, жисмоний фаоллик чегараланади, дорилар $\pm$ абул $\pm$ илинишига $\pm$ арамасдан, ^о2ир бу²илиш – астматик хуружлар давом этади. МНЧХ ва КНЧХ1 даволашга $\pm$ адар норматив к^орсаткичларнинг 60% ни ташкил этади, унинг ^озгариши сутка давомида 30% дан ю $\pm$ ори б^олади.

КЛИНИКАДА БАнинг ^ота ^о²ир вариантыни ажратиш маъсадга 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.

БА АСОРАТЛАРИ:

- упка юраги (^откир, ^откир ости, сурункали),
- ^опка эмфиземаси,
- пневмосклероз,
- ^опка ателектази,
- интерстициал, медиастенал эмфизема,
- спонтан пневмоторакс,
- неврологик ва эндокрин асоратлар.

Касаллик кечишида ^тозиш ва ремиссия даврлари тафовут этилади.

Ушбу таснифнинг муаммоли томони шундан иборатки, БАнинг ^о²ирлик даражаларининг му³имлиги доимий бўлмай, баъзан прогнозлаш майин ^олатлар юзага келиши, салбий отибатларни юзага келиши мумкинлигидир. Шунинг учун БАни таснифлашда кенгро± ёндошиш маъсадга ^ар тарафдан мувофи±ро±дир деб ^ойлаймиз.

ДИАГНОСТИКАСИ

БА диагностикаси касаллик симптомлари та³илили ва яхшилаб йи²илган анамнез асосида ^тойилади. БАга ^туйидаги симптомлар хос: эпизодик ^ансираш, хуштаксимон хириллашлар, тунда ва эрта тонгда кучайувчи к^орак ^тафасида ^тисилиш ва й^отал. Бемор симптомларнинг такрорланиб туришини ва уларнинг аллергенлар, жисмоний з^ори±иш, учо±ли инфекциянинг ^тозиши, вирус инфекцияси, ирритантлар ^тоз²ашини ^тайд этади. Анамнезида мавсумий хуружлар, аллергик реакцияларга мойиллик, ирсий мойиллик ^тайд этилади.

БА диагностикасида таш±и нафас фаолиятини (ТНФ) текшириш обструктив синдром диагностикаси учун му³имдир. ТНФ текшириш бронхлар ^отказувчанлигини ани±аса, бу к^орсаткичларнинг ^озгариши бронхларнинг гиперреактивлиги ^атида маълумот беради. Бу маъсадда 2 усул эътиборга моликдир: 1 секунддаги куч билан нафас чи±ариш ^ажми (КНЧХ1), максимал нафас чи±аришнинг ^ажми (МНЧХ) ни ани±лаш. КНЧХ1 — спирометрда, МНЧХни пиклфлуометрда ^олчанади. Бронходилатацион тест бронхиал гиперреактивликни ани±лашда ёрдам беради.

Респиратор трактдаги ялли²анишни бал²амда эозинофиллар ва метахроматик ^аужайраларни ва ^тондаги ^озгаришлар ор±али ани±ланади.

КИЁСИЙ ТАШХИС

БА куйидаги касалликлар билан ^тиёсий таш³ис ^тилинади:

Сурункали обструктив бронхит булан — бунда ^ансираш ва нафаснинг ^тийинлашуви хуружсимон эмас, балки доимо бўлади, ва у й^отал ва жисмоний ^ааракатдан кейин з^ораяди. Бал²амнинг к^очиши беморга енгиллик ту²дирмайди; бронхлар обструкцияси ремиссия даврида ^ам ^тайтмас бўлади; эозинфилия ^олати бўлмайди; аллергенлар билан тери синамалари манфий бўлади.

Юрак астмасилан дифференциация тилиш мушкул вазифа, чунки БАли кекса касалларда к^оп ³олларда юрак хасталиги б^олади. Юрак астмасида хансираш аралаш типда-экспиратор ва инспиратор турда б^олади, бунда нафас тайнаётган сув товушини эслатувчи хириллаш билан ва к^опикли пушти ранг бал²амли б^олади. ¹пка усти сатхида ³ар икки тарафдан жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Юрак чап ¹оринчаси етишмаслиги шу ³олатга сабаб б^олган юрак хасталигининг ¹атор бош¹а симптомлари билан кечади.

Истерик астма – к^опинча ёш аёлларда учрайди ва стрессли ³олатлардан с^онг ³ансираш хуружи б^олиши мумкин. Лекин бунда нафас частотаси 40-50 мартагача б^олиб, юзаки б^олади – у "кучук ³ансираш" ни эслатади. Аускультацияда ^опкада ^озгариш б^олмайди.

БАни ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ. Ёозирги даврда БАни даволашдаги янги ёндошишлардан бири – бу унинг негизли – ёки базис терапиясининг ишлаб чи¹илишидир. Негизли давонинг БАда асосан ялли²ланишга таъсир этиши асос тилиниб олинган.

Шундай тилиб, БАнинг негизли давоси асосини ялли²ланишга ¹арши терапия ташкил этиб, унга ¹уйидагилар киради:

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

БАнинг енгил ва ^ортача ^о²ир бос¹ичларида даволаш ялли²ланишга ¹арши 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 ингибиция тилиши ва сурункали ялли²ланишнинг кейинги бос¹ичларига ³ам, демакки, бронхиал гиперреактивлигини камайтира олиш хусусиятига эга.

Интал плюс (хромглицат натрий+сальбутамол) – комбинирланган доривор препарат б^олиб, сальбутамол – селектив β-2 симпатолитик – бронхларни кенгайтирувчи таъсирга, интал эса бронхоспазмни олдини олади, семиз ³ужайралардан гистамин ажралишини т^охтатади. Интал-плюс БА хуружларини т^охтатиш учун ёрдам бермасада, систематик даво учун ¹олланилиши ма¹садга мувофи¹дир.

Тайлед – аллергия медиаторлари ажралишини тормозлайди, у к^опро¹ 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 ¹олланилади.

Ингаляцион кортикостероидлар эффектив ва хавфсиз ³исобланади. Кортикостероидларни системали ¹оллаш асосан бош¹а усуллар, жумладан ингаляцион кортикостероидлар, самарасиз б^оганда ¹олланилади.

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

Махсус гипосенсибилизация – иммунотерапия аллергик махсус шифохоналарда олиб борилади. Уни фафат БА ва инфекция °чофлари симптомлари ремиссияси даврида олиб борилади.

Бронходилататорлар – бу гурух препаратлари бевосита БА хуружини энгиш учун ±°лланилади, аммо улар к°проф симптоматик мохиятга эга б°лганлиги учун монотерапия шаклида ишлатилиши мафсадга мувофифэмас. Бронх кенгайтирувчи дорилар хуруж даврида дар³ол энгиллик ту²диради, аксарият³олда вафтинча самарага эга. Шунинг учун уларни фафат лозим б°лгандагина ишлатиш керак. Бу препаратлар 3 гурухга б°линади: 1) адренергик рецепторлар стимуляторлари – симпатомиметиклар; 2) антихолинергик моддалар – холинолитиклар; 3) метилксантинлар – миолитиклар.

1. Симпатомиметиклар – адренергик рецепторларга монанд б°лиши туфайли °з навбатида 3 гурухга б°линади: а) α- ва β-адренорецепторларни ±°з²атувчилар; б) β-1 ва β-2 рецепторларни ±°з²атувчилар; в) селектив β-2 адреностимуляторлар. β-2 адреностимуляторларнинг салбий тафсири кам б°лгани туфайли, БАда к°проф ишладилади.

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

Препаратлар: *тиска тафсирли β-2 агонистлар* – сальбутамол (вентолин); фенатерол (беротек); тербуталин (бриканил);

ч°зиф тафсирли (пролонгирланган), β-2 агонистлар – сальметерол (серевент, салметер); фермотерол (фародил).

2. Антихолинергик дорилар – парасимпатолитик ёки холинолитиклар – мускарин рецепторларни фамал филади ва адашган нерв n.vagus ни тафсирланишини камайтириш³исобига бронхларни кенгайтишига олиб келади. Ингаляцияли тури симпатомиметикларни беморларга ±°ллаш фийин б°лганда ишлайтилади.

Препаратлар: атровент – дозаторли аэрозоль, беродуал, тровентол.

3. Метилксантинлар – миолитиклар (теофиллин препаратари) – бронхлар деворига спазмолитик тафсир к°рсатувчи, инотроп тафсирли, нафас мушакларини толифтишини камайтиради. К°пинча ч°зиф тафсирли препаратлар ±°лланилади.

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

Бошфа доривор моддалар

Задитин (кетотифен) – аллергия медиаторларининг синтези ва экскрециясини тормозлайди, нафас йулларида аллергик ялли²ланиш ва гиперреактивликни ривожланишига т°сфинлик филади.

Аллергияга фарши иммуноглобулин, гистоглобулин. БАни ±°зишини камайтиради, касалликнинг кечишини энгиллаштиради, клиник ремиссияга олиб келиши³ам кузатилади.

Имностимуляторлар – интеркуррент °ткир респиратор касалликларни олдини олади, °чофли инфекциянинг ±°зишини камайтиради.

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

Касалликнинг ремиссия даврида натуротерапия (дориларсиз даволаш) [±]олланилиши ма[±]садга мувофи[±]. Натуротерапияга элиминацияловчи даво; маш[±]лар билан даволаш; фитотерапия ва комбинацияли даволар киради.

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

Маш[±]лар билан даволашга – нафас гимнастикаларининг барча турлари, гипо- ва гипербаротерапия, акупунктура, Су-жок терапия, специфик гипосенсибилизация, психотерапия киради.

ФИТОТЕРАПИЯни ^осимлик чангларида аллергияси бор беморларга айна[±]са сабабчи аллергенни ани[±]лаш [±]ийин б^олган ³олларда ^отказиш мумкин эмас.

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

Кортикостероидларни астматик статуснинг дастлабки бос[±]ичида [±]олланилади, ва бунда даставвал томир ичига шприцда 1/4-1/5 дозасини, кейин [±]олганини томчилаб юборилади.

БАни бос[±]ичма-бос[±]ич ёки «зيناпоясимон» даволаш касалликнинг о²ирлик даражаси ортиб боришига [±]араб дориларнинг ми[±]дорини ва [±]абул [±]илиш сонини орттириб боришни назарда тутати. Бу усулнинг асосий ма[±]сади – кам ми[±]дорда дориларни [±]оллаб яхши натижага эришишдир. Бунда врач даволаш усулини танлай била олиши, яъни касалликнинг бошидаё[±] максимал дозада дорилар, жумладан, кортикостероидли дориларни [±]ис[±]а курс сифатида [±]оллаб, кейин стабилизация ³олатидан кейин пасайтириши, ёки касалликнинг бошлан²ич даврдан о²ирлик даражига [±]араб, дориларнинг минимал ми[±]доридан бошлаб [±]оллашини ³ал [±]илиши зарур. Ёар икки ³олда ³ам ма[±]сад астмани назоратлай, яъни бош[±]ара олишдир, ва бу ма[±]садга 3 ой давомида эришишга муваффа[±] б^олинганди терапияни камайтиришни яхшилаб та³лил [±]илиш ва «зинопоядан» бир по²она – бир [±]адам пастга тушиш мумкин; бордию акси б^олса, унда бир по²она ю[±]ори к^отарилади; энг му³ими ³ар бир конкрет бемор ва конкрет ³олат учун даволаш усули танланади.

БАни бутунлай тузатиш ³озирча мумкин эмас. Аммо т^ори даволаш натижасида касалликнинг симптомлари ва хуружининг олдини

олса булади. БАни профилактикасида шунингдек атроф му³итдаги аллергенлар ва бошқа триггер-к^оз²атувчи таъсиротларни й^ототиш, улардан четланиш му³имдир.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР:

49 ёшли С исмли бемор 10 йилдан бери бронхиал астма касаллиги билан огриб келади. Бир неча марта нафас киши хуружи сабабли касалхонада даволанган. Касаллиги кайтламаслиги учун кунига 10-15 мг дан преднизолон қабул қилиб юради. Кейинги бир неча кун давомида нафас й^оллари ялли²ланиши сабабли нафас тисиш хуружи тез-тез тутиб, бал²ам ажралиши тийинлашган ва шунинг учун бемор «Беротек» билан ингаляция тила бошлаган, эфедрин ичган ва эуфиллин инъекциясини табул тилган. Нафас тисиш т^охтамаганлиги сабабли тез ёрдамга мурожаат тилган ва касалхонага келтирилган. Объектив текширилганда экспиратор ³ансираш, нафас олиш сонининг минутига 30 мартага, юрак тистаришлари сонининг минутига 120 мартага, артериал тон босимининг эса 180/100 мм симоб устунига тенглиги ани¹ланган. Аускультацияда упкада курук хуштаксимон хириллашлар эшитилади.

1. Сизнинг ташхисингиз
2. текширув режангиз
3. Бундай ҳолатда қандай даволаш усулини қўллаш керак

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу бўйича мультимедияда слайдлар, рентген сурати қўрсатилади.

Мавзу бўйича 1 та бемор таҳлил қилинди.

АУДИТОРИЯГА САВОЛЛАР:

Контрол саволлар

1. Бронхлар астмаси нима?
2. БА со²ли¹ни са¹дашдаги жиддий муаммоми?
3. БА муаммосини ечишга ёндошишларда ^озгаришлар борми?
4. БА билан о²риган беморда нималар қўзатилади?
5. Қимлар БА билан касалланади?
6. Нималар астмани келтириб ча¹иради?
7. БА патофизиологиясига замонвий ёндошиш тандай?
8. Астмаолди ³олати нима?
9. БАнинг узига хос клиник симптомлари борми?
10. БАнинг патогенетик вариантларининг ^озига хос хусусиятлари тандай?
11. БАнинг таснифи қандай?
12. БА диагностикаси, дифференциал диагностикаси.
13. БАни даволаш принциплари

ХУЛОСА

БА дунёда энг кўп тарқалган касалликлардан биридир. УЖССТ маълумотларига кўра БА катта ёшдагилар ичида 5%, болаларда — 10% гача ўтайд эитлмокда. Ва келгусида бу касалликнинг янада кўпайиши кутилмокда. БАнинг оўир турлари сони ортиб бормоўда. Бу эса организмга поллютантлар, аэроаллергенларнинг салбий таъсири саўланиб ўлаётганлиги билан узвий боўликдир. Шу сабаб бу муаммо дунё олимлари диўатат марказида ўлмокда.

БА этиологиясида бирор бир аниўликлар бўлмасада, кейинги даврда унинг моўиятига ёндошишда ўзгаришлар бўлиб, унинг асосида яллиўланиш механизми устун туриши ва шунинг натижасида гиперреактивлик ва обструкцияланиш юзага келиши ўлати аниўланади.

Шунингдек астма олди ўлатига БА деб ўараш лозимлиги тавсия эитлган.

Касалликни даволашда бирлик босўичларига ўараб «ўадамлаб» даволаш жорий эитлди ва унинг асосий яллиўланишига ўарши дорилар бериш усули билан «негизли» даволаш татбиў ўилинди.

Шундай ўилиб, БА юзага келтурибчи мураккаб жараёнларни англаш, ўар бир алоўида ўолда касалликнинг клиник симптоматикасини ўрганиш, ўз ваўтида керакли давони ўўлаш БА оўир ва асоратланган кечишини, беваўт ўлимнинг олдини олишга имкон беради. Энг муўими, беморларнинг ўаёт сифати ва мазмунига, унинг тўлаўонли бўлишига ёрдам беради.

Ўозирги ваўтда БАни даволаш учун фармокологик препаратлар ёрдамида рационал даволаш тизими ишлаб чиўилган, беморни ўз-ўзига ёрдам бера олишига ўргатиш (астма мактабларида), триггерларни элиминация ўилиш, натуротерапия усулларида фойдаланиш масалаларига жиддий ёндошилмоўда; ва шу асосда БАни даволашда интеграл терапияга асос солинди ва булар яўин келажакда яхши натижаларга олиб келиши шубўасиздир.

.

АДАБИЎТЛАР :

1. Руководство по пульмонологии. 2 томли, 1.В. Путов ва Г.Б. Федоссов таўрири 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.