

ТИББИЁТ ОЛИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ДАРСЛИК

Профессор М.М.Хақбердиев,

Доцент Н.Ч Абдуллаев, Н.А. Каратаева

БОЛАЛАРДАГИ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАР

Тошкент 2013

Таниқли олим мухтарам устозимиз профессор М.М. Хақбердиевнинг хотирасига бағишланади.

Ўзбекистонда тиббиёт фанининг аллергия соҳасининг ривожланишида М.М. Хақбердиевнинг хизматлари чексиз. Ҳозирги даврда профессор М.М. Хақбердиевнинг регионал аллергиянинг амалий жихатларига бағишланган илмий ишларини амалиётда кенг қўлланилмоқда.

Тузувчилар Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти. 1-Госпитал педиатрия ноанъанавий даволаш асослари клиник аллергология кафедраси доценти Абдуллаев Н.Ч., ва ассистентлар Каратаева Н.А.

Дарсликда аллергик касалликлар ва уларнинг келиб чиқиши сабаблари, патогенези, ирсий мойиллик тўғрисида, шу билан бирга болалардаги аллергик касалликларнинг турлари ҳақида сўз юритилади . Аллергик касалликларнинг олдини олиш ва антиаллергик иммунотерапия, даволаш чора-тадбирларига алоҳида тўхталиб ўтилади

Дарслик тиббиёт институти 6 курс талабаларига мўлжалланган.

Тақризчилар

- 1.Бухоро Давлат Тиббиёт институти т.ф.д. Ш.И. Наврузова
- 2.ТошПТИ Патофизиология кафедраси доценти Н.Н. Ниғматов.

Тузувчилар:

- 1.Доцент Н.Ч Абдуллаев
2. Ассистент т.ф.н. О.Т.Тухтаева
3. Ассистент Н.А. Каратаева

МУҚАДДИМА

Болаларда аллергия - ҳозирги замон тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Организмга ёт моддалар тушганидан сўнг унинг ўзгарган реактивлигини белгилаш учун тиббиётга 1906 йили Австриялик педиатр К. Пирке томонидан «аллергия» термини илк бор киритилган эди. Ҳозирги вақтда бу тушунча кенг қўламда тиббиётда мустақил фан соҳаси бўлиб «аллергология» деб номланади.

Тарихий жиҳатдан аллергологиянинг ривожланиши ўзаро узвий боғлиқ икки йўналиш бўйича боради. Биринчи - экспериментал аллергология. Бу йўналиш лаборатория ҳайвонларида тажрибалар ўтказишга асосланган. Иккинчи - клиник аллергология. Бу йўналиш ҳар хил аллергия касалликлар билан ҳасталанган беморларни кузатиш ва текширишларга асосланган.

Ҳозирги даврда аллергология алоҳида тиббиёт фани сифатида кенг тарқалиб бормоқда. Аллергология муаммосига қизиқишнинг ортиши қатор сабаблар билан тушунтирилади.

Буларга болалар ва катта ёшлилар ўртасида аллергия касалликларнинг кўпайиши, оғир клиник кечишга эга бўлиши, уларни ўлим билан яқунланиши, шунингдек, халқ орасида яширин сенсibiliзациялашган «потенциал аллергия» шахслар сонининг кўпайиши ва уларни қулай шароит пайдо бўлганда аллергиянинг рўйи рост клиник шакллари билан касалланиши мумкинлиги муҳим аҳамиятга эга.

Ҳар хил соҳадаги шифокорлар аллергия билимидан хабардор бўлишлари муҳим ва зарур, чунки организмнинг ҳоҳлаган тўқимаси аллергия механизми бўйича шикастланиши мумкин. Шу туфайли аллергия патология масалалари билан педиатрлар, терапевтлар, оториноларингологлар, дерматовенерологлар, гастроэнтерологлар, кардиологлар, невропатологлар ва бошқ ҳам қизиқмоқдалар.

Шундай қилиб, аллергия тиббиётнинг турли соҳалари намоёндаларини бирлаштирувчи вазифасини бажаради, бу эса аллергия касалликларини камайтириш учун курашда даволаш-профилактика тадбир-чораларини такомиллаштиришни ва аҳоли соғлигини мустаҳкамлашда ниҳоятда муҳим аҳамиятга эга.

Аллергология кўп қиррали фандир. Ҳозирги замон аллергологиясининг энг асосий масалалари қуйидагилардан иборат: аллергия касалликларни эрта ташхислаш ва даволаш чора тадбирларини такомиллаштириш, касалликнинг клиник белгиларини махсус ташхислаш ёрдамида аниқлаш, ва профилактика ишларини яхшилаш шулар жумласидандир.

Ўзбекистонда аллергия бўйича илмий тадқиқотлар муваффақиятли олиб борилмоқда. ТошПМИнинг клиник аллергия курсида регионал аллергологиянинг долзарб муаммолари ўрганилмоқда.

Ўзбекистонда биринчи аллергия кабинет 1963 йили Самарканд шаҳрида ташкил этилди. Ҳозирги вақтда республикада катта ёшли беморлар ва бемор болалар учун мўлжалланган аллергия кабинет марказлар муваффақиятли ишлаб турибди. Тошкент шаҳрида аллергия кабинет беморлар учун аллергия марказлари, вилоятларда ҳам аллергия кабинет марказлар,

аллергология кабинетлари халқ саломатлиги йўлида хизмат қилмоқда. Мана шундай аллергиялогик муассасаларда аллергиялогик патология билан ҳасталанган беморларда ихтисослаштирилган даволаш-профилактика ёрдамлари кўрсатилмоқда.

Тошкент ВЗИТИ негизида 20 турдаги чанг, ҳашорат, маиший аллергиялар саноат усулида тайёрлаш йўлга қўйилган.

ТошПТИ негизида Ўзбекистон тиббиёт таълими тизимида 6-курс талабалари учун «аллергология» курси 1997 йилдан бошлаб фаолият юритиб келмоқда. 2007 йилда №1Тошкент клиник шифохонасида болалар «аллергология» бўлими ташкил этилди. ТашТМА негизида эса аллергиялогия маркази ташкил этилди.

УМУМІЙ АЛЛЕРГОЛОГІЯ

УМУМИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЯ ХАҚИДА ТУШУНЧА.

Аллергик касалликлар тобора кўпайиб бораётганлиги муносабати билан Ватанимизда аллергологик хизмат ривожланиб бормоқда. Аллергик касалликларни анқинлаш, даволаш ва уларнинг олдини олиш мақсадида ҳал қилиниши лозим бўлган кўп муаммоларни ечиш учун аллергологик кабинетлар, касалхоналар, кафедралар ва илмий – тадқиқот лабораториялари ташкил этилган. Бу муассасалар тобора кенгайиб, ривожланиб бормоқда. Россия Фанлар Академиясининг фахрий аъзоси академик Л.Д. Адо Ватанимизда аллергологик хизматни ташкил қилишда асосчи ва етакчи олим ҳисобланади. Унинг 30дан ортиқ шогирдлари: фан докторлари ватанимизнинг турли шаҳарларида аллергологик хизматни ривожлантиришда ўз ҳиссаларини қўшмоқдалар.

Ўрта Осиёда биринчи аллергологик кабинет Самарқандда ташкил қилинди. Профессор Хақбердиев М.М аллергологик кабинет ходимлари аллергологик касалликлар тўрисида аҳоли ўртасида кенг тушунтириш ишлари олиб борганлар. Кейинчалик Андижон шаҳрида аллергологик кабинет ишга тушди. 1972 йилда Тошкентда катталар учун республика аллергологик маркази тузилиб ишлай бошлади.

Маълумки, бола организми ўзига хос анатоми – физиологик хусусиятга эга. Болаларнинг юқори нафас йўллари, юрак – қон томир системаси, меъда-ичак тракти 15 ёшгача турли ўзгаришларни ўтказади. Ватанимизнинг кўзга кўринган олими, болалар врачлари, академик Ю. Ф. Домбровская ҳозирда болалар ўртасида аллергологик касалликлар кўкрак ёшидаги болаларда ва ҳатто эндигина туғилган чақалоқларда ҳам учрай бошлаганини алоҳида уқтириб ўтади. Шунинг учун ҳам, болалардаги аллергологик касалликларни аниқлаш, олдини олиш ва даволаш ҳозирги замон медицинасининг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади. Катталардаги аллергологик касалликлар болалардан бошланганини ҳисобга олганда, бу масала янада муҳимлашади.

Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ташаббуси билан 1972 йилнинг октябр ойида Педиатрия Илмий – Тадқиқот Институти ҳузурида болалар учун аллергологик марказ ташкил қилинди. Марказда аллергологик маслаҳат поликлиника, бўлим ва лабораториялар бор. Марказда Республикамиз вилоятларига мутахассис педиатр-аллерголог врачлар тайёрлаш ишлари олиб борилади.

Болалар аллергологик маркази касалликларни аниқлаш ва даволаш учун Москва, Қозон, Перм , Ставропол шаҳарларидан аллергенлар олинади. 1974 йилдан бошлаб Тошкент Зардоб тайёрлаш Илмий – Тадқиқот Институти пахта, пилла, уй чанги ва ўсимликлардан аллергенлар тайёрлашга киришди. Шундай қилиб Ўрта Осиё Республикалари шароитида юзага чиқадиган аллергия касалликларни шу ердаги шароит аллергенлари билан аниқлаб, даволаш имконияти туғилди.

Республикамизда ўлка аллергологиясининг ривожланиши аҳоли соғлигини муҳофаза қилишда олға қараб қўйилган муҳим қадам ҳисобланади.

Аллергологик марказга юбориладиган бемор олдин аллергологик консултатив поликлиникага мурожат қилиши лозим. Аллерголог бемор болани ҳар томонлама чуқур текширишни назарда тутиб, унинг ота – онаси ўзлари билан қуйидаги ҳужжатларга эга бўлишлари тавсия этилади.

1. Даволовчи врач педиатрнинг махсус йўлланмаси. Йўлланмада бемор бола касаллигининг тўлиқ ташҳиси ва олдин ўтказилган даволар ҳақида қисқача маълумот бўлиши шарт.
 2. Умумий қон ва пешоб таҳлили.
 3. Кўкрак қафасидаги органларнинг (ўпка, юрак, бронх йўллари) рентгеноскопияси ҳақида тўлиқ маълумот.
4. Ахлатнинг умумий ва гижжа юзасидан текширилган таҳлили. Аллерголог ҳар бир бемор болани текшириш учун 1 соат вақт сарф қилади. Агар касални қабул қилиш вақтида бирорта мутахассис (эндокринолог, лор врач, гениколог, невропатолог) маслаҳати керак бўлиб қолса у ҳолда бемор бола аллерголог томонидан мутахассисга юборилади. Аллергологик консултатив поликлиникада бемор бола кўриб бўлингандан сўнг шу жойнинг ўзида шубҳа туғилган аллергенлардан аниқлаш пробаси (наъмунаси) қўйилади. Сўнг тегишли даволаш усуллари ва маслаҳат поликлиника шароитида ёки аллергологик бўлимларда олиб борилади.

Аллергия нима? Аллергия тушунчасини фанга 1906-йилда австралиялик врач-педиатр Фон-Пирке киритган. Бу сўз грек тилидан олинган бўлиб сўзнинг бирикмасидан иборатдир, чунончи, «аллос»-бошқа, «эргон»-жавоб бериш деган маънони билдиради. Бу иборани бир бутун қилиб олганда, таъсирга бошқача жавоб бериш деган тушунча келиб чиқади. Ҳозирги замон тиббиёт илмида аллергия деб организмнинг ҳар қандай ёт моддаларга нисбатан сезувчанлиги ошиб кетиши тушунилади. Организмга тушиб, унинг сезувчанлигини оширадиган ҳар қандай ёт нарсаларга аллергенлар дейилади. Сезувчанлиги ошиб кетган организмга тушган аллергенлар бир гуруҳ аллергик касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Турли дори моддалар, дори аллергияси, бир гуруҳ овқатлар (сут тухум, шokolод, балиқ) ва х.к. Юкори нафас ва меъда ичак йуллари аллергик касалликларини юкумли касалликларнинг олдини олиш мақсадида қилинадиган эмлаш воситалари зардоб аллергик касалликларини келтириб чиқаради. Болалар аллергик касалликларининг этиологияси ва патогенези турли туғмандир. Шунинг учун ҳам болаларда учрайдиган аллергик касалликларнинг келиб чиқиш сабабларини, ривожланишларини ва уларни бир бирига бўлган боғлиқлик муносабатларини ўрганиш лозим. Эрта баҳор, акация, чинор, терак, ёнгоқ ва бошқа мевали дарахтлар чирой очиб гуллайди, ёз бошланиши билан кетма-кет пичанзорлар, пахтазорлар ва ўтлоқлар чаман чаман бўлади. Ҳа, ана шундай баҳор, ёз, куз бирин кетин гуллаш фасллари дидир. Гуллар хид таратиш билан бирга чанг таркатади. Биз ҳаммамиз албатта табиатнинг бу

афсонавий, ажойиб гузалликларини севамиз. Лекин айрим кишилар борки дарахт ва усимликларнинг гуллашидан хосил бўлган чанглар ҳавога кўтарилиб, бурун, кўз, тамоқ, бронх шиллиқ қаватларига кириб, киши безовталанади. Натижада киши аксира бошлайди, йўталади, томоғида ўзига хос «қичишиш» аломатлари пайдо бўлиб, кузидан тинимсиз ёш оқади. Бу кўз илғамас ажойиб касалликдир. Ҳа, катталар ҳамда болалар орасида кенг тарқалган ҳар йилнинг муайян бир фасл ва ойларида такрор кўзғалиб турадиган касалликлар борки, уларнинг ҳозирги замон тиббиётида поллинозлар деб атайдилар. Бу касаллик ўсимликлар авжи гуллаган даврида пайдо бўлади. Касалликнинг оғирроқ шаклида эса терида каварик (эшакем), тана хароратининг юқори кўтарилиши, кўз шиллиқ қаватини яллиғланиши (конъюнктивит), кучли йўтал аломатлари пайдо бўлади. Кейинчалик бу ҳолат ўқтин-ўқтин нафас қисишига (астмага) олиб келади. Бунақа касаллик ҳолатларининг ҳаммаси аллергиянинг кўринишларидан бири ҳисобланади.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Табиатнинг ҳодисаларини тўғри тушуниш ва изохлаш учун логиканинг асосий қонунларига амал қилиш зарур. Улар қуйидагилар: Ўхшашлик қонуни, қарама-қаршилиқлар қонуни, инкор этиш қонуни ва етарлича асослилиқ қонунидир.

1. Ўхшашлик қонунига кўра фикрнинг тўғрилигининг муҳим хусусияти аниқдир, деб ҳисобланади.

Бунинг маъноси шуки, ўйлаш жараёнида ҳар бир фикр, у жараён неча марта такрорланганига қарамай, бир аниқ маънони сақлаб қолиши зарур.

Умуман терминологияни ўрганилганда, шу жумладан, аллергологик терминологияни ўрганилганда логиканинг ана шу қонунига қаттиқ риоя қилмоқ зарур.

Демак, терминологияни ўрганилганда ушбу термин қандай маънога эга эканлигини тушунмоқ керак.

Масалан, ҳозирги вақтда аллергия деб, генетик жиҳатдан бегона моддаларга нисбатан организмнинг специфик (махсус) сезув-чанлигини ошган ҳолати тушунилади, бундай модда эса аллер-гик антитаначаларни синтез қилиши ёки сенсбилизациялашган лимфоцитларни етилишини (стимуляция қилиш) қобилятига эга бўлиши зарур.

Ҳозирги вақтда аллергия тушунчаси айна шу маънони билди-ради. Аллергия масаласини муҳокама қилаётганда мунозара иштирокчилари мана шуни эсда тутишлари лозим. Агар мунозарада иштирок этувчиларнинг ҳар бири «аллергия» терминини бошқача талқин этишса у вақтда мулоҳаза ҳеч қачон самарали бўлмайди.

2. Қарама-қаршилиқлар қонуни бўйича: Бир предмет тўғрисида бир вақтнинг ўзида ва ўша нисбатда олинган икки қарама-қарши фикр дарҳол, биргаликда ҳақиқий бўла олмайди. Ҳақиқатдан ҳам кимдир икки хил мулоҳаза баён қилса, 1. «Аллергия» - организмнинг специфик сезувчан-

лигини оширишдир.2. «Аллергия организмнинг специфик сезувчанлигини камайишидир» деган мисоллар биргаликда олинганда тўғри бўлиши мумкин эмас. Бундай вақтда биринчиси тўғри бўлса, иккинчиси сохтадир.

Шундай қилиб, қарама-қаршиликлар қонунининг амалий талаби шуки, бир саволга бир вақтнинг ўзида ҳам «Ҳа» деб, ҳам «Йўқ» маъносида жавоб бериб бўлмайди.

3. Учинчисини инкор этиш қонуни қуйидагича фойдаланилади: Айнан бир нарса тўғрисидаги икки қарама-қарши фикр, бир вақтнинг ўзида ва бир хил нисбатда олинганда бир вақтнинг ўзида ҳам ҳақиқий, ҳам сохта бўлиши мумкин эмас, улардан бири ҳақиқий, иккинчиси сохтадир ва учинчиси бўлиши мумкин эмас.

Масалан, қуйидагича икки фикр мавжуд:

1. Аллерген-антиген табиатли модда бўлиб, организмни сенсibiliзациялаш қобилиятига эга ва аллергияни пайдо қилади.

2. Аллерген-антиген табиатига эга бўлган модда, организмни яна сенсibiliзациялаш қобилиятига эга эмас ва аллергия чақирмайди. Бу икки фикр бир вақтда олинганда айна вақтда ҳам ҳақ, ҳам ноҳақ, сохта бўлмайди. Улардан бири (биринчиси) ҳақ, иккинчиси эса сохтадир. Учинчиси бўлиши мумкин эмас.

Шундай қилиб, фикрлашни тўғри бўлиши изчил ва асосли бўлишини ёдда тутмоқ керак. Агар бир-бирига зид иккита мулоҳазалар мавжуд бўлиб, улардан бири иккинчисини инкор этса, у вақт бирини танламоқ зарур, чунки иккидан бири ҳақ, иккинчиси эса сохтадир. Учинчиси, яъни ораликдаги фикр бўлиши мумкин эмас.

4. Асоснинг етарли даражадалик қонунига шундай дейилган: «Ҳар қандай ҳақиқий фикр инсон амалиётида ҳақиқийлиги исбот қилинган бошқа фикрлар билан асосланган бўлиши лозим». Бошқача айтилганда, асоснинг етарлилиқ қонуни фикрни тегишли далиллар билан логик асосланиши талаб қилади.

Бу қонунга риоя қилмаслик эса сўзсиз сохта натижалар ва хулосаларга олиб келади.

Мисол сифатида шундай фикрни кўриб чиқайлик: Кеча об-ҳаво ёмон эди. Бугун об-ҳаво яхши бўлди.

Хулоса: демак, эртага аллергияли беморлар ўзларини ёмон ҳис қилишади.

Ҳар иккала фикр ҳам логик тўғри тузилган ва ҳақиқатдир. Чиндан ҳам кеча об-ҳаво ёмон бўлган эди, бугун об-ҳаво ҳақиқатдан ҳам яхши бўлди. Аммо бундан нотўғри хулоса чиқарилган. Бундай мулоҳаза юргазиш эртанги кунда беморнинг аҳволини ёмонлашуви учун об-ҳаво омиллари ўртасида боғлиқлик йўқ.

Гап шундаки, кун тун билан алмашинади, ёмон об-ҳаво яхшиси билан алмашинади, аммо беморнинг аҳволини ёмонлашуви бошқа сабаблари таъсирига боғлиқ бўлади.

Масалан, метеоролик ўзгаришларига юқори сезувчан беморлардан об-ҳавонинг кескин бузилиши оқибатида уларнинг кўпчилигининг аҳволи

ёмонлашади, айти шу вақтда метеорезистент инсонларнинг саломатлиги эса ўзгармасдан қолиши мумкин.

Шундай қилиб, ҳақиқий далилларга асосланган, амалий ҳаётдан олинган материал дунёдан олинган фикрларига асосланган мулоҳазалар ҳисобланади. Тўғри фикр юрғатиш далилларга асосланганлиги билан ажралинади.

Аммо, логик асослашни ҳақиқий асослашдан фарқ қилиши зарур, ҳақиқий, яъни бизнинг онгимизда акс этиб шу ҳақда фикрга олиб келган сабабни ажратмоқ лозим.

Гап шундаки, логик асосланган фикр деб азалдан амалда исботланган фикрни айтилади, унинг ёрдамида у ёки бу мулоҳазани асосланади, сабаб деб эса моддий оламда бошқа ҳодисани чиқарувчи ҳодиса тушунилади. Демак ҳар бир мулоҳаза асосланган ва исботланган бўлиши шарт. Фақат шундай ҳолдагина фикр ишонарли бўлади. Шундай қилиб, ҳар бир илм топиб ўқув маълумотларини тушунмасдан ёдлаб олишга ва интилиши керак эмас, балки ўқиганини, кўрганини ва эшитганини онгли равишда логик фикрлашга ўрганиши керак.

1. Шунини ёдда тутиш керакки, ҳаққоний фикрлаш муайян, яъни аниқ, шунда аслига мос бўлиши лозим.

(Ўхшашлик қонуни).

2. Тўғри фикрлашда изчил бўлишини ёдда тутмоқ лозим (қарама - қарши фикрлар учун, айнан бир масала юзасидан бир вақтнинг ўзида шу маънода, қарама-қарши, зид мулоҳазаларни баён қил-маслик лозим. (қарама-қаршилиқлар ва учинчисини инкор этиш қонуни).

3. Тўғри фикр асосланган бўлишини ёдда тутмоқ даркор, яъни мулоҳаза исбот қилинган бўлиши лозим. (Етарлича асослаганлик қонуни).

Логиканинг қонунларини мукаммал билувчи инсон ташқи одамнинг қонунларини ўз фикрларига тўғри акс эттиришга қодир.

Врач учун касалликларни пайдо бўлиш ва ривожланиш қонуниятларини ўз фикрида тўғри акс эттириш ниҳоятда муҳимдир. Бу ташхис қўйиш даволаш ва профилактика каби мураккаб масалаларни ечиш учун зарур.

Ўқиш материални логика қонунларига асосланиб тушуниш хатоларидан сақлайди ва ўқишнинг савиясини оширади.

Энди ўқиш соҳасида ва адабиётда кенг қўлланиладиган ибора (атамаларни) баён қилишга ўтамиз: Аллергия, сенсibiliзация, парааллергия, металлергия, антижисм, десенсибилизация, гипосенсибилизация.

Аллергия (юнонча-грекча- бошқача, - таъсир) -бу организмнинг генетик жиҳатдан бегона моддалар ва таъсирларга нисбатан (специфик - махсус) сезувчанлигининг ортиши ва касалликнинг ривожланишидир.

Аллергия тушунчасига организмнинг сезувчанлигининг ортишининг ҳамма турлари кирмаслигини эсда тутиш керак, демак, аллергия сезувчанликни аниқ моддага, фақат генетик бегона-аллерген деб номланган моддага нисбатан ошган ҳолатидир.

Масалан, полинозларга қандайдир ўсимлик гулининг чангига (эрмана, шўра ва ҳақозо) нисбатан сезувчанликни специфик ортиши кузатилади,

овқатга нисбатан аллергияда (сут, гўшт, шоколад ва хакозо) овқат махсулотларига, дорига нисбатан аллергияда антибиотикларга, сульфаниламид препаратларига, витаминларга ва бошқаларга, хашоратларга нисбатан аллергияда эса уларнинг захарларига нисбатан специфик сезувчанликнинг ортиши кузатилади.

Аллергияли беморларда кўпинча сезувчанлик аниқ бир аллергенга нисбатан ортади, бошқа моддаларга нисбатан сезувчанлик меёрида бўлиши мумкин.

Агар сезувчанликни ортиши биттагина бегона моддага ортса, бу ҳол **МОНОАЛЛЕРГИЯ** деб аталади.

Организмнинг сезувчанлигини бир неча аллергенга нисбатан ортиши **ПОЛИАЛЛЕРГИЯ** деб аталади.

Организмнинг сезувчанлигини ҳар хил моддаларга ва таъсирларга нисбатан ортиши аллергияга кирмайди.

Ҳато килмаслик учун организмнинг сезувчанлигини специфик ортишини, яъни аллергияни организмни бошқа носпецифик ортиш шаклларида фарқлашни ўрганмоқ керак. Гап шундаки, аллергиянинг ташхиси, даволаш усули ва профилактика тадбир-чоралари аллергик бўлмаган касалликларнинг аналогик (ўхшаш) ходисаларидан тубдан фарқ қилади.

Аллергияда унинг сабабини - аллергенни излаб топмоқ зарур. **СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ** - (инглизча- сезувчанлик) хужайранинг, тўқималарининг органларининг ва ниҳоят организмнинг бутун ҳолдаги иммунологик асосидаги аллергенларга нисбатан специфик сезувчанлигининг ортишидир.

Бундай қараганда, аллергия тушунчаси билан сенсибилизация-сининг ўртасида тубдан фарқ йўқдек кўринади. Ҳақиқатдан аллергия ҳам, сенсибилизация ҳам умумий ҳолат бўлиб орга-низмни аллергенга нисбатан специфик сезувчанлигини ортиши ҳисобланади. Аммо бу тушунчалар тубдан фарқ қилади.

Гап шундаки, организмга бегона моддалар (аллерген) ни бирламчи кириши натижасида сенсибилизация ҳолати пайдо булади. Аллергенни организмга киришига жавоб иммунитетга жавобгар хужайралар аллергик антижисмларни ҳосил қила бошлайди, улар эса хужайраларнинг сатҳида бирикади. Бу жараён, яъни аллергенни организмдан киришдан бошлаб, аллергик антителолар пайдо бўлишигача ва уларни хужайралар сатҳида бирикканигача кам деганда 2-3 ҳафта давом этади. Бу давр сенсибилизацияни ривожланиш даври дейилади. Шундай қилиб, сенсибилизация жараёни нисбатан узоқ давом этади. Сенсибилизация манфийдан мусбатга томон йўналган.

Сенсибилизация организм сифат жиҳатдан янги ҳолатга ўтгани билан патологиянинг аломатлари кузатилмайди. Аслида сенсибилизацияланган организм соғлом одамдан фарқ қилмайди. Бундай инсон меҳнатга эмас. Сенсибилизацияланган организм-нинг хужайралари нормал бўлиб, улар «ўта сезувчан» бўлмайди.

Сенсибилизацияланган организм соғлом организмдан хужайралари сатҳида бириккан специфик аллергик антитаначалар мавжудлиги билан фарқланади.

Бундан чиқадики, соғлом ва сенсибилизацияланган организмлар носпецифик таъсирларга бир хил жавоб берилади.

Аллергия сенсибилизацияда фарқли ўлароқ, аллергенга нисбатан сезувчанликни ортишидан ташқари, бу ортган сезувчанликни аллергик касаллик шаклида рўёбга чиқади. Бошқача айтганда, сенсибилизация организмни касалликка тайёр ҳолати бўлса, аллергия эса касалликни пайдо бўлишидир. Демак, сенсибилизация тушунчаси билан организмнинг аллергенга нисбатан фақат специфик сезувчанлигини ошган ҳолати кўрсатилса, аллергия тушунчаси эса кенгроқ маънони уз ичига олади. Бу тушунча билан специфик сезувчанликни ошган ҳолати ҳам аллергик реакциялар ёки касалликларни ривожланиши ҳам ифодаланилади.

Агар организмга аллерген сенсибилизация ҳолати учун етарли (оптимал) микдорда бир марта тушса ва бошқа ҳеч қачон тушмаса, бундай организм узоқ вақт сенсибилизация ҳолатида бўлади, аллергия кузатилмайди. Демак, сенсибилизацияланган организм, бу касал организм эмас, аллергия эса касаллик мавжудлигидан дарак беради.

Масалан, денгиз чўчқасига бегона моддалар (от қони зардоби) бир марта парентерал юборилгандан сўнг сенсибилизация пайдо бўлади. Бундай денгиз чўчқаси соғломлиги жиҳатдан соғ денгиз чўчқаларидан мутлақо фарқ қилмайди. Агар мана шу сенсибилизацияланган денгиз чўчқасига (сенсибилизация муддати яқунланганда) ана шу зардобни такроран вена қонига жўнатилса, унда 2-3 минут оралигида анафилактик шок шаклидаги аллергик реакция ривожланади. Сенсибилизацияни аллергиядан фарқини кўрсатувчи ишонарли ва клиник далиллар ҳам мавжуд. Масалан, инсон ўсимлик гули чангига сенсибилизациялашган дейлик. Бундай одам амалий жиҳатдан соғлом одамлардан ўсимликларни гуллаш мавсумигача ҳеч қандай фарқ қилмайди. Ўсимликларнинг гуллаш мавсуми келганда, бундай сенсибилизацияланган организмга гулнинг чангини ингаляцион йўл такроран қилиши натижасида аллергиянинг клиник аломатлари пайдо бўлади, яъни полинознинг белгилари пайдо бўлади. Демак, «сенсибилизация» тушунчаси ўз ичига қуйидаги жараёнларни қамраб олади, бу жараёнлар организмга аллергенни бирламчи тушиши биланоқ пайдо бўлади, яъни лимфоид органларнинг иммун жавобгар хужайраларини аллерген билан кўзгалиши, махсус аллергик антитаначаларни синтез келиниши уларни хужайралар сатҳида бирикиши ёки сенсибилизацияланган лимфоцитларни ҳосил бўлиши шулар жумласидандир.

Специфик аллергик реакцияларнинг пайдо бўлиши учун сенсибилизацияланган организмга айнан шу ҳолат пайдо қилган аллергенни такрорий тушиши талаб қилинади. Аллерген биринчи марта кирганда сенсибилизация пайдо қилади, унинг такрорий тушиши эса ҳосил бўлган ва хужайраларда бириккан антитаначалар билан ўзаро таъсири пайдо бўлиши учун талаб қилинади.

Аммо аллергия реакцияларнинг носпецифик деб аталган бошқа шакллари ҳам учрайди. Организмга аллергияни бирламчи тупгушдан пайдо бўладиган аллергия реакциялар носпецифик аллергия реакциялар деб аталади. Масалан, гўдак чечак касаллигига қарши эмланган бўлса, унинг организми чечак вирусига нисбатан сенсibiliзацияланган бўлади. Агар шундай гўдакни териси ичига биринчи марта бошқа аллергия-туберкулин жўнатилса, бу вақт унда мусбат реакция пайдо бўлади. Бундай ҳолда аллергия реакция носпецифик аллергияга нисбатан пайдо бўлади. Бундай носпецифик аллергия реакцияни, спецификдан фарқ қилиб ПАРАЛЛЕРГИЯ дейилади.

Шундай қилиб, Параллелгия сенсibiliзацияланган организмга бошқа қандайдир аллергияни тушишидан келиб чиқадиган аллергия реакциядир.

Аллергия реакциянинг яна бошқа тури МЕТАЛЛЕРГИЯ ҳам учраб туради. Агар сил билан ҳасталанган болага ичтерламчи қарши вакцина жўнатилса, у вақт туберкулин аллергия реакциясининг қайталанишини кузатиш мумкин.

Бундай ҳолда носпецифик аллергия ичтерламчи қарши аллергия билан специфик аллергия реакция пайдо бўлади, ёки касаллик сунъий равишда кўзгатилади.

Шундай қилиб, металлергия деганда носпецифик аллергия билан специфик аллергия реакциянинг қайталаниши тушунилади.

Аллергиялар генетик жиҳатдан бегона моддалар бўлиб, улар антиген ёки гептен табиатлидир, ҳамда организмга тушиб сенсibiliзация ва аллергия қақриш хоссасига эгадир.

АНТИГЕН (грекча - қарши, - келиб чиқмоқ) генетик жиҳатдан бегона модда бўлиб организмга тушганича иммунитетга ваколатли лимфоид хужайраларни (антитаначалар ҳосил қилишга стимуляция кўзғатиш, рағбатлантириш) кириш хусусиятига эга, ҳамда улар билан специфик ўзаро таъсир қилиш қобилияти мавжуд.

ГАПТЕНЛАР (грекча - тутмоқ) чала антигенлар майда молекулали (10000 дальтондан кам) моддалар бўлиб тўла қийматли антигенлардан фарқ қилиб ўз ҳолича антитаначалар ҳосил бўлишига қобилияти йўқ.

Гаптенларнинг антитаначалар ҳосил рағбатлантириш (стимуляция) хусусиятига эга бўлиш учун улар олдиндан оксил молекуласи билан гаптенлар иммун реакцияга киришиши мумкин (баъзи гаптенлар йирик молекулали бирикмалар бирлашмасидан шундай ҳодиса бўлади).

Масалан, пеницилин типик гаптен ҳисобланади. Қонга тушган пеницилин организмнинг оксиллари билан бирикади. Антигенлик хусусиятини эгаллайди, лимфоид органларининг иммун вакотли хужайраларини специфик аллергия антитаначалар ҳосил қилишга рағбатлантириши (стимуляция қилади).

Ана шу антитаначалар билан соф пеницилин, яъни оксиллар билан пеницилин ўзаро таъсирларини ва шундай қилиб аллергия реакция қақриши мумкин.

Тиббиёт амалиётидаги дорига нисбатан учрайдиган аллергиялар сабаблари ичида пенициллин биринчи ўринни эгаллайди. Аллергиялар

организмда сенсibiliзация ва аллергия пайдо қилувчи асосий сабаблар хисобланади.

Антитаначалар - иммун ваколатли лимфоцит ҳужайралар томонидан синтез қилинган оқсил таначалари - иммуноглобулинлар бўлиб, уларни ҳосил бўлишини стимуляция қилган аллергенлар (антигенлар) билан специфик ўзаро таъсир қилиши қобилиятига эгадир.

Аллерген ва антиген тушунчасини нима бирлаштиради ва уларнинг фарқи нима?, - деган савол пайдо бўлади.

Бу икки тушунча тиббиёт адабиётида кўпинча бир-бирига ўхшатишади ва уларга ўртасида асосан фарқ йўқ деб тасаввур қилинади.

Дарҳақиқат, аллерген ҳам антиген ҳам антитаначалар ҳосил бўлишини стимуляция қилиш ва улар билан специфик ўзаро таъсир этиш хусусиятига эга бўлган бегона моддадир.

Аллергенлар ва антигенлар ўзларининг физик ва кимёвий ҳоссалари бўйича бир-биридан асосан фарқ қилмайди. Аммо бу атама иммунологик адабиётда кўпинча антиген деб ишлатилса, аллергалогик адабиётда эса у аллерген деб қўлланилади.

Бу куйидагича тушунтирилади: иммун реакцияларида антиген иммун антитаначалар билан ўзаро таъсир кўрсатади, лекин ҳужайраларнинг шикастланиши кузатилмайди.

Аллерген антигендан фарқли равишда аллергик антитаначалар билан ўзаро таъсирлашиб аллергик реакцияларини юзага келтиради. Бу вақт ҳужайраларнинг шикастланиши ва аллергик касалликларни пайдо бўлиши кузатилади. Бундан чиқадики, олимлар реакцияларнинг охириги натижаларига қараб (яъни иммунми, ё аллергикми,) гоҳида аллерген, гоҳида антиген атамасидан фойдаланишади, деб ўйлаш мумкин.

Бу шубҳасиз ўринли, чунки кўпинча айнан яккаю ягона бегона модда бир хил шароитда иммун антитаначалар синтезини рағбатлантирса, бошқа шароитда эса аллергик антитаначалар ҳосил бўлишини стимуляция қилади.

«Аллерген» атамасининг яна бошқа маънода ҳам, яъни даволаш ва диагностик препаратлар сифатида ҳам ишлатилади. Махсус илмий ишлаб чиқариш муассасаларида ҳар хил хом-ашёлардан аллерген диагностик ва даволаш учун тайёрланади ва ишлаб чиқарилади. Масалан, уй чангидан маиший аллерген, турли ўсимлар гуллари чангларидан гул чанги аллергени, ҳайвонлар жуни, қазғоғидан эпидермал аллергени, ҳар хил овқат маҳсулотларидан овқат аллергени, турли ҳашоратлардан инсект аллергени тайёрланади.

ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ (лотинча сўз бўлиб, сенсibiliзациянинг тўхташи маъносини билдиради) сенсibiliзация ҳолатини йўқолишидир. Бу атаманинг маъносида сенсibiliзация жараёнининг тўла йўқолиб кетиши ётибди. Аммо турли давлатларнинг олимларининг тажрибаларида кўрсатилишича сенсibiliзация жараёнининг тўла йўқолиши рўй бермайди. Ҳақиқатдан ҳам юқори сезувчанликни қисман пасайиши кузатилади. Шу сабабли десенсибилизация ўрнига гипосенсибилизация сўзини ишлатиш тавсия этилади.

ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ (грекча **гипо-пасайиш**, яъни сенсублизациянинг пасайиши) организмнинг аллергенга нисбатан ошган сезувчанлигининг пасайишидир.

Специфик гипосенсибилизациянинг турли режалари мавжуд. Даволаш жараёнининг моҳияти шундан иборатки, аллергияли беморларга қандай аллергенга сезувчанлигини ошган бўлса, айнан шу аллерген узоқ вақт кўплаб кунлар, ойлар, баъзида йил давомида парентерал йўл билан юборилади. Даволаш минимал дозадан бош-ланиб аста-секин оширилиб оптимал даражага етказилади.

АЛЛЕРГИЯ МЕЗОНЛАРИ

Кейинги йилларда аллергик касалликларнинг маълум даражадаги гипердиагностикаси кузатилмоқда. Чанги диагноз қўйиш ҳоллари кўп учрайди. Бу нимадан пайдо бўлмоқда деган савол тугилади. Бизнинг фикримизча бу ҳолатнинг энг муҳим сабабларидан бири аллергиянинг мезонлари, аниқ тасаввурларнинг йўқлигидир. Диагностик хатоларга йўл қўймаслик учун аллергиянинг мезонларини билиш зарур ва уни ноаллергик касалликлардан ажрата билиш керак.

Аллергиянинг асосий мезонларига қуйидагилар киради:

Беморларнинг қонида маҳсус аллергик антитаначалар ёки сенсублизацияланган лимфоцитларни аниқланиши.

Ноаллергиядан четга чиқиш, яъни беморни таъсирга реакциясини амалий соғлом норма реактивли инсон сеакциясидан четга чиқиши. Аллергиянинг спецификлиги.

Аллергик касаллик симптомларини аллергенларнинг хусусиятлари, тури, табиати ёки таъсирловчи омилларига тобе эмаслиги. Шундай қилиб, аллергиянинг 4 асосий кўрсаткичлари мезонлари мавжуд, шуларга амал қилиб, айнан шу касаллик аллергикми ёки йўқми деган масалани ечиш мумкин ва зарур.

Бу масалани ҳал этилиши катта амалий аҳамиятга эга. Агар беморда аллергик касаллик мавжуд бўлса, у вақт унинг давоси антиаллергик бўлиши лозим. Акс ҳолда, эса врач адашиб беморга нотўғри мос келмайдиган даволашни тавсия этади. У эса жиддий, салбий оқибатларга олиб келади. Нотўғри даволаш ўз навбатида беморларнинг шундай ҳам ночор аҳволини оғирлаштиради. Энди аллергияни ифодаловчи мезонларни алоҳида кўриб чиқайлик.

1. Қонда специфик аллергик антитаначалар ёки сенсублизацияланган лимфоцитларни аниқлаш.

Агар беморнинг қонида иммуноглобулин Е, А, М, Д, типли специфик антитаначалар аниқланса, бу касалликни тез кечар аллергик реакциялар (И, П, Ш) типга киради дейишга етарли асос бўлади.

Агар беморнинг қонида специфик сенсублизацияланган лимфоцитлар аниқланса, бу касалликни секин кечар аллергик (ШУ) реакциялар типга киради деб айтишга етарлича асос бўлади. Аллергик антитаначаларни ва

сенсibiliзацияланган лимфоцитларни аниқлаш учун яхши жиҳозланган иммунологик лаборатория ва юқори малакали кадрлар талаб қилинади.

Афсуски, кенг тиббиёт амалиётида бундай шароит ҳамма жойда ҳам бўлавермайди. Бироқ специфик антитаначаларни ва сенсibiliзацияланган лимфоцитларни аниқламасдан туриб, аллергиянинг аниқ ташхисини қўйиб бўлмайди, деган хулосага келинмайди. Кенг тиббиёт амалиётида аллергиянинг специфик диагностикаси учун аллергиянинг қолган уч мезонидан фойдаланиши кифоядир.

Аллергиянинг иккинчи мезонининг маъноси ва мазмунини тушуниш учун аввало шуни эсда тутиш лозимки, амалий жиҳатдан соғлом сенсibiliзация-ланмаган нормергик реактивликка эга организм билан аллерген бирламчи учрашганда умуман реакция бўлмайди ёки аллергик бўлмаган реакция қайтаради. Сенсibiliзацияланган организм аллергеннинг таъсирига касалланиш билан жавоб беради, чунки бундай организмнинг реактивлик меъеридан четга чиққан, яъни ошиш томонига (гиперегия) ўзгарган. Шу сабабли сенсibiliзацияланган организм специфик аллерген билан қайтадан аллергик реакция беради.

Аниқланишича, аллергик реакцияларнинг клиник шаклларининг намоён бўлиши хужайра, тўқима ва организмнинг хусусиятига боғлиқ.

Масалан, семиз хужайралар кўзғалади, уларнинг ўтказувчанлиги ортади, уларнинг доначалари хужайрадан атрофидаги тўқима отилиб чиқади. Бу жараёни семиз хужайраларнинг дегрануляцияси реакцияси дейилади.

Худди шундай аллергик реакция базофил хужайраларда ҳам кузатилади. Терининг, шиллиқ пардаларининг, ички органлар-нинг хужайраларида пайдо бўлган аллергик реакцияларда яллиғланиш жараёни юзага келади: хужайра альтерацияси, экссудация, лейкоцитлар эмиграцияси, хужайралар пролеферацияси кузатилади.

Силлиқ толани мушакларда ривожланувчи аллергик реакцияларда эса силлиқ толали хужайраларнинг спастик қисқариши кузатилади. Мана шунинг учун бронхиал астманинг хуружида бронхиолларнинг силлиқ мушакларининг спастик қисқаришидан бўғилиш (экспиратор нафас қисиш) пайдо бўлади. Анафилактик шокда ҳам бронхиолларнинг силлиқ мушакларининг беихтиёр қусиш, ичакнинг силлиқ мушакларини қисқаришидан беихтиёр дефекация, сийдик қопининг силлиқ мушакларининг қисқаришида беихтиёр сийдик ажратиши пайдо бўлади.

Бириктирувчи тўқима сатҳида ривожланувчи аллергик реакцияларда ҳар хил дегенератив ўзгаришлар кузатилади (кодлаген тўқиманинг фибриноид букиши ва бошқалар).

Аллергияда майдо қон томирлар кенгайди, уларнинг ўтказувчанлиги ортади, ҳатто, капиллярлардан қон оқиб кетиши мумкин. Бундай аллергик ўзгаришлар ревматизм, коллагенозлар гуруҳига кирувчи касалликлар учун хосдир. Баъзида аллергик касаллик фақат терининг кечиши шаклида намоён бўлиши мумкин, бундай ҳолда бошқа кўзга ташланадиган аломатлар бўлмайди. Шундай қилиб, аллергия, бошқа аллергик бўлмаган касалликлардан фарқ қилиб ўзига хос клиник кўринишларга эга. Демак, диагностик ҳатоларга йўл қўймаслик учун типик аллергик касалликларнинг:

аллергик, ренитлар, конъюнктивитлар, бронхитлар, бронхиал астма, аллергик дерматитлар, овқат аллергияси, инсект аллергияси ва бошқаларнинг симптомларини батафсил ўрганиб олиш зарур.

3. Аллергиянинг спецификлиги (ўзига хослиги).

Аллергияда диагностик хатоликка йўл қўймаслик учун унинг ўзига хослик томонига қатъиян риоя қилиш керак. Аллергенлар ва антиген антитаначаларнинг ўзига хослиги уларнинг химёвий тузилишига асосланади, деб ҳисобланади. Специфик аллергенлар ва антитаначалар бир-бири билан ўзаро таъсирлашиши учун аллерген молекуласининг дерминатлиги (спецификлигини) белгиловчи қисм аллергик антитаначалар билан ёки сенсibili-зацияланган лимфоцитларнинг рецепторлари билан таниб олинади. Агар шундай мослик бўлмаса, аллергенни антитанача билан ўзаро таъсири пайдо бўлмайди, аллергик реакция пайдо бўлмайди.

Клиник амалиётда аллергиянинг ўзига хослиги (спецификлиги) диагностик синамалар асосида (тери, конъюктива пардаси, эндонозол, ингаляцион, семиз хужайраларнинг воситали дегра-нуляцияси, нейтрофилларнинг шикастланиш синамалари ва х.к.) аниқланади.

Аллергик касаллик симптомларни аллергенларнинг турларига ва таъсирловчи омилга боғлиқ эмаслиги.

Аллергик касаллик энг муҳим хусусияти шундан иборатки, унинг клиник белгилари нисбатан бир тоифали ва уларнинг аллерген турига, хусусиятига ва табиатига ёки таъсирловчи омилларга боғлиқ эмас.

Масалан, бронхиал астма касаллигини чақирувчи сабаблари турли аллергенлар: маиший, гул чанги, эпидермал овқат аллер-генлари, дорилар, бактериал аллергенлар бўлишига қарамай унинг клиник намоён бўлиши бир хилдир. Ҳатто физик омиллар (совуқ) ҳам бронхиал астманинг ҳуружини пайдо қилиши мумкин. Худди шу фикрни аллергиянинг бошқа клиник шакллари тўғрисида ҳам айтиш мумкин: касаллик чақирувчи сабаблар хилма-хил бўлгани билан унинг клиник аломатлари ҳамма вақт бир хилдир.

Шундай қилиб, таҳлил қилинаётган касаллик 4 мезонга мос келса, уни аллергия қаторига киритиш мумкин. Аллергиянинг мезонларини билиш диагностик хатолардан сақланишда ёрдам беради.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАР ЭТИОЛОГИЯСИ.

Иммун реакциялар асосида ривожланувчи ҳақиқий аллергиянинг сабабчиси аллергенлардир.

Аллергенлар деб, аллергия ҳолатини чақира оладиган антиген табиатли ёт моддалар ёки ноантиген табиатли (органик ёки ноорганик) моддаларга айтилади.

Аллергенлар қатор мураккаб вазифаларни бажарадилар:

1. Специфик аллергик антителоларни синтез қилувчи иммун компетент хужайраларни стимуляция қилади ва (ёки) сенсibiliзациялашган лимфоцитларни ҳосил қилади.

2. Организмнинг фаол сенсibiliзациясини чақиради.

3. Сенсублизациялашган организмга қайта тушиб, аллергик касалликларни вужудга келтиради.

4. Ин виво ва ин витро аллергик тестларни ўтказишда диагностик препаратлар бўлиб хизмат қилади.

5. Специфик гипосенсублизация терапиясини ўтказиш учун даволаш препаратидир.

АЛЛЕРГЕНЛАР ТАСНИФИ (А.Д. АДО ВА А.А. ПОЛНЕР 1963)

1. Экзоген аллергенлар (ташқи муҳитдан организмга кириб аллергик касалликларни чақирувчи аллергенлар)

1.1 ноинфекцион турдаги аллергенлар: чанглар, эпидермал, дори-дармон (медикаментлар), оддий кимёвий моддалар, озиқ овқатлар, инсектлар (ҳашоратлар) ва ҳоказо.

1.2 инфекция турдаги аллергенлар: бактериялар, вируслар, замбуруғлар.

2. эндоаллергенлар ёки аутоаллергенлар (организмнинг ўзида пайдо бўладиган аллергенлар).

2.1 табиий ёки бирламчи эндоаллергенлар(кўз гавҳари, нерв хужайраси, қалонсимон без, жинсий хужайра)

2.2 орттирилган ёки иккиламчи эндоаллергенлар.

2.3 Комплексли эндоаллергенлар (тўқима+микроб, тўқима+токсин)

2.4 Орқали эндоаллергенлар (патоген микроблар ёки вируслар + шикастланган хужайра махсулотлари бирикмалари).

Маиший аллергенлар (уй, кутубхона чанглари ва ҳ.к) юқори сенсублизацияловчи фаоллик билан характерланади. Маиший аллергенларнинг таркибий қисми, жумладан уй чангининг таркиби хонадонда мавжуд бўлган предметлар, уй ҳайвонларнинг хили, замбуруғлар, бактериялар, органик ва ноорганик заррачалар, маиший химия махсулотлари, ўлик ҳашоротлар танаси заррачалари, уй ҳайвонларининг қазғоғи ва юнги, табиий ва сунъий газламалар толаларининг характерига боғлиқ бўлади, уй чанги сенсублизация ҳолатини хонадон ҳавоси таркибида жуда кичик концентрацияда бўлганда ҳам чақира олиш хусусиятга эга. Бизнинг маълумотларимизга кўра. Болаларда атопик бронхиал астмада организмнинг сенсублизациялашуви мароми уй чанги аллергенига нисбатан 70-80% ташкил қилади. (М.М. Ҳақбердиев, М.М. Аҳмедова, Қ.Х. Абдурахмонов, 1992, 1995). Уй чаги ҳашоратларидан дерматопагоидес птеронийссинус микроканалчалар учрайди. Турли хил микроканалчалар аллергенига нисбатан сенсублизация мароми 70-93% га етади. Микроканалчалар нафақат уй чангида, балки кўрпа-тўшакда, тери юзасида (асосан юз терисида) учрайди. Аллергенли фаоллик каналчаларининг ўзида, ҳатто экспериментларида. Микроканалчалар ҳам мавжуд бўлади. Микроканалчаларда уй чанги ва инсон қазғоғида умумий антигенлик детерминантлар аниқланган. Бу аллергик беморларда микроканалчаларга, уй

чангига ва инсон қазғоғига полисенсбилизацияси мавжудлигидан дарак беради. Бизнинг маълумотларимиз бўйича аллергия билан хасталанган болаларда сенсбилизация мароми микроканалчалар аллергенига 60-80%-ни ташкил этади(М.М. Хақбердиев, И.Р. Юлдашев, 1993).

Эпидермал аллергенлар (эпидермис компонентлари, хайвонлар юнги, жуни, инсон сочи, қазғоғи, паррандалар пати, балиқ ва илон пўсти ва ҳаказо) болаларда учрайдиган аллергик касалликларнинг этиологиясида катта рол ўйнайди. Бизнинг маълумотимизга кўра, эпидермал аллергенлар болалар орга-низмининг сенсбилизация мароми 18-65 % ташкил қилади. (М. Хақбердиев, Қ.Х. Абдурахмонов, 1995).

Дори аллергенлари. Дори – дармонларга нисбатан сенсбилизация кенг тарқалган. Организмининг сенсбилизация индекси дори препаратининг турига боғлиқ. Дори дармонларнинг таъсири туфайли аллергик реакцияларнинг барча 4 та типи: анафилактик, цитотоксик, иммунокомплекс ва хужайра(секин кечар) типи ривожланиши мумкин. Сенсбилизация индекси баъзан 100% ни ташкил қилиши мумкин. Кўпроқ дори аллергиясини чақирадиган медикаментлар бу антибиотиклар, сульфаниламидлар, витаминлар оғрисизлантирувчилар, йод, рентген контраст моддалар ва ҳатто антиаллергик препаратлар(димедрол ва бошқалар).

Чанг аллергенлари. Ўсимликлар гул чанглари ҳам сенсбилизация сабабчиси бўлиб организмда поллиноз деб номланувчи аллергик хасталикни чаиради (юнонча сўз- поллен-чанг). Поллинозларнинг клиник шакллари турли туғмандир: аллергик конъюнктивит, ринит, синусит, бронхит, бронхиал астма, дерматит, гастроэнтероколит, вульвит, неврит, энцефаломиелит ва бошқалардир. Хозирги вақтда бутун дунёда 700 дан ортиқ аллергия чақирувчи ўсимликлар бор эканлиги аниқланган. Биз тажрибада Марказий Осиё ва Ўзбекистонда ўсадиган бир қанча ўсимликларнинг аллергенлик хоссаларини ўрганиб чиқдик: пахта гули, ёнғоқ, чинор, каноп, қайлантус(сассиқ терак), шувок, шўра ва бошқалар ва уларнинг аллергик хасталикларда тутган ўрнини кўрсатдик. Поллинозлар билан хасталанган болаларда ўсимликлар гуллари чангларига нисбатан сенсбилизация мароми 60-80% (М.М. Хақбердиев, Н.В. Мавлянова, И.В. Сгибова, 1970-1993).

Овқат аллергенлари болалардаги турли хил аллергик хасталикларнинг асосий сабабчилари ҳисобланади. Умуман олганда барча озиқ овқат маҳсулотлари аллерген бўлиши мумкин. Сигир сути энг камида 16 хил компонентларидан иборат: казеин, лактоглобулин, иммуноглобулин ва ҳоказо. Сут турли озиқ овқат маҳсулотлари таркибида учрайди: оқ нон, хамир, сутли аралашмалар, шоколад, музқаймоқ ва ҳоказо. Шунинг учун ҳам сигир сутига сенсби-зация мавжуд болаларда таркибида сут бўлган бошқа маҳсулотлар ҳам алергик реакция чақиради. Бизнинг маълумотларимизга кўра, болаларда учрайдиган овқат аллергиясида организмнинг сенсбилизация мароми турлича: сигир сутига 71.1%, ту-хум оксилга 15.6%, тухум сариғига-14.4%, гўштга 13.2%, балиқ ва балиқ маҳсулотларига 12%, цитруслиларга-16.8% (М.М.Хақбердиев, Р.Х. Инагамов, 1995).

Ҳашорат аллергенлари. Инсект (ҳашорат) аллергия кўп учрайдиган аллергик хасталиклардандир. Ҳашаротларга бўлган аллергиянинг клиник

шакллари ҳар хил: теридаги енгил қичишувдан то аллергия ринитларнинг оғир шакллари гача, бронхитлар, астма ва хатто ўлимга олиб келадиган анафилактик шок. Биз ҳашоратларнинг 2 хилини: дон куяси ва чивиннинг (Сулеҳ пипиенс молестус) аллергиялик хусусиятларин ўргандик. Организмнинг сенсбилизациясини дон куяси ингаляция йўли билан, чивин эса парентерал йўл билан чақиради. Эксперимент шароитда бу ҳашоратларнинг аллергиялари билан денгиз чўчкачаларида анафилактик шокни 100% чақириш мумкин. Беморлар организмнинг сенсбилизация мароми 80-83% гача бўлиши мумкин (М.М. Ҳақбердиев, Н.В. Сусина, 1980, М.М. Ҳақбердиев, О.И. Юсупова, 1996).

Бактерия антигенлари. Микроб хужайралари ва уларнинг аллергия чақиришига лаёқатли ҳаёт фаолияти махсулотлари бўлиши мумкин.

Вирус антигенлари. Бронхиал астманинг инфекцияли аллергия шаклининг сабабчиларидан бири грипп ва парагрипп вируслари, аденовируслар, энтеровируслар, цитомегаловируслар бўлиши мумкин.

Замбуруғ аллергиялари. Замбуруғ компонентлари уларнинг ҳаёт фаолияти махсулотлари ёки улардан махсус тайёрланган препаратлардир. Беморларда замбуруғ аллергиясига нисбатан сенсбилизация мароми 6.8 дан 55.9% гача бўлиб, юқори сезувчанликнинг даражасига, замбуруғларнинг хилига ва беморларни индивидуал реактивлигига боғлиқ.

Болаларда аллергия ривожланишида аллергиядан ташқари ЭНДОГЕН (ирсият, аллергия конституция) ва ЭКЗОГЕН ОМИЛЛАР (экология, она саломатлиги, хомиладорлар токсикози, бошқа тури, бошдан кечирган хасталиклар ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга.

Болаларда аллергия ривожланишида даволаш зардоблари ва вакциналарнинг ҳам муҳим ўрни бор.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАР ПАТОГЕНЕЗИ.

Ҳақиқий яъни иммунологик асосланган, аллергия реакциялар ва хасталикларнинг ривожланиши механизмида 3 та босиқ тафовут этилади:

Имунологик босқич- узоқ муддатли жараён: организмнинг аллергия билан бирламчи мулоқотидан бошлаб то аллергия антитело ёки сенсбилизациялашган лимфоцитлар ҳосил бўлишигача.

Патокиммёвий босқич- аллергиянинг аллергия антитело ёки сенсбилизацияланган лимфоцитлар билан таъсирлашуви натижасида шикастланган нишон хужайралардан тез ёки секин кечар аллергия реакцияларга тегишли медиаторларнинг чиқишидан иборат: гистамин, атсетилхолин, турли кининлар, серотонин, гепарин, нейтрофиллар ва эозинофилларнинг хемотаксисни чақирувчи факторлар, лимфоцитларнинг трансформациясини чақирувчи фактор, интерлейкин-1, интерлейкин-2 ва бошқалар.

Патофизиологик босқич- организмнинг орган ва системалари шикастланган хужайралардан чиққан медиаторлар таъсирига нисбатан реакциялари: бронхиолаларнинг қисқариши (нафас қисилиши, асфиксия), артериолаларнинг кенгайиши (артериал босим тушиши, шок ҳолати), меъда

ва ичак силлиқ мускулларининг қисқариши (қусиш, ич кетиш, дефекация), нерв толалари ва нерв хужайраларининг кўзғалиши ва ҳоказо.

АНАФИЛАКТИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР(1-ТИП).

Анафилактик тип маханизми асосида келиб чиқадиган аллергик касалликларни бошқача атамалар билан яъни атопик, реагинли аллергик реакциялар ёки аллергик касалликлар деб изоҳлайдилар. АТОПОС атамаси юнонча сўздан олинган бўлиб, ажойиб, ғайри табиий маъноси билан тушунтирилади. Қадимги даврларда, касалликни келиб чиқиши сабаби тўғрисида монокаузализм (юнонча monos- бир, латинча causalis- сабаб) назарияси хукмрон эди. Монокаузалистлар айтишича касалликни сабаби факт микроб билан боғлидир. Микроб билан боғлиқ бўлмаган касалликларни улар атопик касалликлар деб эълон қилдилар. Анафилактик тип аллергик касалликларнинг механизмида гуморал антитело- IgE муҳим рол ўйнайди. IgE ни бошқачасига реаген атамаси билан ҳам айтилади. Бу иммуноглобулин организмнинг ҳамма хужайраларининг цитоплазмасига ёпишади. Айниқса тери хужайраларида IgE миқдори кўп учрайди. Шу сабабли бу аллергик иммуноглобулинларни тери хужайраларини сенсбилизацияловчи антитело дейдилар.

Анафилактик хасталикларнинг клиник шакллари турлича: поллинозлар, аллергик ринит, синусит, бронхит, брохиал астма, овқат ва дори аллергияларининг айрим шакллари, инсект аллергияси, меъда ичак шикастланишларининг айрим хиллари, атопик дерматит, нейродерматит, анафилактик шок ва бошқалар.

Организмга аллерген биринчи марта ингаляцион йўл билан кирганда уни таъсирига жавобан нафас йўллариининг шиллиқ пардасида плазматик хужайралари IgE синтез қила бошлайди. Ҳосил бўлган IgE семиз хужайралар, базофиллар ва бошқа хужайраларнинг сатҳига бирикади. Ҳар бир хужайранинг сатҳида 40000-100000 гача рецепторлар мавжуд. Одатда бир хужайранинг сатҳида 5000-40000 гача IgE молекуласи бирикади. Сенсбилизация даври ўтгандан кейин аллерген организмга ингаляцион йўл билан такрорий тушгандан сўнг у хужайра цитоплазмасида ёпишган IgE лар билан қўшилиб аллергик реакцияни чақиради. Натижада хужайра кескин кўзғалади ва шикастланади. Семиз хужайрани ичида жойлашган доначалар атрофдаги муҳитга чиқиб кетадилар (дегрануляция жараёни).

Тез кечар аллергик(анафилактик) реакцияни содир бўлиши хужайра сатҳига ёпишган IgE молекулаларининг сонига, аллергеннинг валентлилигига ва хужайра мембранасидаги рецепторларнинг хусусиятларига боғлиқ. Агар хужайра сатҳида IgE нинг сони ниҳоятда кам бўлса, ёки аллерген бир валентли бўлса аллергик реакция содир бўлмайди. Аллергик реакция пайдо бўлиши учун, камида IgE нинг икки молекуласи хужайра мембранасидаги иккита гликопротеин рецепторлари билан боғланиб кўприк ҳосил қилиши зарур. Фақат шу вазиятда аллергик реакция ривожланади ва хужайра шикастланади, яъни дегрануляция жараёни содир бўлади.

Аллергик реакциянинг клиник белгилари дастлабки 5-20 мин ичида пайдо бўлади. Лекин баъзи ҳолларда аллергиянинг мазкур шаклларида касаллик белгилари биров кечроқ пайдо бўлади: 6-12 соат ва ундан ортиқ. Бундай реакциялар кечиккан ёки кечки, муддати ўтган аллергия реакциялар деб аталади, ва унинг ривожланишида миханизмида эозинофил, нейтрофил хужайраларининг аҳамияти жуда катта ҳисобланади.

ЦИТОТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР(2-ТИП)

Цитотоксик атама икки мустқайил юнонча сўзлардан олинган бўлиб kytos-хужайра ва тохик- захар деган маънони англатади. Цитотоксиклик деганда, хужайраларнинг захарли моддалар таъсири остида емирилиши тушунилади. Аллергик реакция боришида албатта комплемент компонентлари иштирокида аллерген-антитело иммунокомплекси таъсирида шикастланади. Шунинг учун ҳам хужайра шикастланиш жараёнини бошқачасига цитоллиз деб аталади .

Меъёрда цитотоксик реакциялари доимо бўлади ва организм учун катта муҳим ҳимоя воситаси бўлиб саломатликни сақлаб туради. Цитотоксик реакциялар асосида мутациялашган ўсма хужайралари ҳам нобуд бўладилар. Бу аллергия реакцияларнинг механизмида қатнашади.

Аутоиммун гемолитик анемия, аллергия агранулоцитоз, аллергия тромбоцитопения, аллергия миокардитларнинг айрим хиллари, миастения ва бошқа аллергия хасталикларнинг патогенизида цитотоксик асосида хужайраларнинг шикастланиши ётади.

Иммун комплекслар асосида келиб чиқадиган аллергия реакциялар (3-тип)

Иммункомплекслар, яъни IgE ва IgM+ антитело бирикмалари хужайра цитоплазмаси юзасида(мембранасида) эмас, балки қонда ва бошқасида муҳитларда ҳосил бўлади. Бу аллергия реакциянинг механизмида комплемент компонентлари фаол қатнашади. Ҳосил бўлган иммун комплекслар хужайра мембранасига ёпишиб комплемент системасини фаоллаштиради ва хужайранинг шикастланишини юзага чақиради. Биологик фаол моддалар (медиаторлар) ўз навбатида қон томир деворини шикастлаб полиморф ядроли лейкоцитларини маҳаллий яллиғланиш ўчоғига жалб этилишини таъминлайди. Зардоб касаллиги, гломерулонефрит, Артюрс феномени каби касалликлар бунга мисолдир.

СЕКИН КЕЧАР АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР(4-ТИП)

Бу аллергия реакцияларнинг патогенизида антителолар ўрнида махсус сенсублизацияланган лимфоцитлар(Т эффекторлар) катта аҳамиятга эга. Сенсублизацияланган Т хужайра юзасида махсус рецепторлар бор. Шу рецепторлар аллергенларга ёпишиб уларга шикаст етказилади. Сенсублизацияланган лимфоцитлар бир талай биологик фаол моддалар ишлаб чиқаради: секин кечар аллергия реакцияларнинг медиаторлари. Бу медиаторларнинг умумий номи “ЛИМФОКИНЛАР”. Буларнинг ичида хемотаксик омил, бластоген ёки митоген омил, макрофаглар миграциясини тормозловчи омиллар муҳим аҳамиятга эга. Аллергиянинг мазкур типни бўйича юумли касалликлар(сил касаллиги, бруцеллез ва бошқалар), контакт

аллергик дерматит, трансплантантнинг ажралиш реакцияси, ўсмага қарши ва аутоиммун ёки аутоаллергик касалликлари ривожланади.

ОНА – ЙЎЛДОШ – ХОМИЛА ТИЗИМИСИННИНГ ПАТОФИЗИОЛОГИЯСИ.

Бу мавзу тиббий муҳим муаммолардан бири бўлиб, унинг ёритилиши озроқ бўлсада бу патологияни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

Инсон организми ўз таракқиётида оталанган тухум хужайрадан тортиб то катта ёшга киргунгача бўлган мураккаб жараёнларни бошидан кечиради. Эмбриогенез жараёнида муваққат аъзо сифатида йўлдош ривожланади ва ниҳоят янги бир бутун "она-йўлдош-хомила" тизими пайдо бўлади. Бу тизимнинг биронтасининг морфофункционал ўзгариши бутун тизимга салбий таъсир кўрсатади. Яна шу нарса ошкор қилиндики, "она-йўлдош - хомила" биологик тизими анчагина компенсатор имкониятларга эга бўлиб, хомиладорликни анчагина охир асоратларида ҳам унинг ижобий кечишини ва охирига етишини таъминлайди.

ХОМИЛА РИВОЖЛАНИШИНИНГ СЕЗГИР ДАВРЛАРИ.

Хомила даврининг ташқи муҳит, ҳар хил шикастловчи омиллар (гипоксия, иссиқ-совуқ, радиактив нурлар, дори моддалари, кимёвий моддалар ва бошқалар) таъсирига жавоб реакцияси кўпинча таъсир қилувчи омилга эмас, балки шу омилларнинг хомила таракқиётининг қайси даврларида таъсир қилганига боғлиқлиги ошкор қилинган. Шунини эътиборга олиб, эмбрионал ривожланишининг бузилишини тахлил қилишни аввало унга ташқи муҳит омиллари таъсир қилаётган вақтдаги эмбриогенезни даврларидан бошлаш керак. Бу даврда эмбрион билан аёлнинг репродуктив органлари ўртасида морфологик алоқа ҳали пайдо бўлмайди. Аммо она организми билан таракқий этаётган хомила ўртасида яқин функционал алоқадорлик мавжуд.

Туғма нуқсонлар эмбрионнинг зарарланиши оқибатида юзага келишига эмбриопатиялар дейилади.

Органогенез ва йўлдош ривожланиш жараёнлари ниҳоясига етгач, ривожланаётган хомилада, фетал давр бошланади ва бу давр хомиладорликнинг қирқинчи ҳафтасигача давом этади.

Аёл жинсига тааллуқли хомилалар жинсий органларининг аномалияси (сохта эркаклик, гермофродитизм) бундан мустаснодир, чунки бу патология андроген таъсирли дорилар истеъмол қилиш натижасида юзага келади. Бу ҳолат хомиланинг ташқи жинсий органларига нисбатан кечроқ (она қорнидаги таракқиётининг 12-14 ҳафталари) шаклланиши билан боғлиқдир.

ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИНГ ПАЙДО БЎЛИШ САБАБЛАРИ.

Ривожланиш аномалияларини пайдо бўлиши ҳақимларни қадим замонларда бери қизиқтиради. Бироқ бу мураккаб муаммони этиологияси ва патогенези ҳали ҳам етарлича ўрганилган эмас. Шуларни эътиборга олинса, хомилада нуқсонларни пайдо бўлиши ё мутация оқибатида, ёки қандайдир

омилнинг тератогенлик таъсиридан ёки иккаласининг биргаликда таъсиридан келиб чиқиши мумкин.

Инсонларни туғма нуқсонларининг сабабларини қуйидагича тасаввур қилиш мумкин:эндоген сабаблар:

1. Ирсий ўзгаришлар
 2. эндокрин касалликлар
 3. Жинсий хужайраларнинг “пишиб ўтиб кетиши”
 4. Ота-оналарнинг ёшлари
- А. экзоген сабаблар:
1. Физикавий омиллар:
 - а) радиатсион нурланиш
 - б) механик таъсирлар
 2. Кимёвий омиллар:
 - а) дорилар
 - б) саноатда ва турмушда ўлланиладиган кимёвий моддалар
 - с) гипоксия
 - д) сифатсиз оватланиш
 3. Биологик омиллар:
 - а) вируслар
 - б) микоплазмалар
 - с) протозоали инфекциялар

Буларга қўшимча равишда она организмидаги баъзи патологик ҳолатларни, хомила тараққиётига салбий таъсирини эътироф этиш керак. Бу сабаблар ичида Савелева Г. М ва бошқалар (1991 й) нинг фикрича, энг кенг учрайдиганларига йўлдошнинг етишмовчилиги киради.

Ўзбекистон шароитида перинатал патологиянинг асосий омилларидан бири, хомиладор аёлларда анемия мавжудлиги ҳисобланади (А.С.Мордухович ва бошлар. 1991 й.).

ЭНДОГЕН САБАБЛАР.

Бу омилларнинг энг муҳими ва оқибати жиҳатидан энг ёмони ирсиятнинг ўзгариши – мутациядир. Баъзи олимларнинг фикрича инсонларда учрайдиган деярли ҳамма ривожланиш нуқсонлари мутациянинг оқибатидир. Мутациялар уч даражада ген, хромосома ва геном даражаларида содир бўлиши мумкин.

Ирсият билан алоқадор туғма нуқсонларнинг аксарияти генларнинг мутациясидан келиб чиқишидаги аҳамиятини аборт билан яқунланган хомиладорликда аниқ билиш мумкин. Инсонда мутациялар оддий физиологик жараёнлар оқибатида (табiiй мутагенез) ёки ирсий структураларга қўшимча таъсирлар (физик, кимёвий, биологик) натижасида (индуцирланган мутагенез) юзага келади. Физик мутагенлардан ҳозир энг ҳавфлиси - ионлашувчи радиациядир. Кўп сонли кимёвий мутагенлардан клиник тератологияда аҳамиятлиларига қишлоқ хўжалигида кенг қўлланиладиган инсектисид, фунгитсид ва гербицидлар, саноатда ишлатиладиганларидан формальдегид, акролеин, эпоксидлар, бензол, маргимуш, овқат саноатида ишлатиладиган ароматик карбон водородлар ва

бошқаларни кўрсатиш мумкин, бу моддалар жинсий хужайрадан тортиб то ривожланаётган хомилагача мутаген таъсир ўтказиши мумкин.

Кўп сонли кузатувлардан маълум бўлишича, соматик хужайраларнинг хромосомаларига эпидемик гепатит, грипп, қизилча, сувчечак, тепки каби касалликларнинг вируслари шикастловчи таъсир кўрсатади.

Эндоген омиллардан яна бири - бу хомиладор аёлларда учрайдиган гормонал ўзгаришлар ва метаболик дефектлар бўлиб, у кўпинча хомиланинг беихтиёр аборти билан якунланади. Баъзида эса хомила аъзоларининг морфологик ва функционал табақаланиши (дифференцияси) бузилади ва бундай гўдаклар туғилгандан сўнг жуда қисқа муддат ичида ҳалок бўлади. Қандли диабет, эндемик кретинизм каби эндокрин касалликлар ва фенилкетонурия, галактоземия ва гистидинемия каби патологик ҳолатлар учун исбот қилинган. Булар ичида клиникада амалий аамиятлиси инсулинга алоқадор қандли диабет ва фенилкетонурия билан хасталанган аёллар хомиласининг шикастланишидир. Мисол сифатида диабетик эмбриопатия ва диабетик фенотатияларни кўрсатиш мумкин. Фенотатия билан туғилган чақалоқлар анчагина вазни кўплиги билан кўзга яққол ташланади. У гўдакларнинг кўкрак қафаси, териси остидаги ёғ қатламининг кўпайиши, жигарининг ёғ дистрофияси, ошқозон ости беши оролчаларининг гиперплазияси, миокард мушакларида, жигарда гликоген тўпланишининг камайиши, микроангиопатиялар кузатилади.

Диабетик эмбриопатияларда нуқсонлар суяк-мушак, юрак ва томирлар, марказий нерв системаларида пайдо бўлади. Бу нуқсонларнинг пайдо бўлиш механизми гипогликемия, гипоксия, қон томирларининг бузилиши ва ниҳоят ёғ ва аминокислоталар алмашуви ўзгариши билан боғлиқдир.

Янги авлоднинг соғломлиги оналарнинг саломатлиги билан боғлиқ. Организмнинг репродуктив функцияси умумбиологик қонуниятларга бўйсунди. Ривожланиш, балоғатга етиш, сўниб бориш даврлари албатта янги авлодда ўз аксини топади, бошқача қилиб айтганда, ҳали вояга етмаган ёки сўна бошлаган ота-оналарнинг авлодларда ҳар-ҳил нуқсонлар пайдо бўлиши кўп марта исботланган. Ёш оналардан туғилган болаларда кўпроқ кўл ва оёқ ҳамда нафас тизимининг нуқсонлари ошқор қилинса, 35 ёшдан ошган оналардан туғилган болалар орасида эса, кўп сонли нуқсонлар, айниқса марказий асаб тизимининг мажруҳликлари учраб туради. Ота-оналарнинг ёши ўтган (айниқса оналарнинг) сари айниқса хромосома касалликлари билан туғиладиган болалар сони ортади. Ёши улғайган ота-оналар болаларида туғма нуқсонларнинг кўпайиб бориши баъзи омиллар билан боғлиқ.

ЭКЗОГЕН ОМИЛЛАР.

Рентген нурларининг тератоген таъсири, бошқа ионланувчи нурларни хомила ривожланишига таъсири ҳақидаги фикрлар хилма-хилдир. Бу масалани ҳар томонлама таҳлилини қилиш қийин, албатта. Бу орада шуни таъкидлаш лозимки, ионлашувчи нурларни тератоген хусусияти хомила тараққиётининг даврларига, унинг дозасига, нурнинг турига қувватига,

қолаверса организмнинг индивидуал сезгирлигига боғлиқ. Маълум бўлишича, нурларни шикастловчи таъсирга энг сезгири асаб тизимидир. Ионлашувчи нурнинг пуштга тўғридан-тўғри таъсирдан хомиладор аёл организмда моддалар алмашинувининг бузилиши, ферментатив жараёнларнинг издан чиқиши, хужайралар мембраналарининг ўтказувчанлигининг ўзгаришлари оқибатида хомилада нуқсонлар пайдо бўлиши мумкин. Шу сабабли юқорида кўрсатилганидек, марказий асаб тизими ва бошқа алоқадор (микроцефалия, гидроцефалия) нуқсонлар юзага келади. Кимёвий омиллар таъсири масаласига келсак, барча олимлар ягона фикрдадирлар, яъни ҳар қандай янги кимёвий модда, хатто дорини ҳам (клиник текширишдан ўтказмагунча) хомиладорликнинг биринчи уч ойлиги давомида иложи борича юбормаслик керак. Кимёвий омилларни тератогенлик хусусиятини баҳолаганда, албатта эмбрионнинг ривожланиш даврини, генетик муҳрланган сезгирлигини, она организмнинг ҳолатини, модданинг кимёвий тузилишини, унинг йўлдош орқали ўта олиш қобилиятини, метаболизм кабиларни ҳисобга олиш керак. Кимёвий моддаларни йўлдошдан ўтиш хусусияти, уларнинг молекуласини массасига, липидларда эриш, қон зардобининг оқсиллари билан бирикиш хусусиятларига боғлиқ. Маълум бўлишича, молекула массаси 1000 дан катта кимёвий бирикмалар шикастланмаган йўлдош орқали ўта олмайди. Шундай қилиб бу моддалар оддий ҳолатларда тератогенлик хусусиятига эга эмас, чунки кимёвий модда эмбрион хужайраларига бевосита таъсир этади. Йўлдош ўтказувчанлигининг йўқлигига келсак, у нисбий бўлиб, она қонида модда ёки дорининг концентрацияси ошиши оқибатида модда бу табиий тўсиқдан хомилага ўта олади. Модда ёки дори организмга қандай юборилиши, бошқача айтганда майда дозалардами, ёки такроран, ёки қисқа муддат ичида кўп миқдорда юборилиши муҳим аҳамиятга эга. Баъзи дориларнинг сурункасига истеъмол қилиниши уларнинг метаболизмида иштирок қилувчи ферментларнинг ҳосил бўлишини рағбатлантиради, натижада бу дорилар организмдан чиқиб кетади ва тератогенлик таъсир кўрсатмайди. Бундан ташқари моддаларнинг организмга қандай йўл билан кириши ҳам аҳамиятга эга. Масалан, дориларни оғиз орқали киритилиши уларнинг тезликда парчаланиши ва фаолсизланишига олиб келади. Транквилизаторлар гуруҳи дориларидан инсонлар эмбрионлари учун тератоген таъсир қиладиганларига талидомид ва диазепам киради. Талидомидни истеъмол қилган хомиладор аёллардан туғилган чақалоқларда қўл-оёқларида, ошқозон-ичак ва асаб тизимларида ҳилма-ҳил нуқсонлар пайдо бўлади. Тутқаноқларнинг олдини оладиган дорилар ҳам тератогенлик хусусиятига эга бўлиб, хомила организмда фолат кислотасининг етишмовчилигига олиб келади.

Антиконвулсантларни қабул қилиш билан алоқадор эмбриопатиялар учун хос аломатларга микроцефалия, танглай, бурун, кулоқ, юқори лаб ва бошқа нуқсонлар киради. Кейинчалик бундай гўдакларда психомотор ривожланишнинг секинлашуви ва ақлий заифлик кузатилади.

Антикоагулянт дориларни хомиладорликнинг бошланғич даврларида қабул қилиш оқибатида ривожланаётган хомилада буруннинг гипоплазияси,

кўз нервларининг шикастланиши ва ривожланишнинг секинлашуви кузатилади.

Баъзи маълумотларга қараганда, хомиладорларни пенициллин билан даволаш оқибатида, эластозли (терининг шикастланиши) бола туғилишига сабаб бўлади. Шундай қилиб, дориларнинг баъзилари тератоген, ҳам мутаген таъсир қила олади.

Хомила ривожланишига салбий таъсир кўрсатадиган моддалар ичида амалий аҳамиятлиси алкохол ҳисобланади. Тиббий адабиётда алкохолли эмбриопатиялар ҳақида кўпгина маълумотлар мавжуддир. Бу туғма нуқсонлар учун гипоплазия, туғилгандан сўнг жисмоний ва рухий ривожланишнинг секинлашиши ва бошқа ҳар-хил нуқсонлар хосдир. Энг жиддий ўзгаришлар асосан бош миянинг ривожланишида намоён бўлади.

Л.О. Бадалян ва Е.М. Мастюкова фектал алкохол синдромини ривожланиш хусусиятларини аниқ тарифлаб бердилар. Бундай туғилган болаларнинг нутқининг ривожланиши секинлашади, тафаккурида етишмовчилик кузатилади. Булардан ташқари яна ҳар хил психосоматик нуқсонлар юзага келиши мумкин.

Бу синдромнинг ривожланиши эмбрион ва хомила тўқималарида фолат кислотасининг камайиши билан боғлиқ. Бу ҳолат эса этанолни чала парчаланган маҳсулотларни, хусусан, ацетилдегидини қонда узоқ муддат циркуляция қилиши билан боғлиқ. Бунга қўшимча қилиб шуни кўрсатиш керакки, хомиланинг спиртни парчалайдиган алкохолдегидрогеназасини фаоллиги 10 % га тенг.

Саноат ва қишлоқ хўжалигида кенг қўлланиладиган бензин, бензол, формалдегид, кўрғошин, симоб парчалари ва бошқа жуда кўп кимёвий моддалар эмбриотоксик таъсир кўрсатиши ёки туғма нуқсонли болалар туғилишига сабаб бўлади.

Хомила ривожланишига таъсир қилувчи ва нуқсонлар пайдо қилувчи омиллар ичида ҳавфлиси вируслар ҳисобланади. Кейинги йиллардаги тадқиқотларнинг натижаларига қараганда хомиладор аёлларнинг 15-20% дан ортиқроғи вируслар билан зарарланади. Вирусларнинг ҳаммаси ёки жуда кўпчилиги йўлдош орқали онадан эмбрионга ўта олади ва унда ниҳоятда қулай шароит топади. Узоқ муддатли илмий тадқиқотлар қизилча ва цитомегаловирусларни тератогенлик таъсирини исбот этган. Баъзи манбаъларга қараганда ана шундай хусусият герпес, грипп, қизамиқ, эпидемик паратит, инфекцион гепатит, полиомиелит каби вирусларга ҳам хосдир. Юқорида номлари келтирилган вируслардан энг аҳамиятлиси қизилча вирусининг тератогенлик таъсиридир. Хомилада пайдо бўладиган дефектларнинг сони ва турлари вируслар таъсир кўрсатаётган вақтдаги хомиладорликнинг муддатига боғлиқ.

Қизилча тез юқадиган касаллик бўлиб, хомиладор аёллар орасида тез-тез учраб туради. Касаллик вируслари она организмидан йўлдош орқали хомилага ўта олади, ва содир бўладиган нуқсонлар хомиладорликнинг муддатига боғлиқ. Бу жиҳатдан хомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ойлигида касалликнинг юқиши деярли 50% эмбрионларни шикастланишига олиб келади. Шикастланган хомила ёки ҳалок бўлади ёки қизилча синдроми

(пренатал гипоплазия, анемия ва тромбоцитопения, жигари ва талоқнинг катталаниши ва бошқа туғма нуқсонлар) билан туғилади. Туғилган гўдакларнинг кўпчилиги жуда эрта ҳалок бўлади, тирик қолганларида рухий ривожланиш секинлашади, тишлари гипоплазия ва аплазияга учрайди.

ТУҒМА НУҚСОНЛАР РИВОЖЛАНИШИ.

Туғма нуқсонларнинг шаклланиши зотнинг ривожланишининг меъридан четга чиқилишини натижасидир. Бундай ривожланиш узок муддат давомида, кетма-кет ва ўзаро болиқ жараёнлар оқибатида рўй беради. Буларга ҳар бир (шахс) алоҳида шахс ривожланишида кечадиган гаметогенез, тухумнинг оталаниши, эмбрионал морфогенез ва ундан кейинг тарайёт даврлари киради.

Гаметогенез (жинсий хужайраларнинг етилиши) нинг асосий маъноси морфогенетик маълумотларни кодлашдан иборат бўлиб, унинг амалга ошишида бир хужайрали пуштан кўп хужайрали организм ривожланади. Морфогенетик маълумотлар ядро генларида бўлиб, улар гаметаларнинг хромосомаларида жойлашган. Ана шу маълумот цитоплазма оксилларига тааллуқлидир. Улар биргаликда ядро-цитоплазматик системани ташкил қилади ва организмнинг ривожланишини таъминлайди.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ.

Аллергик ҳолатлар ва касалликлар жуда кўплаб учрайди. Ушбу патологияни ташхислаш ва зарур даволаш чора тадбирлари учун эса бир қанча ташхислаш тестлари қўлланилади.

Ташхислаш жараёнлари ўз ичига кетма-кет келувчи 4 босқични олади:

- 1) Аллергологик анамнез йиғиш
- 2) Аллергенлар билан тери синамалари қўйиш
- 3) Аллергенлар билан провакацион (қўзғатувчи) тестлар қўйиш
- 4) Лаборатор тестлар қўйиш

Аллергосинамалар.

Тери аллергологик синамаси қўйиш-бу аллергияларнинг анъанавий ва ишонарли ташхисот услуги бўлиб, организмнинг махсус сезгирлиги аниқланади. Тери аллергологик синама тестлари ўз ичига одатда прик-тестлар (укол орқали), скарификацион (тимдалаш услуги), ҳамда аллергияларнинг турли йиғиндиларини тери ичига юборишни олади.

Текширувнинг аллергологик услублари

Элиминацион тестлар.

Тестдан мақсад – касаллик симптомлари ривожланишида сабаб аллергиянинг аҳамиятини аниқлаш. Беморнинг аллергия билан контактидан кейинги ҳолатини баҳолашга асосланган. Услуг кўпинча овқат ва дори воситаларига нисбатан аллергиялар бўлганда қўлланилади, бироқ бошқа аллергияларни аниқлаш учун ҳам ишлатилиши мумкин.

Тери аллергик синамаси

Тери аллергик синамасини ихтисослашган аллергологик стационар ёки кабинет шароитида ушбу процедура билан таниш бўлган аллерголог-

иммунолог шифокоргина ўтказиши мумкин. Камчиликлари бўлишига қарамасдан тери алергик синамаси ўта махсус, ахборотли ҳамда атопик касаллик, бактериал алергияли беморлар сенсублизация спектрларини аниқлаш учун жуда қулай ҳисобланади. Тери алергологик синамасини ўтказишда фақат стандартланган ташхисли алергенлардан фойдаланилади.

Скарификацион ва prick-тест (ингл. prick-укол) маиший, эпидермал, чангли, замбуруғли, овқат ва ҳашоратлар алергенлари, шунингдек, латекс алергенларини қўллаш орқали бажарилади. Тери ичи синамаси бактериал, замбуруғли, ҳашоратлар алергенларига (ҳозирги вақтда стандартланган ташхисотли ҳашорат алергенларига тери ичи синамаси йўқ) олиб борилади. Дори воситаларига нисбатан тери синамаларининг ишонарлилиги чекланган, чунки ҳақиқий алерген айнан шу дорига эмас, балки унинг метоболитларига ёки оксилли конюгатларига бўлиши мумкин. Бирок кўпгина муаллифлар дори алергияларида тери синамаси махсус қўлланилиши кераклигини таъкидлаб ўтишади. Дори алергиялар учун тестизимли тери синамалари ҳозирда топилмаган.

Тери синамаси ўтказишга моънеликлар:

- Касаллик хуружи
- БА нинг оғир декомпенсияланган кечуви (ОФВ, 70 % адекват даволаш фонид)
- Ўткир интеркуррент юқумли касалликлар. (респиратор касалликлар, ангина, пневмония ва бошқалар)
- Ички аъзолар касалликлари декомпенсацияси (жигар, буйрак, қон яратувчи, қон, эндокрин тизимлари ва бошқалар)
- Ўткир юқумли касалликлар хуружи (сил, сифлис, бруцеллёз ва бошқалар)
- Аутоиммун касалликлар (системали қизил югурик, склемродермия, ревматоид артрит, дерматомиозит) хуруж вақтида
- ПИД (БИТ)
- Анамнезида тери алергологик синамасига нисбатан АШ бўлган беморлар
- Ёмон сифатли ўсмалар
- Мулоқот қилиш иложи бўлмаган руҳий беморлар
- Ҳомиладорлик ва лактация
- Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС)

Скарификацион ва prick-тест услублари

Билак териси соҳаси спирт билан артилиб, назорат суюқлигидан тест томчи сурилади (манфий назорат), 0.1 % ли гистамин эритмаси (мусбат назорат) ва шунингдек алерген томчилари сурилади. Бу томчиларнинг оралиғи 2.5-3 см дан кам бўлмаслиги лозим. Шундан сўнг ҳар-бир томчи соҳасида тери эпидермиси бутунлиги бузилади. Бунда ҳар-бир томчи учун алоҳида стерил скарификатордан фойдаланилади.

Prick –тест ўтказишда жароҳатлаш учун уколдан фойдаланилади. Скарификация вақтида эпидермис юза қаватигина тимдаланади (қон томирларини жароҳатламасдан).

Скарификацион синамалар prick-тестга қараганда нисбатан хослиги пастроқ ва кўпгина маълумотларга кўра қўлланилишга тавсия қилинмайди.

Реакция 10-20 минутдан сўнг баҳоланади. Камдан-кам ҳоллардагина реакция кечикиши мумкин. Ҳашоратлар аллергиясида асосан чакмайдиган хашоратлар захарига нисбатан реакция 6, 12, 24 ва 48 соатларда баҳоланади. Реакция намоён бўлишига кўра скарификацион ва prick тест баҳоланиши 1.1 ва 1.2 жадвалларда кўрсатилган. 1.1 жадвал. Тери prick тест баҳоланиши.

Реакция	Натижа	Реакция тавсифи
Манфий	-	Реакция хусусияти анологичли худди назорат суюқлиги тестига ўхшаш
Шубҳали	±	Қавариксиз гиперемия
Кучсиз мусбат	+	Скарификация ўрнида диаметри 3-5 мм ли қаварик фақат тери тортилганда билинади. 0-10 ммли эритема
Мусбат	++	Скарификация ўрнида 5-10 ммли қаварик гиперемияланган халқали қаварик терини тортмаганда ҳам билинади.
Яққол мусбат	+++	10-15 мм ли қаварик 10 мм дан ортик гиперемия
Жуда яққол мусбат	++++	10 мм дан катта қаварик псевдоподияли ёки 15-20 мм дан каттароқ эритма, умумий реакциялар

1.2. жадвал. Скарификацион тери тести баҳоланиши

Реакция	На тиж	Реакция тавсифи
Манфий	-	Қаварик ва гиперемия йўқ
Шубҳали	±	Скарификация ўрнида қавариксиз гиперемия
Кучсиз мусбат	+	2-3 мм ли қаварик фақат тери тортилганда билинади, гиперемия
Мусбат	++	4-5 мм ли қаварик тери тортилмаганда ҳам билинади, гиперемия
Яққол мусбат	++	6-10 мм ли қаварик гиперемия ёки қаварик 6-10 мм ли псевдоподияли гиперемия
Жуда яққол мусбат	++	10 мм дан катта қаварик гиперемия ёки қаварик 10ммли псевдоподияли яққол гиперемия ва лимфангитли

Тери синамаларидан маълумот ололмаслик сабаблари.

Сохта манфий реакциялар аллергиянинг нотўғри сақланганлигида ёш болалар, қариялар терисининг реактивлиги пасайганда нейроэндокрин касалликларида рефракторлик вақтида (системали аллергия реакциялардан сўнг 3-4 ҳафтадан вақтли қўйилганда), дори воситалари қўлланилганда, яъни

тери реакциясига таъсир кўрсатувчилар (масалан, H₁ гистамин ресепторлари блокаторлари, глюкокортикоидлар)

Сохта мусбат реакциялар уртикал дермографизмлар (бу вақтда назорат суюқлигига ҳам мусбат реакция бўлади). Тери синамаси қодалари бузилса, гистаминолиберация чақирувчи дорилар, овқат истеъмол қилинса.

Аллергометрик тест (аллергиннинг турли хил эритмаси билан тест) махсус иммунотерапия ўтказиш вақтида беморда аллергиянинг бошланиш дозасига сезгирлигини аниқлаш учун қўлланилади. Титраш аллергиянинг турли концентрациясини тери ичига юборишдан бошланади. (0.2 мм миқдорда) мусбат назорат (0.1 % гистамин эритмаси) ва манфий назорат (тест назорат суюқлиги) .

Аллергиянинг бошланғич эритмаси 10⁻⁸ охиригиси 10⁻⁴. Агар реакция манфий бўлса то мусбат натижаси олингунча препарат концентрацияси кўтарилиб боради. Мусбат реакцияси берган дозадан бошлаб махсус иммунотерапия (АСИТ) бошланади.

Тери аллергиялогик тестнинг афзаллиги ва камчиликлари:

Афзаллиги: Қулайлик, ўрта юқори хослик, яққоллик.

Камчиликлари: ўтказиш вақтида хатоликлар ва маълумотларни баҳолашдаги субъективлик фақат касалликнинг ремиссия вақтидагина ўтказиш мумкинлиги текширувдан олдин кўпгина аллергияга воситалардан воз кечиш кераклиги аллергия билан бевосита контакт ва бундан кутилмаган реакция хавфи бир вақтда ўтказиш мумкин бўлган тестлар миқдорининг чегараланганлиги .

Тери ичи тестлари.

Бу тестлар беморга бактериал ва замбуруғли аллергияларга нисбатан синсебилизация бўлганда ўтказилади. Тестлар стандартлаштирилган даво ташхис бактериал ва замбуруғли аллергиялар билан ўтказилади. Тери ичи тести ўтказиш учун аллергиянинг қуйидаги эритмаларидан фойдаланилади. 1:10 000 ; 1:1 000; 1:100 ; 1:10 юборилган аллергия ҳажми 0.2 мм ни ташкил этади. Мусбат ва манфий назорат учун мос равишда гистамин ва тест назорат суюқликларидан фойдаланилади. Тест натижалари аввал 15-40 минутда, сўнгра 24-48 ва 72 соатларда баҳоланади.

Аллергия билан тери ичи синмаси ўтказилганда баҳолаш 1.3. жадвалда берилган

Реакция белгиси	Шартли белгилар	Реакция тавсифи
Манфий	-	Ўлчами худди назоратдек
Шубҳали	±	Қавариқ назоратга қараганда кечроқ сўрилади
Кучсиз мусбат	+	Диаметри 4-8 мм ли қавариқ гиперемия соҳаси билан ўралган.
Мусбат	++	Диаметри 4-8 мм ли қавариқ гиперемия соҳаси билан ўралган.
Яққол	+++	Диаметри 8-15 мм ли қавариқ

мусбат		псевдоподияли гиперемия
Жуда яққол мусбат	++++	Диаметри 15-20мм ли каварик псевдоподияли лимфангитли тўқлашган каварик четлари яққол гиперемия

Аппликацион тест.

Аппликацион тест (path - тест) Контакт реакциялар бўлган беморларда ўтказилади. Классик ёпиқ аппликацион тест ўтказувчи моддани билан ёки курак терисининг ўрта 3/1 қисмига ўтказилади. Сунгра ушбу соҳа сув ўтказмайдиган пластр билан ёпилади ва 72 соатдан сўнг баҳоланади. Аппликацион тестни стандартлаштирилган турли йиғиндилар (елимсимон моддалар, маҳаллий таъсир этувчи дори воситалари, бўёқлар, металллар, резина маҳсулотлари ва бошқалар) билан ўтказиш масадга мувофиқ. Тест ўтказиш вақтида маркёрни ҳар-бир тест учун белгилаб олиш керак ва олинган маълумотлар махсус формада қайд этиб борилади. (1.4жадвал) Баҳолаш теридан барча path – тест воситалари олингандан сўнг минимум бир-икки соат ўтгач қўйилади. (1.5жадвал) Агар бемор шу тест қўйилган ўрнида қанақадир ноқулайликлар: қичишиш, ачишиш, сезса тезда тест олиб ташланади ва бу ҳақда даволовчи шифокорга хабар берилади.

1.4- жадвал. Аппликацион тест маълумотларини регистрация қилиш формаси

Модда ёки унинг концентрацияси	2 4 с	4 8с	7 2 с	Чўзилган реакция	Алохида белгилар

1.5. Аппликацион тестни баҳолаш.

Реакция	Шартли белгилар	Реакция тавсифи
Манфий	-	Терида ўзгариш йўқ
Шубҳали	±	Шишсиз кичик эритема
Кучсиз мусбат	+	Аппликация соҳасида шиш ва эритема
Мусбат	++	Эритема, шиш, популалар
Яққол мусбат	+++	Эритема, шиш, популалар, чегараланган везикулалар
Жуда яққол мусбат	++++	Эритема, шиш, популалар, қўшилиб кетган везикулалар

Провакцион тест

Провакцион тест ўтказиш учун асосий шароитлар: барча тестларни (in vivo) ушбу муолажа услуби билан таниш бўлган аллерголог-иммунологгина фақат махсуслаштирилган аллергологик стационарда ёки кабинетда ўтказиш мумкин.

Конъюнктивал тест. Провакцион конъюнктивал тести аэроаллергинлар билан олинган анамнез ва бошқа текширувлар натижаларида мос келмаганда аллергик конъютивит ташхисига аниқлик киритиш учун қўлланилади.

Конъюктива халтасига назорат тест суюқлиги юборилади. Реакция бўлмаса бошқа конъюктива халтасига аста-секинлик билан аллергиннинг дозасини икки марта ошириб бир томчи юборилади. (суюлтириш 1:2048, 1:1024, 1:512 ва 1:2 гача)

Аллергиннинг ҳар-хил концентрацияси орасидаги интервал 20-30 минутдан кам бўлмаслиги керак. Юқори концентрацияси тест фақат олдинги эритмага реакция бўлмагандагина ўтказилади. Агар конъютивит симптомлари пайдо бўлса тест мусбат ҳисобланади. Мусбат тест бўлганда конъюктива изотоник эритма билан ювилади ва 0.1 % ли эпинифрин эритмаси томизилади.

Назал тест. Провекцион назал тести АР ривожланиш эҳтимоли ва олинган анамнез маълумотлари мос келмаганда, шунингдек, бошқа текширув натижалари етарлича бўлмаганда ҳамда турли аллергенларга нисбатан махсус даво АСИТ ўтказиш талаб қилинганда қўйилади.

Буруннинг бир ярмига тест назорат суюқлигидан 1 томчи томизилади. Ҳеч қанақа реакция бўлмаганда қолган ярмига 1 томчидан аллергеннинг 1/100 ва 1:10, сўнгра тўлиқ дозали аллерген томизилади. Юқори концентрацияли аллерген учун интервал 20-30 минутдан кам бўлмаслиги керак. Юқори концентрацияли аллерген синамаси ундан олдинги синамага реакция бўлмаганда қўйилади. Ринит симптомлари пайдо бўлганда тест мусбат ҳисобланади. Тестни баҳолаш учун бурун олди риноскопияси ёки риноманометрия усулларидадан фойдаланилади.

Ингаляцион тест.

Провакцион ингаляцион тести маълум аллергенларга нисбатан бронхиал обструкцияси бўлган беморларда махсус сезгирликни аниқлашга ёрдам беради.

Тест жуда кам ва фақат хуружлараро даврда ўтказилади. Агар бемор аҳволи имконият берса, текширувга 1 кун қолганда бронходилататорлар, хромоглицев кислота препаратлари, β_2 – адреноцентор антогонистлари, H1 гистамини реситор блокиаторлари бекор қилинади. Тест ўтказиш назорат суюқлиги (натрий хлорнинг изотоник эритмаси) юборишдан бошланади. Сўнгра ташқи нафас функцияси (ФВД) га қараб регистрацияси давом этади. Бемор ҳолатида субъектив ўзгаришлар бўлмаганда ва (ФВД) ташқи нафас функцияси бузилмаганда аллерген тести бошланади. Провокацион назорат аллергеннинг кичик дозасидан (1: 1 000 000) бошланади. Кейинчалик аллерген концентрацияси аста-секинлик билан ошириб борилади. 1:500 000 , 1:100 000 , 1: 50 000, 1: 10000, 1:5000 ҳар- бир концентрацияси орасидаги интервал 10 минутдан кам бўлмаслиги керак. Агар аллерген ингаляциясидан сўнг беморда йўтал ёки нафас қисиш хуружи бошланса тест тўхтатилади.

Бу вақтда беморга юқоридаги симптомларга қарши дори воситалари буюрилади. Агар ОФВ дастлабкисига қараганда 15 % дан кам ўзгармаган бўлса, тест мусбат ҳисобланади. Битта текширув фақат битта аллерген учун ўтказилади.

Лейкоцитлар табиий эмиграциясини тормозловчи *in vivo* (А.Д. Адо бўйича) тести.

Ушбу тест 25 йилдан бери мувафақиятли қўлланиб келинмоқда. Тест дори воситаларига нисбатан аллергияни ташхислаш учун қўлланилади. Антибактериал дориларга (тетрациклиндан бошқа), сульфаниламидлар, маҳаллий антисептиклар, яллиғланишга қарши ностероид воситаларга.

Ўтган вақт мобайнида ўта ишонарлилиги ва хавфсизлигини кўрсатди.

ТЕСТ ЎТКАЗИШ УСЛУБИ:

Овқатлангандан сўнг 1 соат ўтган бемор оғиз бўшлиғини 2 минут давомида қайноқ сувда чайиб ташлайди. Сўнгра 30 минут давомида оғиз олди қисми ва тил ости соҳаси 10 мм ли натрий хлориднинг изотоник эритмасида 2 минут давомида чайилади. Чайиб олинган суюқлик ўлчамли стаканга йиғилади-№1-дастлабки назорат порция. 15 минут ўтгач таркибида тегишли препарат тутган 10 мм ли изотоник эритма билан муолажа қайтарилди. Текширув учун дориларнинг сувда эрувчи шаклининг қуйидаги концентрацияси қўлланилади:

Пенциллин, цифалоспаринлар-1мкг/мл; бошқа химёвий гурухли антибиотиклар -10 мкг/мл; сульфаниламид препаратлар, ЯҚНВ (НПВС), маҳаллий анестетиклар -100 мкг/мл.

Агар бемор анамнезида анафилактик реакция бўлса, даволаш воситаларига қарамасдан препаратнинг концентрациясини 1 мкг/мл дан бошлаган маъқулдир. №2 ўлчовли стаканга йиғилган суюқлик бошқа текширилмайди. 15 ва 30 минутлардан юқоридаги ҳажмда (10 мл) мос равишда муолажа такрорланиб, №3 ва №4 стаканларга (тажриба порциялари) йиғилади. Стаканлардаги (№1, №3, №4) суюқликлар аралаштирилиб, хар-бир стакан порциялари алоҳида, обдон текширилади. Микропипетка билан 0.02 мл суюқлик ойнага қўйилади ва унга 0.04 мл генциан бинафшаси эритмаси қўшилади. 5 минутдан сўнг бу Горяева камерасига қўйилади. Лейкоцитлар ҳисоби 100 та Горяева камерасининг йирик квадратларида аниқланади, сўнгра 1 мм³ даги лейкоцитлар ҳисобланади. Оғиз бўшлиғидаги лейкоцитлар эмиграцияси индекси қуйидаги формуладан аниқланади. $ИЭ = \frac{Нк - НоО}{Нк} * 100$, бунда Нк-лейкоцитлар миқдори (нейтрофиллар) – биринчи, дастлабки, Но – тажриба стаканларидаги лейкоцитлар (нейтрофиллар) миқдори №3, №4. Агар №3 ва №4 стаканлардаги индекс 30 % дан катта бўлса тест мусбат ҳисобланади.

Тил ости ва оғиз бўшлиғи орқали тестлари: Тил ости ва оғиз бўшлиғи орқали тестлар дори воситаларига нисбатан ўтказилиб аниқ кўрсатма бўлганда ва провокацион алергологик шароит бўлгандагина ўтказилади.

Ацетилсалицил кислотаси билан провокацион тест.

Ушбу провокацион тест бронхиал астмага гумон қилинган (аспиринли) ва ҳаётини кўрсатмалари бўйича яллиғланишга қарши ностероид воситалар(ЯҚНВ) қабул қиладиган беморларда ўтказилади. Муолажани ўтказишда провокацион тестнинг хавфини ва бунинг фойдаси борлигини ҳисобга олиш керак.

Ацетилсалицил кислота тест вақтида ичишга буюрилади ва бунда бронх ўтказувчанлиги монитор орқали кузатиб борилади.

Препаратнинг дастлабки дозаси 3 мг ни ташкил этади. Агар ФВД да ўзгариш бўлмаса препарат дозаси аста-секинлик билан ошириб борилади.

30мг-60 мг-100 мг- 150 мг – 325 мг – 650 мг. Ҳар- бир доза орасидаги интервал 3 соатни ташкил этади. Агар ОФВ₁-камайган ёки ПСВ– 15 % дан кам бўлмаса ва бронхларда обструкция ва яллиғланиш симптомлари пайдо бўлган бўлса (бурун шиллик қаватлари, конъюнктивда) тест мусбат ҳисобланади.

Агар юқоридаги симптомлар бўлмаса, унда ОФВ₁ ва ПСВ 20 % дан кам пасаймаган бўлсагина тест мусбат ҳисобланади.

Бронхларда обструкция белгилари пайдо бўлса, бронхолитиклар билан фаол даволашга ўтилади.

Аспиринли бронхиал астмани ташхислаш учун плацебо-назорат тестини ацетилсалицил кислотаси билан ва бир вақтда сийдикда лейкотеринлар (ЛТ) миқдорини аниқлаш билан ўтказиш мумкин. Провокацион тест ўтказиш учун фақат ОФВ₁ 80 % дан кам бўлмаган беморларга рухсат этилади.

Ацетилсалицил кислота провакцион тестида моненьликлар: деменция, ҳхомилдорлик, яққол қон кетишлар, симпатомиметиклар қабул қилиш. Тест ўтказишга 48 соат қолганда Н – гистаминорецептор блокаторлари бекор қилинади. Салметрол 24 соат қолганда, симпатомиметиклар ва теофиллинлар ўзининг фармакокинетикасига мос равишда.

Овқат аллергиялари билан орал тест:

Тест овқат аллергияларини (ПА) ташхислаш учун қўлланилади. Тест ўтказишга 2 ҳафта қолганда гумон қилинган сабаб овқатдан бошқа элиминацион диетага ўтилади. Бемор ўзини яхши ҳис қилганда нахорга таркибида 8 мг овқат аллергияни бўлган желатина капсуласи қабул қилади. 24 соат давомида беморнинг ҳолатидаги барча ўзгаришлар баҳоланади. Агар аллергия симптомлари кузатилмаса 1 суткадан сўнг аллергиянинг дозасини 20 мг гача кўтариб, тест такрорланади.

Бир суткадан сўнг тести аллергиянинг дозасини икки марта ошириб такрорланади ва аста-секин бу 800мг гача етказилади. Бу 100г овқатга мос келади. Агар 800мг аллергия беморда реакция бўлмаса-ушбу маҳсулотга нисбатан аллергия йўқ деб ҳисобланади ва тест тўхтатилади.

Овқат аллергияни сифатида куруқ ёки лиофилланган овқат маҳсулотлари : куруқ сут, тухум кукуни, ун, ёнғоқ, гўшт ва бошалар қўлланилади. Кичик болаларга овқатига аллергия кўшилади.

Ўтказиш тартиби худди юқоридагидек фақат аллергия дозаси 800-2000мг ни ташкил этади.

Анамнезида оғир аллергия реакцияси бўлган беморларга тест тавсия қилинмайди.

Овқат аллергиялари билан «қўшалок билдирмасдан плацебо»- назарот тести.

Тест анамнезида оғир аллергия реакцияси бўлган беморларда ўтказилмайди. 2-ҳафта қолганда беморлар гумон қилинган овқат маҳсулотларидан бошқа элиминацион диетага ўтказилади.

Бемор ўзини яхши ҳис қилганда наҳорга таркибида 125-500мг овқат аллергени ёки плацебо тутган (капсулани на шифокор ва на бемор нималигини билмаслиги керак) капсула қабул қилади. Ҳар 15-60 минутда текширилаётган модда дозаси то 10г гача етгунича ошириб борилади.. Агар реакция бўлмаса тест манфий ҳисобланади.Текширилаётган воситага нисбатан реакция бўлмаса бемор плацебо қабул қилган ҳисобланади ва тест овқат маҳсулотлари билан қайтарилади.

Эшакеми тошган беморларда провокацион тест.

Физик эшакемига гумон қилинган беморларда ўтказилади.1.6 жадвалда кўрсатилган тест 48соат қолганда Н₁-гистаминорецептор блокаторлари бекор қилинади.

Тери тести. Ушбу тест аутоиммун эшакемига гумон қилинганда аутологик қон зардоби билан ўтказилади. Синама касалликнинг хуруж вақтида бажарилади.тери тестига 48соат қолганда Н₁- гистаминорецептор блокаторлари, 10 –кун қолганда-трициклик антидепрессантлар бекор қилинади.

Қон стерил шароитида кубитал венадан олинади ва гепаринсиз вакуум пробиркага хона ҳароратида 30мин. Қўйилади, сўнгра 400д. да 20мин. доламида центрифугаланади.

Синама қўйиш учун фақат янги зардобдан фойдаланилади.Бунда 50мкл аутологик зардоб. 10мкг/мл анологик ҳажимдаги гистамин(мусбат назорат).ва натрий хлорнинг изотоник эритмаси(манфий назорат) керак бўлади.Эритмалар биланнинг букувчи соҳаси терисни ичига юборилади.Ҳар-бир инъекция орасидаги масофа 5см дан кам бўлмаслиги лозим.

Қавариқ ва гиперемиялар 30минутдан сўнг баҳоланади.

Агар гиперемияланган қавариқ манфий назорат тестидан 1.5ммга кўп бўлса тест мусбат ҳисобланади. Бунда тестнинг сезгирчанлиги ва хослиги 65-80/га етади.

1.6жадвал. Жисмоний ва холинергик эшакемини ташхислаш учун тест.

Эшакеми. Тури.	Тестлар.
холинергик	Жисмоний машғўлат 30 мин. Давомида интенсив юриш ва 5-15мин жойида юриш.иссиқ ванна(40-45)гр10-20мин қабил қилиш.метахолин билан локол фармокологик тест ўтказиш.
адермографик	Билак соҳаси терисини шпател ёрдамида штрихли китиклаш.
Чегараланган ҳароратли	5мин. Давомида иссиқ сув(50-55)гр билан қиздирилган цилиндр.
Совуқ таъсиридан	10-15мин давомида билак соҳасига муз парчасини аппликация қилиш, совикдан холинергик эшакеми ташхисини аниқлаш учун совуқда (4 ⁰ С) 15мин давомида жисмоний машқ ўтказиш. Системали совуқдан эшакеми ташхисини аниқлаш учун совуқ хонада (4 ⁰ С) кийимсиз

	10-20мин бўлиш.
Босимдан секинлашган	Елкасига 6-7кг юк осиб олиб 20мин.давомида юриш.
вибрацион	Билак соҳасига 4мин.давомида ишлаб турган вибратор кўйиш.
Аквагенли	30мин давомида сувли компресс(35 ⁰) кўйиш.
Кўёш нуридан	Ҳар-хил тўлқин узунликдаги нурлар билан терини нурлаш.

Кўшимча дермографизмда модифицирланган тест ўтказиш талаб этилади. Билак соҳасига 10мин. давомида совик сув 4⁰С) таъсир эттириш.

Текширувнинг лаборатор услублари:

Қон зардобида умумий IgE миқдорини аниқлаш.

Текширув иммунофермент анализи ИФА ёрдамида олиб борилади. Умумий IgE ортиши атопик касаллик ривожланаётганидан дарак беради. Натижа нисбий ҳисобланади.Баъзи ҳолларда унинг ортиши бошқа сабаблар: паразитар ёки замбруғли зарарланишлар, қоннинг баъзи ўсма касалликлари туфайли ҳам бўлиши мумкин. Баъзан кўпгина атопик касал беморларда эса IgE уммий миқдори меъёрида эканлиги қайд этилган.

Буни шу билан изоҳлаш мумкинки, аллергеннинг кичикроқ миқдори билан моносенсибилизация ва сенсибилизацияда IgE нинг умумий миқдорини юқори бўлмай, аллергик реакцияда IgE ва IgG қатнашмаслиги мумкин.

Қон зардобида махсус IgE ни аниқлаш ИФА, радиаллергосорбент тест (РАСТ), радиоиммун анализ (РИА), кўпайган аллергосорбент тестлар орқали аниқланади. Тест беморнинг сенсибилизация спектрини аниқлашга ёрдам беради. Уни кўпинча тери аллергологик тести ўтказиш иложи бўлмаганда, ёки уни изоҳлаш учун ўтказилади. Тест маиший , эпидермал, чанг, овқат, ҳашоратли, замбруғли, латекисли аллергенларга нисбатан сенсибилизация борлигини аниқлаш учун ўтказилади. Дори воситаларига нисбатан аллергия борлигини аниқлаш учун шунингдек РИА (аллерген- специфик IgE ва IgG ва IgMни анилаш учун) ҳамда аллерген специфик IgE ва IgGни анилаш учун ИФА қўлланилади(пенициллинга, инсулинга, ЯҚНВга, маҳалий антисептиклар, сульфаниламидларга нисбатан аллергея борлиғни аниқлаш учун).

Услубнинг тери аллергологик тестидан устун томонлари:

Текширувни касаллик хуружи вақтида ўтказиш мумкин. Беморнинг аллерген билан бевосита контакти йўқ, тест ўтказиш мобайнида оғир реакциялар ва аллергик касалликлар хуружи хавфи йўқ, текширув вақтида аллергияга қарши дори воситаларини бекор илишга эҳтиёж йўқ, бир вақтда кўплаб аллергенларга нисбатан сенсибилизация борлигини аниқлашга имкон беради.

Услубнинг камчиликлари: тери тестига нисбатан кўп вақт талаб қилиши, қимматлиги, атопик касалликларнинг ремиссия вақтида базан IgE нинг қонда айланиб юриш вақти қисқалиги ва IgGни борлиги учун манфий натижалар олиш эҳтимоли борлиги.

Базофил ва лейкоцитлардан гистамин ажралиши тест дори воситалари ва латексга аллергия борлигини ташхислаш учун ишлатилади. Бундан ташқари латексга аллергия борлигини аниқлаш учун иммуноблотинг усулидан (ҳашоратлар аллергиясини аниқлаш учун ҳам ишлатилади) лимфоцитлар пролиферацияси (ҳужайрага боғлиқ контакт дерматитлар ташхисини аниқлаш учун) лаборатор усулларида ҳам фойдаланилади.

Дори воситаларига аллергияни ташхислаш учун қуйидаги услублардан фойдаланилади:

Базофил тест (пенициллин, маҳаллий анестетиклар, анальгетиклар, барбитуратларга нисбатан аллергия борлигини аниқлаш учун) Шелли тести ва унинг модификацияси, лимфоцитлар бласттрансформацияси тести (антибиотиклар, барбитуратлар ва бошқаларнинг секин кечар типли аллергияси борлигини аниқлаш учун) лейкоцитлар миграциясининг тормозланиш реакцияси (тезкечар ва секин кечар реакцияларини ташхислаш учун) лейкоцитлар алергик альтерациясининг флуорисцент услуби, ЯҚНВ кўтараолмайдиган беморлар периферик қонида люминолга боғлиқ хемилюминесценция интенсивлигини аниқлаш.

Ушбу тестларнинг ахборотдорлиги етарлича ўрганилмаган ва бунинг учун яхши таъминланган иммунологик лаборатория талаб этилади.

Дори воситаларига аллергияни аниқлашнинг бошқа услублари ҳам бор(G ва V пенициллинларига нисбатан ўта юқари сезгир IgE изотопини аниқлаш, ампициллинга, амоксициллинга нисбатан, триптазалар миқдорини аниқлаш, активлашган лейкоцитар алергенларга нисбатан периферик қонда лейкоцитар ҳужайраларни аниқлаш, айниқса базофилларни лазерли цитометрия ёрдамида).

Бироқ бу услублар жуда қиммат, кўпчилиги катта маҳнат талаб қилади, етарлича стандартлаштирилмаган, ташхис аҳамияти кўпчилигида қўшимча тасдиқ талаб этилди.

Шунинг учун ҳам кўрсатиб ўтилган бу услублардан кўпроқ таъдиқотлар мақсадида фойдаланилади.

Мутахасис консультацияси.

Алергик касалликлар ва иммунопатологиялар ташхис ва даволаш ишларини аллерголог-иммунолог шифокор олиб боради.

Бироқ қиёсий ташхислаш асоратларни аниқлаш ва уларни даволаш учун кўпгина ҳолларда бошқа мутахасислар маслаҳати ҳам талаб этилади.

Уларни дермотолог, риноотоларинголог, пульмонолог, ревмотолог ва бошқалардир.

АЛЛЕРГОКАБИНЕТ.

Аллергокабинет учун керак бўладиган жоҳозлар ва асбоб-ускуналар рўйхати:

1. Ёзув столи- 1та.
2. Стул- 4та.
3. Ширма- 1та.
4. Кушетка- 1та.

- 5.Канцилярия шкафи-1та.
- 6.Аптека шкафи- 1та.
- 7.Шиша қопқоқли тиббиёт столи.
- а.Аллергенлар йиғиндиси билан-1та.
- б.Шошилинч ёрдам кўрсатиш воситалари билан-1та.
- 8.Музлатгич (аллергенлар ва дорилар учун).
- 9.Ювиниш раковинаси (умивальник) -1та.
- 10.Оёқ билан ёпиб очиладиган қопқоқли челак-1та.
- 11.Тиббиёт тарози-1та.
- 12.Бўй ўлчагич- 1та.
- 13.Спирометр- 1та.
- 14.Стол лампаси- 1та.
- 15.Фонендоскоп- 1та.
- 16.Тонометр- 1та.
- 17.Кичик бикс- 1та.
- 18 Катта бикс- 1та.
- 19.Резина жгут- 1та.
- 20.Пинцет 1та.
- 21.Тиббиёт термометри-2та.
- 22.Қайчи- 2та.
- 23.Резина грелка- 2та.
- 24.Буйраксимон лоток-2та.
- 25.Металл шпател- 10та.
- 26.Гидамча- 1та.
- 27.Замбил- 1та.
- 28.Шприцлар (ҳар хил).
- 29.Скарификаторлар- 100та.

АЛЛЕРГОКАБИНЕТЛАРДА ЎТКАЗИЛАДИ:

Бранхил астма ва аллергия касалликлар ташхисоти (аллергияга тестлар-тери синамалари, кенг спектрли прик-тестлар 50 дан кўп) аллергияларга (маиший, эпидермал, чангли, оватдан).

-Қон анализлари: умумий IgE ни ташхис учун маиший, чанг, овқат (90 тача) аллергиялар, кўрсатма бўйича турли ташхислар учун.

-Ташқи нафас функциясни ФВД текшириш. 20дан ортиқ параметрлар-ФВД бронхолитиклар билан бирга .

-Аллергия касалликлар ва бронхиал астмани дорили даволаш, профилактика ва махсус даволаш (АСИТ).

Консултация натижаларига асосланиб чиқарилади.

--Ташхис ва хулоса.

--Текширув натижалари .

--даволаш ва профилактика ҳақида тўлиқ тавсия.

Аллергия касалликлар ташхисоти бир-қанча босқичдан иборат:

--аллергия анамнез йиғиш.

--умумий клинико-лаборатор текширув.

--махсус клиник аллерготашхисот(тери алергик синамаси ўтказиш ёки аллергенлар билан провокацион тестлар ўтказиш).

--аллергологик ва иммунологик текширув(умумий ва махсус IgE ни миқдорини аниқлаш).

Аллергологик анамнез ва ва бемор кўруви касаллик сабаби аллергологик табиатли эканлиги ва албатта махсус текширув асосида тасдиқланиши керак- лигини кўрсатади .Тери синамаси тери орқали аллерген юборишга таяниб , бунда баҳолаш ҳосил бўлган шиш ёки яллиғланиш реакциясига асосланган.(prík-тест, тери ичи синамалари, аппликацион тест ва скарификацион синамалар).

Провокацион тестлар (ингаляцион, назал, конъюнктивал ва овқатга) анамнез маълумотлари ва тери синамалари ўзаро мос келмаганда қўлланилади.

Турли системали реакциялар хавфи юқори бўлганлиги учун барча тери ва провокацион тестларни фақат ушбу мулоажа билан таниш бўлган мутахасис- аллерголог-иммунолог махсус аллергологик стоционар ёки кабинетда ўтказиши лозим.

Кенг тарқалганлигига қарамасдан ушбу ташхисот услубларининг бир қанча монъеликлари бор бўлиб, уларга: беморнинг ёши муҳим аҳамиятга эга, унинг соғлигининг индивидуал хусусияти(декомпенсация босқичида бўлган соматик касалликлари борлиги, антигистамин, гормонал ва бошқа дори воситалар қабул қилиш зарурияти) ва бошқалар кирази.

Шунинг учун *in vitro* аллерготашхисоти нисбатан кенг қўлланилади, чунки бемор учун хавфсиз, бажарилиши тартиби оддий ва бир қанча қўлайликларга эга.

-текширувга моънеликлар йўқ.

-қўшимча сенсбилизация чақирмайди, анафилактик реакция хавфи йўқ.

- ёш бўйича чегараланиш йўқ, хатто эрта ёшли болаларда ҳам ўтказиш мумкин.

Тестланувчи аллергеннинг ҳар- қандай миқдори, поливаллент сенсбилизациянинг номоён бўлиши.

-қўлланилган зордобнинг хоҳлаган лабораторияда текширилиши мумкинлиги (масофали тестлар).

Ушбу ташхисотнинг асосий мақсади аллергик касалликларда IgE миқдорини аниқлаш.(умумий IgE ни ва махсус IgE) бўлиб, қон зардобиди унинг ортиши беморларда атопия ва аллергик реакциялар борлигидан дарак беради.

Бироқ бунда IgE нинг ҳар-бир кичик синфларини аниқ ажиратиш керак.

Умумий IgE миқдорининг ортиши аллергик табиатли бўлмаган бир-қанча касалликларда ҳам кузатилиши мумкин.Масалан: паразитар инвазияларда бунақа вақтларда махсус IgE ни аниқлаш муҳим ўрин тутди ва касаллик сабаби аллерген ёки йўқ эканлиги,тўғри ташхис қўйиш ҳамда мос даво чора- тадбирларинг тадбиқ этишни белгилаб беради.

Шунинг учун умумий IgE ва махсус IgE ларниинг асосий аниқлаш кўрсаткичларни билиш муҳимдир.

Умумий IgE ни аниқлаш .

- атопиянинг бирламчи ташхиси.
- гельминтлар билан зарарланганлиги ташхиси.
- иммунтанқислик ҳолатлари ташхиси.
- гипер IgE синдроми ва IgE миеломалар ташхисоти.
- клиник симптомлари билан ўхшаш бўлган (сурункали ринитлар, дерматитлар, нафас йўлари касалликлари ва бошқалар).

Касалликлар билан қиёсий ташхисот (алкор био) компаниясининг “ИФА умумий IgE” реагентлар тўплами қаттиқ иммунофермент анализ услуги орқали инсон зардобидаги умумий IgE нинг миқдорини аниқлайди. Тўплам ишонarli ва ҳаққоний маълумотлар олиш ҳамда беморнинг кейинги ҳатти - ҳаракатини белгилаб беришда муҳим ўрин тутди.

МАХСУС IgE НИ АНИҚЛАШ.

- Сабаб бўлган аллергенланиш зарурати туғилганда, айниқса тери синамларига етарлича ишонч ҳосил қилинмаса.
- Аллергик ва ноаллергик (псевдоаллергик) касалликлар қиёсий ташхиси учун.
- In vivo тестлари қийинчилик туғдирса, ёки иложи бўлмаса.
- Яширин(субклиник) сенсibiliзацияни аниқлаш учун.
- Клиник белгилар бўлмаган ҳолатда ҳам махсус IgE антителоси
- Миқдор ортиш тегишли аллергенга нисбатан аллерген реакция борлиғи хавфини билдиради.
- Махсус иммунотерапия вақтида IgE нинг мониторинг концентрацияси.

Аллерголог ташхисотнинг in vitro услублари иммуноанализ ютуқларига асосланган.

Ҳозирги вақтида ИФА услуги орали махсус IgE ни аниқлашнинг 2-та тест тизими мавжуд:

Биринчи услуб- аллергосорбент тест (аллерген аттиқ фаза микропланшет чуқурчасига. Коғоз диск, нитроцеллюлёз мембрана сингдирилган) ушбу услубда аллерген IgE ва боша синф антителалари масалан IgE билан боғланади

Натижада қаттиқ фазага сингдирилиш маълумотнинг аниқлигида муҳим ўрин тутди.

Бу эса ушбу тест тизимида махсус IgE миқдорини баҳолашга етарлича бўлмайди.

Бундан ташқари аллерген панели борлиғи ва анализни етарлича тест тизим дисклари учун автоматлаштирилмаслиғи ҳам ҳисобга олиш керак.

Иккинчи услуб - реверсивли аллергосорбент тест (“capture”- иммунофермент анализ варианты) қаттиқ фазага IgE антителаси иммобилизацияланган ,аллерген эса суюқ биотинилирланган шаклда, натижада бошқа синф иммуноглоблинлари билан кесишув реакциялари бўлмайди ва тўлиқ бемор зардобидан олинган махсус IgE антителаси билан боғланади.

Бундан ташқари ушбу суюқ фазали услуб иммунологик анализларни автоматлаштириш жараёнига енгил мослашади, тадқиқотни қаттиқ фазали дискларда ўтказиш талаб этилмади, спектрофотометрда 450-нм ва 405нм узунликдаги тўлқинлардан фойдаланишга имкон беради, махсус IgE диапозони анализи аниқлигини оширади.

Ушб услуб инсон зардобидан қаттиқ фазали иммунофермент услуби орқали аллергомахсус иммуноглобулин Е миқдорини аниқлашга қаратилган бўлиб, ўзимизнинг “Алкор био ИФА” учун тўпламида мавжуд.

Алкор био аллергенлари махсулатларида бир-қанча гуруҳлар булиб, улар орасида: овқат алергенлари, чанг аллергенлари, ماشий, эпидермал аллергенлар, ҳайвон оқсилли, пичан ва ёввойи ўтлар, шунингдек турли аллергенлар аралашмалари бор.

Бу аллергенларга нисбанан махсус IgE ни аниқлаш, касаллик сабабини аниқлаш ҳисобланади, аллерголог-иммунолог ишини етарлича осонлаштириди ва махсус иммунотерапия ўтказиш учун ёрдам беради.

Ўта юқори хослик ва сезувчанлик, шунингдек маълумотларни миқдорий баҳолаш беморда муайян аллергенга нисбатан сенсibiliзация борлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, ИФА технологияси ривожланиши аллергик касалликлар ташхисотини кенгайтиради ва беморда аллергия борлигини аниқлаш, уларга махсус иммунотерапия кўрсатишга етарлича ёрдам кўрсатади.

МАШҒУЛОТДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЯНГИ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР:

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

1. Талабаларга ўтган машғулотлардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

2. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

3. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охириги талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва ҳ.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиши талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ:

Ҳозирги вақтда йил вақтига (мавсумга) кўра учта яхшироқ даволаш услублари ёритиб берилган.

Аллергик реакциялар вақтида қўлланиладган дорилар тавсифи.

Аллергик реакцияларни даволаш учун фармацевтик саноат бир қанча дориларни таклиф қилади. Улар тизимларга (таблеткалар, дражелар, сироплар) ва маҳаллий қўллаш учун (мазлар, гел, крем, бурун ва кўз томчилари) ишлатилади. Дориларнинг кўплиги аллергия касаллигининг клиник шаклига кўра энг қулайини танлаш имконини беради.

Дориларнинг маҳаллий қўлланиши уларнинг ножўя таъсирлари намоён бўлиши частотасини камайишига олиб келади. Аллергик реакцияларни бартараф қилиш учун асосий дорилар: антигистаминлар, семиз хужайра мембранаси стабилизаторлари, глюкокортикоидлардир. Бу гуруҳга кирувчи кўпгина дорилар рецепт асосида бериладиган. баъзи ҳолларда эса рецепtsiz чиқадиган дорилар гуруҳига киради (жадвал -2).

2 – жадвал

Антигистамин препаратлари клиник намоён бўлиши.

Гистаминнинг эффекти	Клиник намоён бўлиши
Бронх, ичак ва бачадон силлик мушакларининг спазми	Нафас сиқиш хуружлари, қоринда оғриқ
Томирларнинг ўтказувчанлиги ортиб, плазманинг периваскуляр бўшлиққа чиқиши	Шиллик қаватлар ва тўқималарнинг шиши, микроциркуляция бузилиши, қоннинг қовушқоқлиги ортиши
Капиллярларнинг кенгайиши	Гиперемия
Сезувчи нерв охирларининг стимуляцияси	Аксириш, тери ва шиллик қаватларда қичишиш
Шиллик гиперсекрецияси	Бурун тўлиши, ринорея, диарея

Антигистамин воситалар

(H1-гистаминрецепторлари блокаторлари)

Аллергиянинг асосий медиатори-бу гистаминдир. Айнан шу гистаминнинг таъсири клиник намоён бўлишни белгилаб беради. Гистаминоблокаторларнинг фармакологик таъсири уларнинг гистамин рецепторларини блоклаши билан боғлиқ. Бунда аллергия реакцияларнинг намоён бўлиши камаяди. Бу гуруҳларнинг асосий-аллергияга краши таъсиридан ташқари седатив (МНСнинг фаолиятини сўндирувчи) ва М-

холинолитик (атропинсимон) таъсирлари ҳам бор. Ҳозирда антигистамин дорилар 3 аҳволга бўлинади.

3 - жадвал

I Авлод антигистамин дориларнинг солиштирма характеристикаси

Халқаро номи	Дифенгидрамин	Клемастин	Хлоропирамин	Хифенадин	Мебгид-ролин	Ципрогептадин	Прометазин
Сотувдаги номи	Аллергин, димедрол	Клемастин, тавегил, ривтадил	Супрастин	Фенкарол	Азолин, диазолин	Перитол, протадин	Дипразин, пипольфен
Седатив эффекти	++	+/-	+	-	-	+	+++
М-холинолитик эффекти	+	+	+	-	+	+/-	+
Таъсир бошланиши	2 соат	2 соат	2 соат	2 соат	2 соат	2 соат	20 мин.
Суткада қабул қилиш частотаси	3-4 марта	2 марта	2-4 марта	3-4 марта	1-3 марта	3-4 марта	2-4 марта
Қабул қилиш вақти	Овқатдан сўнг	Овқатдан олдин	Овқат вақтида	Овқатдан сўнг	Овқатдан сўнг	Овқатдан сўнг	Овқатдан сўнг
Болаларга тавсия қилиш мумкин	2 ойдан сўнг.	1 ёшдан сўнг	1 ойдан сўнг	+	2 ёшдан сўнг	6 ойдан сўнг	2 ойдан сўнг.
Ҳомиладорлар қабул қилиши мумкин	-	Қаътий талаб асосида	-	Ҳомиладорликнинг 1-уч ойлигида тавсия қилинмайди	+	-	-
Бошқа дорилар билан ўзаро алоқаси	Нейролептиклар ва ухлатувчилар таъсирини кучайтиради	Ухлатувчи, тинчлантирувчи ва MAO ингибиторлари таъсирини кучайтиради	Ухлатувчи ва нейролептиклар таъсирини кам ўзгартиради	Маълумотлар йўқ	-	Кофеин ципрогептадиннинг МНС га сусайтирувчи таъсирини камайтиради. Трициклик антидепрессантлар билан бирга қўлланганда М-холинолитик таъсири	Наркотиклар, ухлатувчи ва маҳаллий оғрик қолдирувчилар таъсирини оширади. Гипотензив моддалар таъсирини оширади ва парасимпатомиме

						ортиши ва МНС фаолияти сўниши мумкин. Препарат транквилизаторлар ва опий аналгетиклари таъсирини потенциалдайд.	тик хусусият номоён қилади.
Ножўя таъсири	Қўзғалувчанлик, АД нинг пасайиши, оғиз қуруши, нафас қийинлашиши	1 ёшгача болаларга буюрилмайди, бронхоспазм чақириши мумкин	Оғиз қуруши, трансминаз миқдорининг ортиши, ошқазон ва 12-бармоқ ичак шиллик қаватининг қўзғалиши	Оғиз қуруши, баъзан кўнгил айниши	Оғиз қуруши, ошқазон ва 12-бармоқ ичак шиллик қаватларининг қитиқланиши	Оғиз қуруши, уйқучанлик, кўнгил айниши	АД нинг қисқа вақтга пасайиши, трансминаз миқдорининг ортиши, фотосенсибилланувчи эффект

4 - жадвал

II Авлод антигистамин дориларнинг солиштирма характеристикаси

Халқаро номланиши	Терфенадин	Астемизол	Лоратидин	Цетиризин	Эбастин	Азеластин	Акривастин
Сотувдаги номланиши	Терфенор, трексил, теридин, терфед	Астемизол, астемисан, гисманал, мибирон	Агистам, кларитин, лоратидин, лорфаст, флонидан	Аллертек, зиртек, цетрин, цетризет	Кестин	Аллергодил	Семпрекс
Седатив эффекти	Бўлиши мумкин	Йўқ	Йўқ	Бўлиши мумкин	Нет	Йўқ	Бўлиши мумкин
М-холинолитик эффекти	Бор	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Нет	Йўқ	Бўлиши мумкин
Таъсир бошланиши	1-3 соат	1-2 соат	30 мин.	30 мин.	1 час.	30 мин.	30 мин.
Суткада қабул қилиш частотаси	1-2 марта	1 марта	1 марта	1-2 марта	1 раз	1-2 марта	3 марта
Истеъмол қилинаётган овқат билан боғлиқлиги	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Овқат вақтида	Нет	Йўқ	Йўқ
Қабул қилиш вақти	Ҳар қандай вақтда, наҳорга яхшироқ.	Наҳорга ёки овқатдан 1 соат олдин	Ҳар қандай вақтда	Куннинг иккинчи ярмида, яхшиси уйқудан олдин	В любое время	Спрей –ҳар қандай вақт, таблеткалар кечаси	Ҳар қандай вақтда
Болаларга тавсия қилиш мумкин	6 ёшдан сўнг	2 ёшдан сўнг	2 ёшдан сўнг	2 ёшдан сўнг	После 12 лет	6 ёшдан сўнг	12 ёшдан сўнг
Ҳомиладорларга тавсия қилиш мумкин	-	-	-	-	-	-	-
Бошқа дорилар билан ўзаро муносабати	Макролидлар, метронидазол ва имидазол терфенадиннинг токсиклигини оширади	Макролидлар, метронидазол ва имидазол астеамизолнинг токсиклигини оширади	Кетоконазол, циметидин и эритромицин лоратадиннинг қондаги концентрациясини оширади	Аниқланмаган	Не рекомендуется применение с кетоконазолом и эритромицином	Аниқланмаган	МНС га наркотик, ухлатувчи ва тинчлантирувчи моддалар таъсирини оширади

Ножўя таъсири	Қоринчалар аритмияси, Тинтервали узайиши, брадикардия, обморок, бронхоспазм, гипокалиемиа, гипомагниемиа, трансминаз активлигининг ортиши	Q-Қоринчалар аритмияси,, брадикардия, обморок, бронхоспазм, трансминаз активлигининг ортиши	Оғиз қуруши (баъзан)	Бош оғриши, қўзғалувчанлик, оғиз қуруши (баъзан)	Бош оғриши, оғиз қуруши, кўнгилайтиши (баъзан), диспептик ўзгаришлар	Оғиз қуруши, кўнгилайтиши (баъзан)	Уйқучанлик, диққат бузилиши мумкин.
---------------	---	---	----------------------	--	--	------------------------------------	-------------------------------------

Тавсиф қўйидагиларга асосланган: таъсир давомийлиги, фарококинетиқ хусусияти ва кутилмаган (нохуш) реакциялар

I - Авлод антистамин дориларнинг кутилмаган ноўя эффектари:

- Яққол седатив ва ухлатувчи таъсир
- МНС га негатив таъсир-кординация бузилиши, бош айланиши, диққат бузилиши
- М – холинолитик (атропинсимон) таъсири – оғиз қуруқлиги, кўнгил айниш, қусиш, ич қотиши ёки кетиши, тахикардия ва бошқ..
- Дорига тез ўрганб қолиш (тахифилаксия)
- Таъсири қисқалиги ва кун давомида кўп қабул қилиниши

I – Авлод антигистамин дориларни қўллашда клиник чеклашлар:

- Астено-депрессив синдром
- ОИТ (ошқозон-ичак тракти) органлари томонидан спастик ўзгаришлар
- Ичак ва сийдик пуфаги атонияси
- Фаол диққат ва тез реакция талаб қиладиган барча фаолиятлар

II - Авлод антигистамин дориларнинг ўзига хос хусусиятлари:

- Ўта юқори хослик ва Н1-гистаминорецепторларга ўхшашлик
- М – холинолитик таъсири йўқ
- Терапевтик дозада гематоэнцефалитик тўсиқдан ўтмайди ва седатив, ухлатувчи таъсир кўрсатмайди
- Куннинг хоҳлаган вақтида қабул қилиниши мумкин (шунингдек биринчи ярмида ҳам)
- ОИТ да (ошқозон-ичак трактидан) яхши сўрилади
- -Овқатланиш ва дори абсорбцияси ўзаро боғлиқлиги аниқланмаган
- Тахифилакция чақирмайди
- Таъсири тез бошланиб, узок давом этади (24 соатгача)
- Кунига 1 марта қўлланилади.

III – Авлод антигистамин дорилар:

Охирги йилларда тақдим этилган телфаст препаратларидир (фексофенадин гидрохлорид). Телфаст-Н1-гистаминрецепторлари учун юқори селектив бўлиб, гематоэнцефалитик тўсиқдан ўтмайди, седатив ва ухлатувчи таъсири йўқ, ошқозон-ичакдан тез сўрилади ва узок вақт таъсир кўрсатади. Ҳомиладор аёллар ва 12 ёшгача бўлган болаларга таъсири яхши ўрганилмаган. Шунинг учун бу тоифа беморларга тавсия қилинмайди.

**Антигистамин дорилар тавсия этиладиган
аллергик патологиялар турлари:**

- Яққол қичишиш билан кечадиган аллергодерматозлар (ўткир ва сурункали эшак еми)
- Совуқдан эшак еми
- Квинке шиши
- Полиноз йил давомидаги ёки мавсумий аллергик ринит
- Ҳашоратлар чақишига реакция
- Дориларга аллергия
- Овқат маҳсулотларига нисбатан псевдоаллергик синдром

- Эмлашдан сўнг аллергик асоратлар бўлса

ХУСУСИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЯ БУЛИМИ.

БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма - бу аллергик касаллик бўлиб, бронхоспазм, бронхлар шиллик қаватининг шиши ва бронхларда шиллик тўпланиши билан кечиб, бронхлар ўтказувчанлигини бузилиши асосида вақти-вақти билан такрорланиб турувчи бўғилиш хуружлари билан кечади.

«Астма» сўзи - юнонча сўз бўлиб, бўғилиш, хансираш деган маънони билдиради.

ЭТИОЛОГИЯСИ. Ёш болаларда астмани ривожланишида ноинфекцион генезли экзоген аллергиялар организм сезувчанлиги юқори. Бундай беморларда ҳайвон махсулотлари, уй чангида яшовчи каналар, қанотли қушларнинг пати, ҳашоратлар; арилар, сувараклар, капалаклар, ўсимлик махсулотлари, гулларнинг ҳиди, чанглари булардан ташқари уй чанглари, озиқ-рвқат махсулотлари, сигир сути, тухум, балиқ, цитрус меваларга, шоколад, доридармонларга. Патогенезида аллергик бронхиал астма - I типдаги аллергик реакция кўринишида кечади. Бу беморларда аллерген IgE кўп ажралади. Экзоаллергенларни экспозициясида супрессор лимфоцитлар фракциясида хужайра иммунитетида етишмовчилик кузатилади, ҳосил бўлган нишон хужайраларга ўтириб рецепторлари билан бирикади. Медиатр ажралиши натижасида нишон хужайраларни цитоплазматик мембранасини эритади.

Бронхиал обструкция.

Бронхларнинг обструкциясига олиб келувчи патологик ўзгаришлар, бронхиал дарахтнинг шиллик қавати, шиллик ости қавати ва мушак қобиғини ўз ичига олади. Патологик жараён трахея ва катта бронхлардан тортиб, то терминал бронхиолаларгача тарқалади. Бронхларнинг торайишига қуйидаги омиллар олиб келади:

- Шиллик тикимлар ҳосил бўлиши, бронхлар ичида қуюқ, ёпишқоқ шиллик эпителий, эозинофиллар, Шарко-Лейден кристаллари мавжуд. Шиллик бронхлар тешигини қисман ёки тўлиқ ёпиб қўйиши мумкин. Хуружнинг оғирлиги ва давомийлиги, янада чўзилувчан бўлади.
- Бронхлар деворини ўзгариши. Астмада хилпилловчи эпителий хужайралар сони камаяди, шиллик ишлаб чиқарувчи бокалсимон хужайралар сони кўпаяди ва гиперплазияга учрайди. Эозинофилли инфильтрация ҳам кузатилади, шиш ва базал мембрананинг қалинлашуви, шиллиқости қаватида эозинофиллар, нейтрофиллар, лимфоцитлар ва макрофаглар инфильтрацияси, гипертрофия ва безлар шиши кузатилади. Бронхлар мушак қобиғи гипертрофияси кузатилади.
- Бронхлар силлик мушакларининг қисқариши, қисқа муддатли хуружларнинг сабабчиси бўлиши мумкин. Хуружлар давомийлиги ва давога берилмаслиги бронхларнинг шиллик билан тўлиб қолиши ва бронхлар шиллик қаватининг шиши билан боғлиқдир.

Нафас йўлларининг динамик торайиши хисобига, нафас чиқаришда обструкция холати кучаяди.

Бронхлардаги обструкциядан хавонинг бир қисми альвеолаларда ушланиб қолади, бу эса ўпканинг таранглигини ошишига ва нафас чиқаришни узайишига олиб келади. Нафас йўлларининг кўрсатадиган ортиқча қаршилиги нафас олиш ишини кўпайишига олиб келади, қўшимча мушакларнинг нафас олиш актида иштирокини кўпайтиради ва хансирашни келтириб чиқаради. Жараёнга катта ва ўрта бронхлар ҳам қўшилади, лекин кўп холда майда бронхлар обструкцияси биринчи ўринга чиқади. Шовқинли, хуштаксимон нафас – катта бронхлар обструкцияси белгиси, хансираш ва йўтал эса майда бронхлар обструкциясида келиб чиқади. Обструкция қолдиқ сиғимни ортишига, ЎТС камайишига ва ўпканинг умумий хажмини ошишига олиб келади. Нафас йўллари обструкцияси хисобидан уларнинг вентилляцияси камаяди. Меёрда вентилляцияси ёмон бўлган қисмларда перфузия пасаяди, аммо астмада бу доим ҳам кузатилмайди, paO_2 пасайишига олиб келувчи вентилляция билан перфузия орасидаги тенглик бузилади. $paCO_2$ пасайишига олиб келувчи ва нафас алколозини келтириб чиқарувчи гипервентилляция, бронхиал астманинг енгил ва ўрта оғир хуружларида келиб чиқади. Оғир ва чўзилган хуружларда гиповентилляция келиб чиқади, $paCO_2$ ни ошиши ва нафас ацидозини кузатилади. Ўпка таранглигининг ортиши ва альвеолаларда paO_2 пасайиши альвеолалар капилляроспазмини ва шпка артериясининг босимини ортишини келтириб чиқаради.

Бронхиал астма ривожланишининг наслга боғлиқлиги.

Бронхиал астманинг наслдан наслга ўтувчи касаллик эканлигини исботловчи далиллар мавжуд. Бронхиал астманинг ва бошқа атопик касалликларнинг оилавий характерга эга эканлиги XIX асрда аниқланган. Бронхиал астма касаллиги билан онаси оғриган болаларда 2,63 мартага, агарда отаси касалланган бўлса - 2,52 мартага, агарда ҳам отаси ҳам онаси касалланган бўлса - 6,69 мартага касаллик келиб чиқиши юқори бўлиши аниқланган. Бронхиал астманинг наслдан наслга ўтишининг боғлиқлигида асосий ўрни оилавий ва эгизаклик эканлиги генетик-эпидемиологик текширувларда тасдиқланган.

Атопия атроф мухитдаги кам миқдордаги аллергенлар таъсирига организмнинг жавобан сонини ортиқча ишлаб чиқариш қобилиятига айтилади. Атопия бу муҳим ички омил бўлиб 80-90% бронхиал астмаси бор болаларда аниқланади. Оила анамнезида бронхиал астманинг атопия билан бирга кечиши мавжуд бўлса, болада бронхиал астманинг ривожланишини оширади.

Нафас йўлларининг гиперреактивлиги

Нафас йўлларининг гиперреактивлиги – соғлом одамда кузатилмайдиган холат бўлиб, кўзгатувчи омилга қарши бронхлар тешигининг жуда енгил ва жуда осон торайишига айтилади. Бу холат 5 хромосомада жойлашган алохида ген билан бошқарилади. Бронхиал гиперреактивлик бронхиал астмани кўп холларда келтириб чиқаради.

НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ ХУРУЖИНИ ЧАҚИРУВЧИ ОМИЛЛАР

Ташқи омиллар

Триггерлар

Триггерлар, бу нафас етишмовчилиги хуружини ва касаллик қайталанишини келтириб чиқарувчи омиллар ҳисобланади. Экзоген бронхиал астма учун – аллергенлардир, аспиринли бронхиал астма учун – НЯҚВдир, ҳамда совуқ, ўткир хидлар, жисмоний зўриқиш, кимёвий агентлар ва хоказо.

Аллергенлар

Бронхиал астманинг ривожланишида жавобгар энг мухим омилларга нафас йўлларида сенсibiliзацияланадиган турли хил аллергенлар киради, улар касалликни бошланишини кўзғатади ва кейинчалик касалликни кечишини ушлаб туради. Улар орасида ташқи ва уй аллергенларга ажратиладилар.

Уй аллергенлари Уй аллергенларига уй чанги каналари, ҳайвон, қушлар, сувараклар ва кўзикоринлар киради. Уй шароитининг замонавий ўзгаришлари уй аллергенларининг сонини кўпайишига олиб келди. Бронхиал астмани келтириб чиқаришда, айниқса чақалоқларда, уй аллергенлари мухим омил ҳисобланади. Ортиқча рўзғор антигенн зўриқиши – уйнинг чангиб кетиши, намлик, хоналардаги ислар, ҳайвонлар, қушлар, балиқлар учун қуруқ емлар билан мулоқотва хоказолар *Dermatophagoides* гурухига мансуб каналарни кўпайишига сабаб бўлади, болаларда бронхиал астманинг эрта манифестациясини кучайтиради. Уй шароитининг ифлосланиши ҳаётининг биринчи уч йилидаги болаларга кўпроқ таъсир қилади, чунки улар куннинг кўп муддатини уйда ўтказадилар.

Уй чангининг каналари. Уй чанги каналарига бўлган сенсibiliзация бронхиал астманинг манифестациясида мухим аҳамиятга эга, касалликни болаларда ривожланишида 65-90% га ўз хиссасини кўшади. Уй каналарининг турли шароитда яшаб кетишга мослаша оладиган кўпгина турлари мавжуд. Мўтадил иқлим бўлган туғманларда 90% уй чанги каналаридан *Dermatophagoides* турининг 3 та гурухига мансуб ва *Euroglyphus* турининг 1 гурухига мансублари аниқланган. Каналар одатда гилам, кўрпалар, юмшоқ мебелларда яшайдилар.



Расм. 1. Уй канаси

Уй шароитида уй чанги каналарининг яшаб кетиши ва кўпайиши намлик, мўтадил харорат, етарли озуқа махсулотидир (инсон терисининг қасмоғи,

хайвонлар эпидермиси ва хоказо). Бир миллиметр куб хавода каналар сони 100 минггача боради, шамоллатилмаган чанг хоналарда ундан ҳам кўп бўлади.

Каналар аллергенлари турли хил протеазалар бўлиб, кананинг танаси ва ахлатида жойлашган бўлади. Уй чанги каналарига сенсibiliзациянинг пайдо бўлиши учун аллергенлар концентрациясининг қалтис даражаси 1 г чангдаги 0,5 мкгдан.

Хайвон аллергенлари. Уй хайвонларининг сўлаги, пешоби, жуни ва ташланган тери эпителийлари жойлашган аллергенлар макони ҳисобланадилар. Мушук, ит ва кемирувчилар аллергенларига кўпроқ юқори сенсibiliзация кузатилади. Мушук аллергенлари нафас йўллариининг кучли сенсibiliзаторлари ҳисобланадилар. Оксил таркибли асосий аллерген мушук терисида, ёғ безларининг ажралмасида ва пешобида жойлашган. Бу аллерген майда ўлчамли қисмлари туфайли, хавода енгил ҳаракатланади ва мушук бўлган хонадонда сенсibiliзацияси мавжуд бўлган болаларда бронхиал астманинг белгиларини тезда келтириб чиқаради.

Итлар мушуклар аллергенларига ўхшаш, 2 та муҳим аллерген оксилларини ишлаб чиқарадилар. Бу аллергенлар итнинг жуни ва қасмоғида жойлашган. Итларга сенсibiliзация мушукларга нисбатан камроқ тарқалган.

Кўпгина болалар кемирувчиларни боқадилар, асосий аллергенларнинг таркиби оксилдан иборат бўлиб, хайвонларнинг пешобида мавжуд. Кушлар аллергенлари. Биринчи навбатда, уй паррандаларининг аллергенлари болалар сенсibiliзациясида етарли ўринга эга. Пух, пат, кушлар экскрементлари аллергенлардир. Шунингдек тўшак анжомлардир. Сувараклар аллергенлари. Сувараклар аллергенларига сенсibiliзация ҳозирги вақтда аллергик жараёнларни келтириб чиқарувчи муҳим хавф омилли деб тан олинган.

Замбуруғлар. Рўзғор аллергенларнинг ўрни моғор ва ачитқи замбуруғларга берилади. Замбуруғларнинг ўсишига оптимал жой қоронғу, нам ва ёмон шамоллатилмаган хоналар киради. Хонадонларда кенг тарқалган замбурағлар – бу *Penicillium*, *Aspergillus*, *Alternaria*, *Cladosporium* и *Candida* лардир. Хонадан ташқарида бронхиал астманинг ривожланишида хавф омилли ўрнига эга замбуруғларнинг 2 тури мавжуддир (*Alternaria* и *Cladosporium*). Мўтадил иқлим худудларда замбуруғлар фаслга боғлиқ аллергенлар ҳисобланадилар. Уларнинг хаводаги концентрацияси намгарчилик даврида кўпаяди.

Гул чанги. Гул чанги бронхиал астмасининг ривожланиш сабабчилари учта асосий гуруҳ ўсимликлари бўлиши мумкин. Бу дарахт ва буталар (оқ қайин, ольха, лещина, ёки орешник, мажнунтол, чинор, каштан, терак, ясьень, вяз ва хоказо), бошоқли ўтлар (тимофеевка, райграс, овсяница, лисохвост, мятлик, костер, пырей, рожь, греча, пшеница ва хоказо), ёввойи ўтлар (лебеда, амброзия, одуванчик, конопля, крапива, полынь, лютик ва хоказо). Россиянинг ўрта чизиги иқлими шароитида касалликнинг хуружи кузатиладиган учта чўққиси мавжуд: баҳорги (апрел-май), дарахтлар чанги билан боғлиқ: ёзги

(июн-август), бошоқли ўсимликларнинг чанги билан боғлиқ: кузги (август-октябрь), ёввойи ўтлар чанги билан боғлиқ. Одатда паллинологик календарларда белгиланганидек, иқлимнинг худудларига қараб гуллаш муддатлари ва аллергиялар спектри ўзгариши мумкин.

Болаларда чанг бронхиал астмаси поллинознинг бошқа кўринишлари (аллергик конъюнктивит ва ринит) билан бирга кечади. Дарахтлар чанги эрта баҳорда устун келади, бошоқли ўтлар чанги кеч баҳорда ва ёзда, ёввойи ўтлар чанги ёз давомида ва кузда.

Тамаки чекиш.

Тамаки исиди 4500 дан ортиқ компонент ва қисмларига ажратилади, улар орасида бронхиал астма ривожланиши ва хуружида алоҳида ўринга эга бўлган полициклик гидрокарбонатлар, оксид ва углерод диоксиди, азот оксиди, акролеиндир.

Пассив ва актив чекувчилар ажратилади. Пассив чекувчилик болаларда бронхиал астманинг ривожланишида катта ахамиятга эга. Ота-оналарнинг чекиши натижасида тамаки исининг таъсирида 6 ёшгача болаларда 37% ва 13% 6 ёшдан катта болаларда бронхиал астманинг ривожланиш хавфи кўпаяди. Албатта, болада бронхиал астманинг ривожланиш хавфини хомиладорлик вақтида онанинг ва туғилгандан сўнг бирор оила аъзоларининг чекиши кучайтиради. Чекувчи оналардан туғилган болаларда бронхиал астма билан оғриганда, нисбатан актив дорилар билан даволашни талаб қилади ва касалхоналарга оғир хуружлар билан келадилар.

Чекишнинг антенетал таъсири янги туғилган чақалоқларнинг ўпка фаолиятини пасайиши билан тасаввур қилинади, кейинчалик эса бронхиал астма ва обструкция хавфини оширади. Ундан ташқари, антенетал даврда чекиш хомила ичи ривожланишига таъсир қилади. Чекувчидан чиқаётган, тамаки иси, чекиб тортаётган тамаки исига нисбатан, респиратор тизимнинг шиллиқ қаватига ўта кучли қўзғатувчи таъсирга эга. Чекувчи аёлларнинг фарзандлари ҳаётининг биринчийида, чекмайдиган аёллар фарзандларига нисбатан 2 мартаг кўпроқ бронхиал астма билан касалландилар.

Ҳозирги вақтда актив тамаки чекиш ўсмир болалар орасида кенгайиб бормоқда ва ўпка фаолиятининг бўзилиш ва бронхиал астма ривожланишининг асосий омили деб қаралмоқда актив чекиш, билишимизча, касалликнинг кечишини оғирлаштиради.

Хаво поллютантлари

Поллютантларнинг болалар респиратор тизимга таъсири, ифлосланган муҳитнинг хавоси билан узвий боғлиқ. Хаво поллютантлари касаллик ривожланган беморларда муҳим триггерлар ҳисобланади. Бронхиал астманинг хавф омиллари сифатида ташқи поллютантлар ва хонадон поллютанти киради.

Ташқи поллютантлар

Асосий ташқи поллютантлар бу симоб иккиоксиди, озон ва азот оксидининг комплекс қисмларидир. Поллютантларнинг макони иссиқэлектростанцияларда ёнаётган кўмирнинг махсулотлари, дизел ёнғинининг ёнишидан чиқадиган автомобиллар ислари ҳисобландилар.

Кимёвий саноат аллергенлари, болаларда бронхиал астманинг сенсбилизациясида уз хиссасини кўшиши ҳозирда исботланган. Бунда бирлари (нитритлар, сульфитлар ва бошқа пастмолекулали нарсалар) ирритантлар ва аллергияни кучайтирувчи, кенг қўламли аллергенларга сенсбилизацияни оширувчи омиллар бўлиб, бошқалари дигре, аллергенли (формальдегид) ёки гаптогенли (хром, никель) хусусиятига эга бўлиб маълум бир шароитда ўзлари организм сенсбилизациясини чақиради.

Хона поллютантлари. Вентиляциянинг ёмонлиги ҳисобидан хонадаги хаво муҳитининг ифлосланиши, ханадан ташқарига нисбатан жуда юзага чиққан бўлади. Кичик болалар кўп вақт уйда бўлганлари туфайли, бронхиал астманинг болаларда ривожланишида хоналардаги хованинг ифлосланиши муҳим ўринда туради. Хоналар ичидаги асосий поллютантлар азот оксиди, углерод диоксиди, формальдегиддир. Поллютантлар маконига газўчоқлар, печкали исситиш мосламалари, сифатсиз қурилиш ва ишлов бериш материаллари кирадилар.

Респиратор инфекциялар

Болаларда бронхиал астманинг келиб чиқишида респиратор инфекцияларнинг ўрни ҳақида маълумотлар қарама қаршидир. Бир томондан, болаларда қайталанувчи респиратор касалликлар IgE нинг хаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилишини, бронхлар гиперреактивлигини ва организмнинг ноинфекцион аллергенларга сенсбилизациясини келтириб чиқаради. Хламидия инфекцияси билан эрта болалик даврида ўтказилган респиратор-синцитиал вирус билан чақирилган, оғир бронхолитлар ўртасидаги боғлиқлик мавжудлиги ва кейинчалик уларда бронхиал астманинг ривожланиши маълум. Бошқа томондан, бола ҳаётининг биринчи йилида респиратор тизим юқори қисмларининг қайталувчи инфекцияларининг, кейинчалик бронхиал астманинг ривожланишига нисбатан ҳимоя таъсири муҳокама қилинмоқда.

Паразитар инфекциялар

Бронхиал астманинг ривожланишида паразитар инфекцияларнинг ўрни ҳақидаги савол фикрларнинг қарама қаршилиги туфайли, очиқ қолмоқда. Ижтимоий-иқтисодий мансублик. Болаларда бронхиал астманинг тарқалганлиги жихатидан деярли юқори даражани ривожланган давлатларда ва ўзига тўқ оилаларда бўлиши белгиланган. Бу гигиеник гипотеза холати билан тушунтирилади, унга асосида яшаш шароитининг яхшиланиши умумий инфекциянинг рециркуляциясининг камайиши билан боғлиқ ва шу билан бирга атопик касалликларнинг ўсишига олиб келади. Ижтимоий-иқтисодий мансублик кўпинча турмуш тарзини аниқлайди, (овқатланиш одатлари, тиббий хизматнинг борлиги, пассив чекувчилик ва хоказо) кабилар болаларда бронхиал астманинг ривожланишига таъсир кўрсатиши мумкин.

Оиланинг сони жихатдан таркиби

Бир неча ака-ука ва опа-сингиллари бор болаларда бронхиал астманинг тарқалганлиги, ака-укалари ва опа-сингиллари йўқ болаларга нисбатан камроқ даражада кузатилади.

Пархез

Бола ҳаётининг биринчи йилида атопик касалликларнинг ривожланиши борасида маълум ҳимоя таъсирини кўрсатадиган она кўкрак сутига асосий эътибор берилмоқда. Болаларда бронхиал астманинг мактабгача даврида ривожланиши хавфининг нисбатан пастлиги, бола ҳаётининг ҳеч бўлмаганида 4 ойигача она кўкрак сути билан боқилган болаларда кузатилган.

Овқат аллергияси эрта болалик даврида бронхиал астманинг ривожланишини кучайтириши мумкин. Овқат энтеропатияли ва қабзияти бор болаларда кейинчалик бронхиал астманинг ривожланишининг юқори хавфи бор. Болаларда бронхиал астманинг ривожланишида С витаминига бой меваларни истемол қилиш ҳимоя таъсирини беради.

Семизлик

Бир неча текширувларга қараганда, болаларда семизлик ва бронхиал астма ривожланишининг хавфи ортиши орасида боғлиқлик бор. Бунда қуйидаги омилнинг юзага чиқиши боланинг жинсига боғлиқ ва айниқса кўпроқ қизларда учрайди.

Перинатал омиллар

Туғилиш даврида махсус туғдириш ускуналари билан туғилган болалар ҳам, ҳомиланинг гестози ва плацентар етишмовчилиги, ҳомиланинг тўхтатиш хавфи бўлган оналардан туғилган болалар каби, перинатал ва асаб тизими жароҳатланиши, бронхиал астма ривожланишининг юқори хавфига эга.

Болаларда бронхиал астманинг келиб чиқишида асосий хавф омили бўлиб чала туғилганлик, тана вазнининг камлиги ва янги туғилган чақалоқлар бошининг катта бўлиши, онада ҳомиладорликнинг кечиши ва туғиш вақти кўринишлари муҳокама қилинади.

Классификация

БА нинг клиник кўринишлари (бунда кунига/хафтасига кундузги белгилар сонини, хафтасига кечки белгилар сони, кўллаш сони қисқа муддатли β_2 -адреномиметиклар таъсири, нафас чиқариш энг юқори тезлиги (НЧЮТ) ёки 1 сонияда форсирланган нафас чиқариш ҳажми (ФНЧХ-1) ва НЧЮТ нинг кун давомида кечуви (чекланиши)) ҳисобга олиш керак бўлган, оғирлиги бўйича классификацияси 2002йил.

Даража 1: интермиттирланган БА.

Белгилар хафтасига 1 мартадан кам кузатилади.

Хуружлар қисқа.

Кечки белгилари ойига 2 мартадан кам.

ФНЧХ-1 ёки НЧЮТ $> 80\%$ керакли катталиқдан.

Кўрсаткичларнинг чекланиши НЧЮТ ёки ФНЧХ-1 $< 20\%$.

Даража 2: енгил персистирланган БА.

Белгилар хафтасига 1 мартадан кўп кузатилади, кунига 1 мартадан кам.

Хуруж жисмоний зўриқишга ва уйқуга таъсир этиши мумкин.

Кечки белгилар ойига 2 мартадан кўпроқ учрайди.
 ФНЧХ-1 ёки НЧЮТ > 80% керакли катталиқдан.
 Кўрсаткичларнинг чекланиши НЧЮТ ёки ФНЧХ-1 - 20-30%.

Даража 3: персистирилланган БА ўрта даражаси.

Белгилар кунора пайдо кузатилади.
 Хуруж жисмоний зўриқишга ва уйқуга таъсир этиши мумкин.
 Кечки белгилар хафтасига 1 мартадан кўпроқ учрайди.
 Қисқа муддатли ингаляцион β2-аго-нистларнинг ҳар куни қабул қилиниши.
 ФНЧХ-1 ёки НЧЮТ 60 дан 80% гача керакли катталиқдан.
 Кўрсаткичларнинг чекланиши НЧЮТ ёки ФНЧХ-1 > 30%.

Даража 4: оғир персистирилланган БА.

Белгилар ҳар куни кузатилади.
 Хуружлар тез-тез.
 Кечки белгилар тез-тез.
 Жисмоний фаолликнинг чекланиши.
 ФНЧХ-1 ёки НЧЮТ < 60% керакли катталиқдан.
 Кўрсаткичларнинг чекланиши НЧЮТ ёки ФНЧХ-1 > 30%.

Оғирлик даражаси бўйича ҳеч бўлмаганда битта белгининг мавжудлиги боланинг касаллиги шу даражага мансублигини билдиради.

БА нинг интермитирланган кечиши кузатилган лекин оғир хуружи билан бўлган, персистирилланган БА ўрта даражасига тўғри келадиган болалар даволаш чораларини олишлари шарт. Оғирлик даражасига қараб аниқланадиган классификациянинг бу тури, бошланғич даволаш чораларини танлашда болаларни ҳолатини аниқлаш учун муҳим.

Бронхиал астманинг атопик ва инфекцияга-боғлиқ шакллари асосий дифференциал-ташхис белгилари, Г. Б. Федосеев бўйича, 2001 й.		
Белгилар	Атопик шакли	Инфекцияга-боғлиқ шакли
Оилада аллергик белгилар	Кўп ҳолларда	Кам ҳолларда (астмадан ташқари)
Беморнинг атопик касалликлари	Кўп ҳолларда	Кам ҳолларда
Хуружнинг ташқи аллерген билан боғлиқлиги	Кўп ҳолларда	Кам ҳолларда
Хуружнинг кўринишлари	Ўткир бошланади, тез ривожланади, одатда қисқа муддат чўзилади ва енгил ўтади	Секин аста бошландаи, узок давом этади, кўп ҳолларда оғир кечади
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари	Аллергик риносинусит ёки инфекция белгиларисиз полиноз	Аллергик риносинусит, кўпинча полиноз,

		инфекция белгилари
Бронхўпкада инфекцион жараён	Одатда бўлмайд	Кўпинча сурункали бронхит, ЗОТИЛЖАМ
Қонда ва балғамда эозинофилия	Бўлишича ўртача	Кўпинча юқори
Ноинфекцион аллергенларга қарши IgE нинг махсус антителолари	Мавжуд	Йўқ
Ноинфекцион аллергенлар экстрактлари билан тери синамалари	Мусбат	Манфий
Жисмоний зўриқиш билан тест	Кўпинча манфий	Кўпинча мусбат
Аллерген элиминацияси	Кўп холларда самарали бўлиши мумкин	Бўлмайд
Бета-адреностимуляторлар	Жуда самарали	Ўртача самарали
Холинолитиклар	Кам самарали	Самараси бор
Эуфиллин	Жуда самарали	Ўртача самарали
ИнталТайлед	Жуда самарали	Самараси кам
Кортикостероидлар	Самараси бор	Самараси бор

Этиологик классификация.

Хуружларни чақириш сабабчиларига қараб ажратилади:

- *экзоген бронхиал астма* — ташқи мухит аллергенлари (**ўсимликлар** чанги, моғор замбуруғлари, ҳайвонлар жуни, уй чангида мавжуд майда каналар)нинг нафас йўлларига таъсири натижасида хуружларнинг келиб чиқиши. Аллергик жараёнга ва наслга мойиллиги бўлган, бронхиал астманинг атопик тури асосий шакли ҳисобланади.
- *эндоген бронхиал астма* — инфекция, жисмоний зўриқиш, совуқ хаво, асаб-рухият қўзғатувчилари каби омиллар таъсиридан хуруж келиб чиқади.
- *Аралаш генезли бронхиал астма* — Юқорида келтирилган омиллар таъсирида аллергенларнинг таъсири хуружни келтириб чиқаради.

НИМА УЧУН АСТМА ХУРУЖИ КЕЛИБ ЧИҚАДИ?

Баъзи одамларнинг бронхлари жуда сезгир. Маълум бир моддалар (аллергенлар)нинг таъсири ёрдамида. Уларда бронхлар куйидагича таъсирланадилар:

1 – Бронхлар сиқиладилар. Бронхиал найлар юпқа мушаклар билан ўралган. Таркибида қўзғатувчи моддалар бўлган, хавони ютганда, улар бронхлар мушакларини қисқартиради ва эзади. Бу ҳолат бронхлар спазми – бронхоспазм дейилади. Бронх йўлларида хаво ўпкага эркин ўта олмайди.

Шунинг учун ўпка етарли даражада тоза хавони ололмайди ва кераксиз қайта ишланган ис газли хавони ташқарига чиқара олмайди.

2 – Бронхлар шиллик билан тўлиб қолади. Бронхиал найлар ички томонидан шиллик ишлаб чиқарувчи хужайралари мавжуд бўлган шиллик қават билан ўралган. Соғлом одамда шиллик хаво ўтадиган йўллари намлаш хусусиятини беради. Бронхиал астмада бронхларга (астма хуружини чақирувчи) аллергенларнинг тушиши натижасида бронхлар йўлини ёпиб қўядиган ва нафасни янада қийинлаштиради.

3 – бронхлар деворлари шишади. Бронхиал найлар таъсирланиш оқибатида яллиғланадилар. Бармоқни жарохатида шишгани каби, бронхлар ҳам катталашади. Ички юзанинг қалинлашиши бронхлар тешигининг янада торайишига олиб келади, нафас олганда ва чиқарганда хаво ўтиши янада қийинлашади. Бронхлар қанчалик торайган бўлса, шунчалик нафас олиш қийинлашади.

КЛИНИКА.

Анамнез: Касалликни кечишида қуйидаги даврлар ажратилади:

- 1) хуруж олди;
- 2) хуруж;
- 3) хуруждан сўнги;
- 4) хуруж ораси.

Хуруж олди даври бронхиал астманинг хуружи бошланишидан бир неча дақиқа, баъзи холларда бир неча кун олдин бошланади ва безовталиқ, бехотиржамлик ва уйқусизлик билан кузатилади. Баъзи холларда акса уриш, кўз ва терининг қичиши, буруннинг битиши ва бурундан ажралма оқиши, тинмайдиган қуруқ йўтал, бош оғриғи кузатилади.

Бўғилиш хуружи бронхиал астмада хаво етишмовчилиги хисси, кўкракнинг қисиши, яққол экспиратор хансираш билан кечади. Хуштаксимон нафас, хансираш маълум масофада эшитилади. Кичик ёшдаги болалар кўрқиб қоладилар, ўринларида ётолмайдилар, каттароқ ёшдаги болалар мажбурий холатни оладилар – олдинга энгашиб ва ўтириб олиб, тирсакларини тиззаларига таянган холда оғизлари билан нафасни тутишга ҳаракат қиладилар. Болалар деярли гапира олмайдилар. Юз оқиш кўкимтир рангда, муздек тер билан қопланган. Бурун қанотлари нафас олганда кенгаяди. Кўкрак қафаси максимал нафас олиш холатида, нафас олишда қўшимча мушаклар иштироқи мавжуд. Йўталда балғам чўзилувчан, қуюқ, қийинчилик билан ажралади. Перкуссияда коробкасимон товуш. Аускультацияда дағал нафас ёки кучсиз нафас асосида, кўп микдорда қуруқ хуштаксимон хириллашлар эшитилади, баъзи холларда – крепитация.

Юрак қон-томир тизими томонидан ўзгаришлар: тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлашиши, Қ/Б нинг кўтарилиши; тери қопламлари оқиш-кулранг рангда, яққол перорал цианоз, лаблар, кулоқ супраси, қўл бармоқларининг цианози.

Бронхиал астма хуружи қуюқ, кўпиксимон балғам кўчиши ва секин аста нафас олишнинг енгиллашиши билан тугайди.

Бронхиал астма хуружи бир неча дақиқадан бир неча соатгача чўзилади.

Агарда бронхиал астма хуружи 6 соат давомида тўхтамай давом этса, *астматик статус* ривожланганлиги, ҳақида гапириш мумкин.

Бронхиал астманинг хуруждан сўнги даврида кузатилади:

- Умумий холсизлик, уйқучанлик, қабул қилиш қобилятининг пасайиши;
- *Нафас олиш аъзолари томонидан кузатиладиган ўзгаришлар*: аускультацияда бронхиал нафас эшитилади, нафас чиқаришда тарқалган куруқ хириллашлар;
- *Юрак қон-томир тизими томонидан ўзгаришлар*: брадикардия, қон босимини тушиши.

Нафаснинг тўлиқ қайта тикланганлиги ҳақида фақатгина пикфлоуметрия натижаларидан сўнг айтиш мумкин.

Бронхиал астманинг *хуруж ораси даврида* – бу ҳолат касаллик оғирлик даражасига ва ташқи нафас фаолиятига боғлиқ.

Бронхиал астмада ўпка фаолиятини ўлчаш, гипертония касаллигида қон босимини ўлчаш лозимлиги каби зарур.

Нафас олишда ташқи нафас фаолиятини – *пикфлоуметр (PEF-метр)* ёрдамида ўтказилади.

Астма ташхиси учун клиницист қуйидагиларга асосланиши бериши лозим:

- (а) нафас йўллариининг қайталаниб турувчи обструкция хуружлари,
- (б) нафас йўллариининг обструкцияси белгилари қисман ёки тўлиқ тикланувчи,
- (с) альтернатив ташхис чекланган

Астманинг оғирлик даражаси классифицияси:

- енгил интермитирланган
- енгил персистирланган
- ўртача персистирланган
- оғир персистирланган

Белгиларнинг оғирлиги ва учрашига, тунги хуружлар билан, ўткир хуружлар характери ва ўпка фаолиятига қараб. Бундай ажратилиш болалар учун ҳар доим ҳам тўғри келмайди.

Биринчидан, болаларда ўпка фаолиятини ўлчаш мумкин эмас ёки жуда қийин.

Иккинчидан, вирус инфекцияси билан чақирилган астма, ҳеч қайси бир категорияга тўғри келмайди. Белгилар интермитирлангандир, лекин болаларни касалхонага ётказиш учун асос бўла олади. Бу оғир интермитирланган астма деб баҳоланиши мумкин.

Енгил интермитирланган астмаси бор беморларда, ҳафтасига 2 мартадан кам симптомлар кузатилади. Хуруж ораси даврида ўпканинг фаолияти меёрида сақланган. Қайталанишлар қисқа ва бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Тунги симптомлар ойига 2 мартадан кам кузатилади. Нафас чиқаришнинг юқори тезлиги чекланишлари (НЧЮТ peak expiratory flow - PEF) 20% дан кам.

Енгил персистирилланган астмаси бор беморларда, симптомлар хафтасига 2 мартадан кўп, лекин кунига 1 мартадан кам учрайди. Хуружлар инсон фаолиятига ҳалақит қилиши мумкин. Тунги симптомлар ойига 2 мартадан кўп учрайди. Ўпка фаолияти тестлари (ёшига қараб), бир сониядаги форсирланган респиратор хажм (ФРХ1 - forced expiratory volume in 1 second - FEV1) меъёрдан 80% дан пастга тушади, НЧЮТ 20-30% га чекланишини кўрсатади.

Ўрта персистирилланган астмаси бор беморларда, симптомлар ҳар куни кузатилади, улар ҳар куни қисқа таъсирга эга бета 2-агонистлар қўллашади. Ўрта персистирилланган астмаси бор беморларда ўткир хуружлар хафтасига 2 мартадан кўп кузатилади ва бир неча кун давом этиши мумкин. Хуружлар активликка ҳалақит қилади. Тунги хуружлар хафтасига бир мартадан кўп безовта қилади. ФРХ1 ва НЧЮТ меъёрдан 60-80% ташкил қилади ва НЧЮТ чекланиши 30% дан кўп.

Оғир персистирилланган астмаси бор беморларда, симптомлар тез-тез кузатилади, жисмоний фаолиятининг чекланиши ва тунги симптомлар тез-тез учрайди. ФРХ1 ва НЧЮТ меъёрдан 60% дан паст ва НЧЮТ чекланиши 30% дан кўп.

Оғир астманинг битта белгисининг мавжудлиги – оғир персистирилланган астма ташхисини қўйишга асос бўлади. Бу классификация умумий таснифга эга ва астманинг кечишида кучли чекланишлар мавжудлиги муносабати билан, даражалар бирга келиши мумкин. Вақт ўтиши билан классификацияда ўзгаришлар кириши мумкин. Турли даражадаги астма билан оғирган беморларда енгил, ўрта ва оғир хуружлар кузатилиши мумкин.

Интермиттирилланган астмаси бўлган бир неча беморларда ўпканинг фаолияти меъёрида ва минимал симптомлар сақланган ҳолда, оғир, ҳаётга хавф солиши мумкин бўлган хуружлар кузатилади; шу билан бирга кечаётган яллиғланиш асосида юқори БГР нинг бошқа кўринишлари (жисмоний зўриқиш ёки қўзғатувчи тестлар) мавжуд бўлади.

Астма белгилари хириллашлар, йўтал, кўкрак қафасининг сиқилиши ва хоказолардир.

- **Хириллашлар:** бронхиал астамада энг кўп учрайдиган белгиси бўлиб, нафас йўллариининг турбулентияси ҳисобидан келиб чиқадиган – мусиқасимон юқори частотали, хуштаксимон товушлардир. Енгил турларида нафас чиқариш жараёнида экспиратор хириллашлар кўриниши каби бўлади. Оғир турларида нафас чиқаришнинг ҳамма жараёнида кузатилади. Жуда оғир астматик босқичларда ҳам нафас олиш, ҳам нафас чиқариш жараёнларида кузатилади. Деярли оғир хуружларда – нафас йўллариини торайиши билан нафас мушакларининг чарчашидан келиб чиқадиган хаво ҳаракатининг чекланиши ҳисобидан, хириллашлар бўлмаслиги мумкин. Агарда майда нафас йўллари иштирок этса, астма хириллашларсиз кечиши мумкин. Шундай қилиб, астманинг ташхисида хириллашлар асосий белги бўла олмайди. Ундан ташқари, хириллашлар кистофиброз ва юрак етишмовчилиги каби сабаблар натижасида келиб чиқадиган, нафас йўллари обструкцияси билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Товуш бойламлари дисфункцияси бор беморларда асосан (ҳар

хил товушли бронхиал астмадаги хириллалашларга караганда) бир хил товушдаги хириллалашлар кузатилади. Бу хириллалашлар асосан бўйиннинг ларингеал қисмида эшитилади. Бронхомаляция ва трахеомаляцияли беморларда ҳам бир хил товушли хириллалашлар эшитилади. Астмада жисмоний зўриқишдан сўнги ва тунги хириллалашлар, тунда ва албатта жисмоний ҳаракатдан сўнг кузатилади.

- **Йўтал:** астманинг ягона белгиси бўлиши мумкин, айниқса жисмоний зўриқишдан кучаядиган астмада. Одатда бундай йўтал балғамсиз ва пароксизмларсиз бўлади. Йўтал хириллалашлар билан бирга кечиши мумкин.

- **Кўкрак қисилиши:** кўкрак қисилиши ва кўкракдаги оғриқ шикоятлари астма белгилари бор ёки йўқлиги билан, айниқса машқлар билан кучаядиган астма ва тунги астмада кузатилади.

- **Бошқа носпецифик белгилар:** чақалоқлар ва болалар анамнезида рецидив бронхитлар, бронхиолитлар ва зотилжам; шамоллашда персистирланган йўтал ва/ёки қайталанувчи круп ва кўкракда товушлар бўлиши мумкин. Кўпчилик сурункали ва қайталанувчи бронхит билан оғриган болаларда кейинчалик астма ривожланади. Астма кўп ҳолларда қайталанувчи зотилжам орқасида яширинади. Катта ёшдаги болалар кўкрак қафасининг қисилиши ва/ёки кўкрак қафасининг битишига шикоят қиладилар.

Ўткир хуруж давомида белгилар оғирлик даражасига қараб ўзгаради.

- **Енгил хуруж давридаги белгилар:** бемор нафас олишининг қийинлашишини тоза хаводаги сайр каби жисмоний фаолликдан сўнг хис қилиши мумкин. Бемор гапларни тўлиқ гапиради ва ётади, биров безовта кўриниши мумкин.

- **Ўртача даража хуруж давридаги белгилар:** бемор гапираётган вақтида нафас фаолияти бўзилган. Чақалоқларда деярли юмшоқ ва қисқа қичқириқ ва болани овқатлантириш қийинлашуви кузатилади.

- **Оғир хуруж даври белгилар:** хаво етишмовчилиги тинч ҳолатда кузатилади, иштаханнинг йўқолиши, тик турган ҳолда ўтирадилар, гапларини (тўлиқ эмас) алоҳида сўзлар билан гапиради, одатда безовта.

- **Яққол нафас етишмовчилиги белгилари** (юқорида келтирилган белгиларга қўшимча ҳолда): болалар уйқучан ва кўрқув ҳолатида. Агарда ўсмирларда яққол нафас етишмовчилиги бўлмаса, бу белгиларга шикоят қилмасликлари мумкин.

Физикал текширув маълумотлари:

- Клиник кўриниши хилма хил. Юқори нафас йўллари ўткир респиратор вирусли (ЮНРВ) инфекцияси белгилари, тунги ёки жисмоний машқлар билан зўрайдиган ва “status astmaticus” билан ўхшаш бўлиши мумкин. Status asthmaticus - адекват амбулатор давога турғун ўткир астматик хуруж. Агрессив стационар давони талаб қиладиган, шошилинич тиббий ҳолатларга киради. Гипоксия, гиперкарбия ва дегидратацияни даволаш мақсадида ПИТга ётқизилади ва нафас етишмовчилиги хисобига ўпкани сунъий вентиляциясини талаб қилади.

- Ўткир эпизодлар мавжудлиги ёки оғирлик даражасига қараб физикал маълумотлар ўзгариб туради.

Хуруждан ташқари даврдаги физикал текширув (масалан, поликлиникага хуружлар ораси даврида мурожаат этилганда)

- Физикал маълумотлар астманинг оғирлик даражасига қараб ўзгаради. Енгил астма билан бемор поликлиникага мурожаат қилганида ҳар доим ҳам клиник текширувда ўзгаришларни аниқлаш мумкин бўлмайди. Оғир астма билан оғриган беморларда сурункали нафас йўли бузилиши белгилари ва сурункали гипервентиляция кузатилади.

- Атопия белгилари ва аллергия ринит, ҳамда ковоқларнинг шиш ва яллиғланиш. Кўзга кўринадиган белгилар – бурун устида доимий артилгани туфайли кўндаланг чизиқлар, аллергия ринит белгиси каби, бурун шиллик қаватининг оқлиги бўлиши мумкин.

- Кўкрак қафаси хаво билан шиши хисобидан олдинги орқа диаметри катталашган. Кўкрак қафасининг шиши нафас олишнинг қорин турини келтириб чиқаради. Ўпка текшируви респиратор босқични чўзилиши, экспиратор хириллалар, экспиратор хуштак, жарангдор хириллалар ёки нотекис нафас шовқинлари аниқлаш имконини беради.

- Бармоқларни йўғонлашуви астмада жуда ноёб кўрсаткич бўлиб, янада чуқурроқ текширувни талаб қилади.

Ўткир хуруж даврида физикал текширув натижалари енгил, ўрта ва оғир эпизодли ва яққол нафас етишмовчилиги билан *status asthmaticus* каби турли хил маълумотларни беради.

- *Енгил хуруж*: нафас сони кўпайган. Нафасда кўшимча нафас мушаклар иштирок этмайди. Юрак қисқариш сони бир дақиқада 100 тадан кам. Парадоксал пульс кузатилмайди. Кўкрак қафаси аускультацияси одатда нафас чиқаришда ўртача хириллалар аниқланади. Оксигемоглобинни хона хавоси билан тўйиниши 95%.

- *Ўрта даражадаги хуруж*: нафас сони кўпайган, нафасда кўшимча нафас мушаклар иштирок этади, суправентрал тортилиш кузатилади. Юрак қисқариш сони бир дақиқада 100-120та. Жарангли экспиратор хириллалар эшитилади. Парадоксал пульс ортишни бошлайди (10-20 мм рт. сим. уст.). Оксигемоглобинни хона хавоси билан тўйиниши 91-95%.

- *Оғир хуруж*: нафас ҳаракати сони бир дақиқада 30 нафасдан ортиқ. Одатда нафас фаолиятида кўшимча нафас мушаклари иштирок этади, супрастернал тортилиш. Юрак қисқариш сони бир дақиқада 120 тадан ортиқ. Жарангдор иккифаза хириллалар эшитилади (экспиратор ва инспиратор). Кўпинча парадоксал пульс (20-40 мм рт. ст.) мавжуд. Оксигемоглобинни хона хавоси билан тўйиниши 91% дан кам.

- *Яққол нафас етишмовчилиги билан Status asthmaticus*: парадоксал торакоабдоминал ҳаракатлар кузатилади. Хириллалар бўлмаслиги мумкин (нафас йўлларида оғир обструкцияси). Брадикардия тарзида оғир гипоксемия келиб чиқади. Олдин кузатилган парадоксал пульс бўлмаслиги мумкин, бу ҳолат нафас мушакларининг чарчашидан далолат беради.

Қайталаниш даражасини аниқлаш

Кўрсаткич	Енгил қайталаниш	Ўртаоғир қайталаниш	Оғир қайталаниш	Товушсиз ўпка босқичи
Хансираш	Юрганда; ёта олади	гаплашганда; йиғи пастроқ ва қисқа, болани овқатлантиришда қийинчиликлар	Тинч холатда; овқат ейишни тўхтатади	
Гапириш	Тўлиқ гап	Алохида, қисқа гаплар	Алохида сўзлар	Ақл-хушнинг чалкашиши ёки секинлашиши
Нафас харакати сони	Кўтарилган	Кўтарилган	Юқори (>30/мин)	Парадоксал нафас
Кўшимча мушаклар иштироки, тўш усти чуқурчасини тортилиши	Одатда йўқ	Одатда бор	Одатда бор	Парадоксал-торако-абдоминал харакат
Қуруқ хириллашлар	Ўртача	Жарангли	Одатда жарангли	Йўқ
ЮҚС ¹	<100/мин	100-200/мин	>120/мин	Брадикардия
НЧЮТ	>80%	60-80%	<60%	
PaO ₂	Одатда текширишга эҳтиёж йўқ	>60 мм сим.уст.	<60мм сим.уст.	
PaCO ₂	<45мм сим.уст.	<45 мм сим.уст.	>45мм сим.уст.	
S ₂ O ₂	>95%	91-95%	<90%	

¹ мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирлар ёш гурухига тўғри келадиган кўрсаткичлар келтирилган, ҳар бир аниқ холатда мос келадиган ёш гурух меъёридан фойдаланилгани маъқул

Болаларда турли хил аллергенларга сенсбилизацияси бўлган бронхиал астманинг клиник кўриниши

Болаларда атопик бронхиал астма, уй чанги аллергенлари *Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farinae* лар сенсбилизацияси билан боғлиқ, уй шароитида нафас актининг қийинлашиши хуружи кузатилади, қачонки уйдан чиққанда, яшаш жойини алиштирилганида бу хуружлар сони камаяди. Нафас етишмовчилиги хуружлари сонини

камайишига яшаш жойларида қуйидагиларга (эски мебеллар, гиламларни олиб ташлаш, хонани доимий тозалаб туриш, чангни чангюткич билан тозалаш) риоя қилган холда эришиш мукин. Буларга риоя қилмаган холларда, олдинги яшаш шароитига қайтанда, олдинги хуружлар қайталаниши мумкин. Уй чанги канаси чақирадиган БАга нафас олиш қийинлашиши хуружлари тунги соатларда – ётоқ анжомлари таркибидаги уй майда каналари аллергиялик қобиляти томон ўзгариш даврида. *Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farinae* аллергиялари сенсibiliзацияси билан кечадиган бронхиал астма хуружини ривожланиши баъзи холларда аллергия ринит белгилари билан бирга кечади. Замбуруғли бронхиал астманинг кечиши йил давомида атроф мухитда замбуруғлар тухумларининг мавжудлиги сонига ва тарқалиши хусусиятига боғлиқ. *Cladosponum*, *Alternaria* замбуруғлари чақирган бронхиал астмада нафас етишмовчилиги хуружлари кўпроқ март ойидан биринчи совуқ тушгунга қадар — замбуруғларнинг тухумлари кўпаядиган даврда кузатилади. *Penicillium*, *Aspergillus*, *Mucor* турига хос замбуруғлар нам хоналарда жуда кўп тарқалган ва йил давомида тухум хосил қиладилар, болаларда улар чақирган БА хуружлари йил давомида кузатилади. Замбуруғлар чақирган БА қайталаниши кўп холларда болаларнинг нам хонада яшаш, шу билан бирга овқат рациониди кўзиқорин, пишлоқ, қаттиқ, хамиртурушли нон ва хоказолар истемол қилиши, ҳамда замбуруғлардан ишлаб чиқарилган дориларни қабул қилиниши сабабли келиб чиқади. Замбуруғли бронхиал астма беморларида касалликни оғир кечиши хос, баъзи холларда эса астматик холати келиб чиқиши мумкин.

Бронхиал астманинг чангга хос тури баъзи гулларнинг авж олиб гуллаган даврида келиб чиқади. Бронхиал астма хуружларининг кўпайиши куруқ шабадали кунларда, — чангни хавода юқори таркибда бўлган даврида, ёки аксинча хуружнинг камайиши ўсимликлар чангининг хавода камайишини келтириб чиқарувчи — нам ёмғирли хавода кузатилади. Фаслга боғлиқ аллергия ринит ва аллергия конъюктивитлар фонида чанг бронхиал астмаси келиб чиқади. Чанг чақирувчи бронхиал астма беморларида касалликнинг қайта хуружи, дарахтлар чанги билан умумий антиген детерминантлари (олма, ёнғоқ, терак соки) ва ўтлар (ёрма ва бўғдой нони, бўғдой ундан тайёрланган махсулотлар, кунгабоқар уруғлари, кунгабоқар ёғи ва холва каби) бўлган озуқа махсулотларини истемол қилиниши ҳисобига, фаслнинг ўсимликлар гуллайдиган ойлари ўтганидан бир неча ой кейин ҳам юзага чиқиши мумкин.

Болаларда бронхиал астма фақатгина овқат аллергияси кўриниши бўлиб жуда кам холларда ташхисланади, лекин, уй чанги аллергиялари *Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farinae* лар билан биргаликда жуда кўп холларда кузатилади. Одатда овқат бронхиал астмасининг ривожланиши балиқ, тухум, цитруслар, сигир сути оқсилларига бўлган сенсibiliзацияси билан боғлиқ. Бирга кечаётган эшакеми, лабларнинг шиши, баъзи холларда қоринда оғриқ, диспептик холатлар нафас олишнинг етишмовчилиги хуружининг ривожланишини кучайтиради.

Болаларнинг маълум бир қисмига бронхиал астма билан бирга атопик дерматит кечиши мумкин. Дермореспиратор синдром ҳолатлар касаллик асосида уй чанги *Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farinae*, замбуруғлар, чангли, овқат ва дори аллергияларига юқори сезгирлиги билан кўп валентли сенсibiliзация бўлиши мумкин. Бу беморларда кўпинча гастроинтестинал аллергия аниқланади. Бундай болаларда эозинофилия, қонда умумий ва махсус IgE кўрсаткичларининг юқорилигидан касаллик кечиши кийинроқдир.

Уй ҳайвонлари аллергияларига алоҳида сенсibiliзацияси кўринишидаги бронхиал астма алоҳида беморларда кузатилади. Бронхиал астманинг бу кўриниши *Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farinae*лар ва тери эпидермиси аллергиялари, уй аллергияларига бўлган сенсibiliзация билан бирга кечиши мумкин. Болаларда тери эпидермисига бўлган сенсibiliзация баъзи ҳолларда аллергия ринит билан бирга кечади. Тери эпидермиси аллергияларига сенсibiliзация билан чақирилган астмаси бор баъзи беморлар, эшакеми ва аллергия шишлар келиб чиқишини кучайтиради.

Ташхислаш .

Ота-оналарни сўрови – астмани ташхислашда асосий ўринни тутади. Врач хомиладорликни кечиганлиги, хомиладорлик вақтида токсикоз, касаллик, пархезни бузилиши кузатилганми йўқми қизиқтириши лозим. Туғруқ даврида асоратланишлар ва янги туғилган чақалоқнинг саломатлиги муаммолари бўлганми. Шу давргача ўтказган касалликлари, антибиотиклар қабул қилганми ва уларни қандай ўтказган, профилактик эмлашларга бўлган реакцияси. Она кўкрак сути билан боқилганми, овқат аллергияси кузатилганми ва ҳайвонлар жунига реакцияси кузатилмаганми. Шу билан бирга яқин қариндошларидан бирортаси аллергия касалликлар (бронхиал астма, поллиноз[1], овқат ва дори аллергияси ва хоказо) лар билан оғримайдиларми? Врач яна нафас сиқиши хуружларини бошланиши ва кечиши ҳақида сўраб суриштиради. Хуружларнинг пайдо бўлиши фаслга боғлиқлиги борми. Хуружлар бошланишига олиб келувчи эхтимолий сабабларни (ҳайвонлар билан мулоқот, боғдаги сайр, жисмоний зўриқиш ва хоказо)ларни аниқланг. Бола қандай дориларни истемол қилган ва унинг таъсири қандай. Бу маълумотларнинг барчасини аниқлаш, врачга болани тўғри текшириш, ташхис қўйиш ва давони тавсия қилиш учун керакдир. Консултация вақтида ўтказган касалликлари, умумий қон таҳлилининг натижалари ва ташхис учун керак бўлган бошқа текширув маълумотлари бўлган – боланинг ривожланиш картаси ёнингизда бўлгани маъқул.

Ташқи нафас фаолиятини текшириш .

Ташқи нафас фаолиятини аниқлаш учун 5 ёшдан катта болаларда спирометрия (1 сонияда нафас чиқаришнинг форсирланган хажмини (НФХ1) ва ўпканинг форсирланган ҳаётий сигимини (ЎФХС) аниқлаш имконини беради) ва пикфлуометрия (нафас чиқаришнинг юқори тезлигини (НЮТ) аниқлаш имконини беради).

Популяция текширувлар натижасида олинган НФХ1, ЎФХС ва НЮТ меъёрий кўрсаткичлари мавжуд. Улар текширувчининг ёши, жинси ва бўйига

боғлиқ. Бу кўрсаткичлар доимий равишда қайта кўрилиб турилади. Бемордан олинган кўрсаткичлар тўғри келадиган кўрсаткичлар фоизларда кўрсатилади. НЮТ керакли кўрсаткичлари учун жуда кенг чегаралари хос.

Тез таъсир қиладиган бронхолитикларни (200—400 мкг сальбутамол ёки беротек) ишлатгандан бир неча дақиқадан сўнг, “қайта тикланиш” терминига хос ҳолат, НФХ1нинг (баъзида НЮТ) кўтарилиши белгиланади. Баъзида, базис даво тайинлангандан ёки коррекциясидан бир неча кун ёки хафтадан сўнг ўпка фаолиятининг қайта тикланишига айтилади.

Спирометрия бронхиал обструкциянинг юза чиққан даражасини ва орқага қайтишини баҳоловчи метод ҳисобланади. НФХ1 ва ЎФХС бронхиал обструкциянинг юзага чиққанини ва қайта тикланишини баҳоловчи усул. НФХ1 ва ЎФХС кўрсаткичларини форсирланган нафас чиқаришда спирометр ёрдамида ўлчанади. Бронхиал астманинг бронхолитик ингаляциясигача НФХ1 бўлган кўрсаткичига нисбатан солиштирганда 12% ва ундан ортиши кузатилади. Агарда бемор (бронхолитик ёки базис) давони олган бўлса, тест сезгирлиги паст бўлади. Беморларни форсирланган нафас чиқаришга ўргатиш лозим, нафас чиқариш 3 марта бажариш тавсия қилинади ватолинган гатижалардан энг яхшиси НФХ1 белгиланади. Бошқа касалликлардан НФХ1 ўзгариши билан кечган бронхиал обструкцияни фарқлаш учун, Тиффно индекси (ТИ) деб номланувчи НФХ1/ЎФХСни нисбатини аниқлаш муҳим. Меъёрида $ТИ > 0,75—0,80$, болаларда эса $> 0,9$. **Пикфлоуметрия**, таъхис қўйиш ва даволаш самарадорлигини аниқлаш усули ҳисобланиб, нафас чиқаришни юқори тезлигини аниқлаш имконини беради.

Замонавий пикфлоуметрлар уй шароитида беморларга бронхиал обструкциянинг юзага чиққанини ҳар куни баҳолаш имконини беради ва жуда қаллай катталиқда, унча қиммат эмас. (расм. 3).



расм. 3. Пикфлоуметр

НЮТ ўлчаш билан ўпка фаолияти кўрсаткичларининг бошқаларин ўзгартириб бўлмайди, НЧФХ1 сиз НЮТ ўлчанса обструкциянинг даражаси тўлиқ баҳоланми қолиши мумкин, айниқса бронхиал обструкция даражаси кучайиб борганда ва “хаво пистирмаларида”. Турли хил пикфлоуметрларни (НЮТ керакли кўрсаткичларининг чегараси катта эканлигини инобатга олинишига қарамай) ишлатиш, НЮТгининг ҳар хил кўрсаткичларини бериши мумкин, шунинг учун аниқ беморнинг ўз пикфлоуметридан фойдаланган ҳолда, унинг энг яхши кўрсаткичларини билан солиштирган ҳолда ўлчашларни ўтказиш лозим. Энг яхши кўрсаткични одатда касаллик ремиссия даврида

кузатилади. Олинадиган натижалар беморнинг нафас чиқариш харакатлари билан боғлиқ, шунинг учун беморга маълумотни тўлиқ бериш лозим. НЮТ одатда (эрталаб уйғонгандан сўнг дорилар ичишдан олдин) ўлчанади ва кечкурун (Уйқудан олдин). НЮТнинг кундалик чекланишини қуйидагича аниқланади, унда A – НЮТнинг кундалик чекланиши, V_1 — тонги НЮТ, V_2 — кечкурунги НЮТ:

$$A = \frac{2|V_1 - V_2|}{V_1 + V_2} \cdot 100\%$$

НЮТнинг чекланиши қанчалик юқори бўлса, шунчалик астмани бошқариш қийинлашади. Яна бир кунлик НЮТги кўрсаткичларининг 1-2 хафтадаги кўрсаткичларнинг ўртача кўрсаткичларига нисбатан ўзгарилари солиштирилиши мумкин. НЮТ аниқлашнинг бошқа усулида 1 хафтalik НЮТнинг энг паст кўрсаткичини шу даврдаги энг юқори кўрсаткичига нисбатан фоизи олинади. Бу усул балки амалиётда бронхларнинг турғунлигини баҳолашда энг яхшисидир, чунки олинган кўрсаткич ҳисобланиб чиқилади, у бронхиал гиперреактивликни қолган кўрсаткичларини бир-бири билан яхши боғлиди ва НЮТгини қунига бир маҳал ўлчашни талаб қилади. НЮТиги ва унинг турли хил чекланиш ҳолатларини ўказилаётган давони, кучайтирадиган омилларни аниқлаш, хуружнинг натижасини баҳолаш мақсадида аниқланади.

Болалар бронхиал астмасида бронхоскопия.

Бронхоскопия бронхиал ўтказувчанликни бузилиши билан кечадиган бир қатор касалликларни бронхиал астма билан, айниқса нотипик клиник кўринишларини фарқлаш мақсадида ўтказиладиган ташхис қўйиш усули ҳисобланади. Улардан — ўпка бронх тизимининг туғма патологиялари (трахеа ва бронхларнинг аномалия ва нуқсонлари), бронхиал дарахтнинг ёт жисмлари (болалар амалиётида кўп учрайди), бронхлар ва трахеанинг дискинезияси, эндобронхиал ўсмалар, экстрабронхиал ўзгаришлар, сабаблари аниқ бўлмаган бронх ўпка касалликлари. Бронхоскопияни қуйида келтирилган касалликларни фарқлаш мақсадида ўтказишни тавсия қилиш лозим.

Бронхиал астмани ташхислаш мақсадида доимий усул қилиб наркоз билан ўтказиладиган бронхоскопияни қўллаш ноўриндир. Аниқланадиган бронхлар шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар носпецифик ҳисобланади, чунки бронх ўпка касалликларининг обструктив ва нообструктив касалликларида кузатилиши мумкин.

Бронхоскопияни ўтказиш даврида бронхларни ювилади (1-3 қатор) катта бронхлар ичдагилар тозаланади (Бронхиал лаваж – БЛ), ва терминал бронх ва альвеолалар тозаланадиган бронхоальвеоляр лаваж (БАЛ) ўтказилади.

Бронхоальвеоляр лаваж (БАЛ) ўпканинг респиратор қисмлари ва бронхиал дарахтнинг умр давомида кечадиган жараённи ўрганиш, табиий ҳимоя тизимини баҳолаш имконини беради, ва кечаётган имунологик

жараённи кузатиш борасида муҳим маълумотни, ҳамда ўтказиладиган даво самарадорлигини баҳолаш имконини беради.

Охириги йиллар болалар бронхиал астмасида бронхоскопиянинг қўлланилишига кўрсатмалар камайиб ва хатто ман этилаётганлиги кузатилмоқда. Бу бронхоальвеоляр лаважнинг классик турида организмда ножўя махалий ва умумий реакциялар кузатилиши билан тушунтирилади, амалиётда бу олинадиган ташхисловчи маълумот ўз ўрнини топмади. Охириги йиллар бронхиал астма беморларида, шу билан бирга болаларда бронхоальвеоляр суюқликни ўрганишга эътибор кучайган бўлса ҳам, олинган маълумотлар бронхиал астмани ташхислаш ва даволаш назорати мақсадида доимий қўлланадиган усул деб ҳисоблана олинмиди.

Даволовчи бронхоскопия болалар бронхиал астмасида бронхиал дарахтнинг дренаж фаолиятини бузилишида, ателектазлар мавжудлигида, асфиксик синдромнинг ривожланишида, жуда оғир хуруж ва астматик ҳолатда кўрсатма бўлиши мумкин. Лекин, хатто оғир status asthmaticusда ҳам бронхоскопия ўтказиш тўғрисидаги савол жуда қийин бўлиб қолмоқда. Шунга қарамай, бу ҳолатда терминал бронхларнинг шиллик билан тўлиб қолиши натижасида чақирилган ўткир нафас етишмовчилиги биринчи ўринга чиқади ва бу беморларда инструментал аралашув бемор ҳаётига хавф солувчи, бронхо- ва ларингоспазм билан асоратланиши мумкин. Шунинг учун болалар бронхиал астмасини даволашда, жавобгарлик талаб қилувчи бронхоскопик аралашув муаммони келтириб чиқаради.

Лаборатор текширувлар.

Қон тахлили эозинофилияни кўрсатади. Моноцитлар сони атопик турида меъёр даражасида бўлади. Базофил гранулоцитлар сони клиник белгиларнинг ўсишига қараб кўпаяди, айниқса хуруж олди даврида. Астманинг атопик турида Ig E даражаси ўртача кўрсаткичларда ортади.

Аниқ ҳолатларда балғам чўзилувчан, қуюқ, шишасимон, баъзи ҳолларда майда саго бўғдойини эслатувчи ушоқлари бўлади. Баъзи ҳолларда узунлиги 5-90мм бўлган, оқ ёки сариқ рангдаги Куршман спираллари аниқланади. Уларни, балғамни иккита предмет ойнасининг орасига суртиб, қоронғуликда аниқроқ кўриш мумкин. Ундан ташқари, балғамда эозинофил гранулоцитларнинг маълум қисмини аниқласа бўлади, баъзи ҳолларда улардан ҳосил бўладиган (15-20мкм диаметрли, рангсиз олтибурчакли) Шарко-Лейден кристаллари аниқланади.

Балғамда эозинофилларнинг топилиши қонда топилган эозинофилияга нисбатан муҳим ташхисловчи белги ҳисобланади. Бронхиал астманинг инфекцион туридабалғам кўпроқ ва суюқроқ, кўпинча сариқ ва яшил рангда бўлади. Суртмада нейтрофилли гранулоцитлар кўпроқ бўлади.

Таққословчи ташхислаш

БА таққословчи ташхисотини кўп ҳолларда қуйидаги касалликлар билан ўтказилиши тавсия қилинади.

- Овоз бойламларининг дисфункцияси (псевдоастма).
- Бронхиолит.
- Чақалоқларда ёт жисм ёки сутнинг аспирацияси.
- Муковисцидоз.
- Бирламчи иммунодефицит.
- Бирламчи цилиар дискинезия синдроми.
- Трахео- ёки бронхомаляция.
- Нафас йўллари ташқи сиқилишига олиб келувчи қон томирлар нуқсонлари.
- Гемангиома ёки бошқа ўсмалар, гранулёма ёки кисталар билан боғлиқ нафас йўллари стенози ёки торайиши.
- Облитерирланган бронхиолит.
- Ўпканинг интерстициал касалликлари.
- Юракнинг димилиши нуқсонлари.
- Туберкулез.
- Бронхўпка дисплазияси.
- Қисмли эмфизема.

Қуйидаги белгилар мавжуд бўлганида БАдан ташқари касалликларни шубха қилиш лозим.

Анамнез маълумотлари:

- Касаллик белгиларининг 2 ёшгача пайдо бўлиши.
- Респиратор дистресс синдром ва/ёки ИВЛни қўллаш.
- Неонатал даврда неврологик дисфункция.
- Бронхолитиклар қўлланганда самара бўлмаслиги.
- Эмизиш ва қушиш билан боғлиқ бўлган хуштаксимон хириллашлар.
- Ютинишнинг қийинлашуви ва/ёки қайталанувчи қушиш.
- Диарея.
- Тана вазнида ёмон қўшиш.
- Касаллик хуружидан 1 ҳафтадан ошқроқ муддатдан сўнг ҳам кислород давога мухтожликнинг сақланиши.

Физикал маълумотлар:

- «Барабан таёқчалари» кўринишидаги бармоқларнинг деформацияси.
- Юракдаги шовқинлар.
- Стридор.
- Ўпкада ўчоқли ўзгаришлар.
- Аускультацияда крепитация.
- Цианоз.

Лаборатор ва инструментал текширувлар натижаси:

- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасида ўчоқли ёки инфилтратив ўзгаришлар.
- Камқонлик.
- Нафас йўллариининг қайтмас обструкцияси.
- Гипоксемия.

Асоратланиши.

Бронхиал астманинг энг кўп асорати бу ўпка ателектази. Унинг сабаби спазмга учраган бронхлар тешигининг шиллиқ билан ёпилиб қолишидир. Кўп холларда чап тилсимон мегментларнинг юқори ва пастки бўлақларининг ўрта қисми ателектази ривожланиши кузатилади. Бронхиал астма, ателектазларнинг асоратланмаган инфекциянинг ўткир кўринишларини кечирганидан сўнг қайта тикланиши одатда бир неча кунда бўлади. Алохида болаларда инфицирланган ателектазларни ўз вақтида аниқланмаслиги, бронхоэктаз ва пневмосклероз ривожланишига олиб бориши мумкин.

Болаларда турли асоратларга тери ости интерстициал ва медиастенал эмфизема, спонтан пневмоторакс, пневмомедиастениум, ўпка юраги киради. Астма йўлдош касалликларисиз бўлса эмфизема кечроқ ривожланади. Оғир астмада йўталнинг чўққисида ёки хуружида қисқа муддатли хушдан кетиш холатлари келиб чиқиши мумкин (беталепсия). Баъзида, айниқса кўп муддат давомида кортикостероидлар билан даволанганларда хуруж даврида қовурғаларнинг синиши келиб чиқиши мумкин.

Даволаш стандарлари

Аллергик касалликларнинг тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида таъхислаш ва даволаш стандартлари. ШИФР МКБ-10 J450 – Аллергик бронхиал астма (атопик)

Хизмат кўрсатиш тури (таъхислаш, мутахассислар консултация)	Тавсиялар	
	кўрсатма	кратность
Текширувлар, таъхислаш ва лабаратор муолажалар		
Умумий қон таъхили*	+	4
Балғамнинг микроскопик таъхили**	±	2
Умумий ва махсус Ig E ни аниқлаш***	+	1
Компьютер спирография**	+	4
Пикфлоуметрия**	+	4
Тери аллергия синамалари***	±	1
Ўпка R-графия**	+	1
Мутахассислар консултацияси		
Пульмонолог консултация**	±	1
ЛОР консултацияси**	±	1
Фармакотерапия (даволаш)		
Дорилар гуруҳининг номланиши		
Антихолинэргик воситалар* (беродуал, атровент)		
Бронхоспазмолитиклар*		
Топик глюкокортикостероидлар **		
Тизимли глюкокортикостероидлар***		
Балғам кўчирувчи воситалар*		
Йўталга қарши воситалар*		
Махсус иммунотерапия***		

Илова: * - ҚВП, РМО, махсус тиббиёт бирлашмаларида ўтказилади; ** - РМО, махсус тиббиёт бирлашмаларида ўтказилади; *** - махсус тиббиёт бирлашмаларида ўтказилади; ± - кўрсатма бўйича; + - албатта ўтказилади

Дори дармонлар билан даволаш.

Базис даволаш воситаларига яллиғланишга қарши ва/ёки профилактик таъсирига эга (ГК, кромонлар, антилейкотриенлар, IgEга қарши, цитокинга қарши воситалар) ва узоқ таъсир қилувчи бронходилататорлар (узоқ таъсир қилувчи Р2-адреномиметиклар, секин ажралувчи теофиллин воситалари). Ҳозирги замонда базис давода нисбатан самарали – ингалицион ГК (ИКГ) воситалардир.

Касаллик белгиларни енгиллаштирадиган воситаларга қисқа таъсир қилувчи ингалицион Р2-адреномиметиклар (кўпроқ бронходилататорлар самаралироқдир), антихолинергик воситалар, тез таъсир қилувчи теофиллин гуруҳи воситалари ва перорал қисқа муддат таъсир қилувчи Р2-адреномиметиклар киради.

Давони танлашда БА астманинг даражасига, антиастматик воситаларнинг мавжудлигига, соғлиқни сақлаш тизимининг кўринишларига, дори воситасининг қўлланилганидан сўнг фойда ва зиённинг нисбатига, маданиятга, беморнинг шахсий ва оиласининг шароитига қараб асосланилади.

Касалликни назорати учун қўлланиладиган дори воситалари ҳар куни, узоқ муддат давомида БА касаллигини назорат қилишга эририш ва уни ушлаб турилиши учун фойдаланилади.

Шошилиш ёрдам дори воситалари бронхо-констрикцияни ва ҳамроҳ бўлган ўткир - хуштаксимон хириллашлар, кўкракнинг сиқилиши ва йўтал каби белгиларни олган ҳолда тез таъсир кўрсатади.

БАни даволаш учун дорилар қўлланилишининг турли хил турлари мавжуд: перорал, парентерал ва ингалицион, охириги тури кўпроқ самаралидир.

Ингалиция учун мосламани танлашда дори востасининг берилиши, нархи/таъсири ва қўллашдаги қулайлик самарадорлиги ҳисобга олинади. Болаларда уч турдаги ингалиция мосламалари қўлланилади: небулайзерлар, дозаланган аэрозолли ингалияторлар ва дозаланган кукунли ингалияторлар.

Касаллик кечишини назорат қилувчи дори воситалари .

Кромонлар. БАни енгил персистирланган даражада кечишини даволашда бошланғич даво мақсадида фойдаланилади, агарда 4-8 ҳафта давомида кромонлар билан даво самарасини бермаса ИГК ларга ўтиш тавсия қилинади. Клиник белгилар, ташқи нафас фаолияти, жисмоний зўриқиш БАси, нафас йўллари гиперреактивлигига нисбатан кромоглиц кислотаси ИГКларга қараганда камроқ. Болалар БАсида узоқ муддат кромоглиц кислотаси билан даволаш самарадорлиги плацебодан қисман фарқ қилади. Жисмоний зўриқишдан олдин тавсия қилинган недокромил, касаллик бронхоконстрикцияси давомийлиги ва оғирлигини камайишига олиб келади. Шунингдек, недокромил кромоглиц кислотаси каби ИГК га қараганда камроқ самара беради. БАнинг хуруж даврида, тез таъсир қилувчи бронхларни

кенгайтирувчи дори воситалари билан интенсив даволаниладиган вақтда кромонларни қўллаш ман этилади. Болалар БАсини базис давосида самарадолиги исботланмаганлиги туфайли кромонларнинг роли чекланган, айниқса мактабгача бўлган ёшдаги болаларда. 2000 йили ўтказилган метаанализ натижасига кўра, кромоглиц кислотаси болалар БАсини базисдавосида самарадорли дори воситаси деб ўзини кўрсата олмади.

Ингаляцион глюкокортикоидлар. Хозирги вақтда БАни назорат қилишда ИГКлар энг самарали дори воситалардир, шунинг учун бу гуруҳ воситаларни персистирланган БАни ҳамма даражасида қўллаш тавсия қилинади. Мактаб ёшидаги болаларда ИГК ушлаб турувчи даво бўлиб, БА белгиларини қайталаниши ва касалхонага ётказиш сонини камайтиради, турмуш тарзини оширади, ташқи нафас фаолиятини яхшилиди, бронхлар гиперреактивлигини пасайтиради ва жисмоний зўриқишда бронхоконстрикцияни камайтирган ҳолда касалликни назорат қилиш имконини беради. Мактаб ёшидаги БА билан оғриган болаларда ИГКни қўллаш, кундузги ва тунги йўталнинг балли кўрсаткичини, хуштаксимон нафаснива хансирашни, жисмоний зўриқишни, шошилиш ёрдам дори воситаларини қўллашни ва соғлиқни сақлаш тизимининг хизматини* киритган ҳолда клиник белгиларнинг деярли яхшиланишига олиб келади. Хозирги вақтда узок муддат давомида ўтказилган текширувлар натижасида самарадорлиги исботланган* ИГК, 3 ёшгача бўлган болаларда базис давонинг ягона воситаси ҳисобланади. ИГКни қўллашни тўхтатилганидан сўнг белгилар қайталаниши мумкин. Болаларда қуйидаги ИГКлар қўлланилади: беклометазон, флути-казон, будесонид. Узок муддат ИГК билан (ўрта ҳисобда беклометазоннинг дозаси 450 мкг/кунига) даво ўтказилганида, суяк тўқимасига нисбатан ножўя таъсири аниқланмаган.* Енгил БА си бўлган беморларда ИГК воситаларидан беклометазоннинг дозаси кунига 400 мкг ёки ундан ҳам кам қўлланилганида суяк метаболизмига таъсир кўрсатмаслиги аниқланган. келтирилганда деярли юқори дозани (кунига 800мкг) қўллаш суяк хосил бўлиши жараёни ва унинг дегидратациясини қайта тўхташига олиб келади. ИГК ни кунига 100-200 мкг дозасида қўллаш боланинг ривожланишига ҳеч қандай статистик ва клиник ножўя таъсир кўрсатмайди. ИГК билан даволанаётган БА си бор болалар, катта бўлишганида керакли меъёрий кўрсаткичларга эришадилар. Кунига 400 мкг дозасида ИГК билан даволанса болаларда гипоталамо-гипофизар-буйракусти тизимининг сўниши, ҳамда юқори даражада катарактанинг ривожланиши кузатилмиди. Ингаляцион ёки тизимли ГК ларни қабул қилаётган болаларда, касаллик клиникасида кузатиладиган молочница учраши камади. Спейсерлардан фойдаланиш эса оғиз бўлиги кандидозини камайтиради.

Тизимли глюкокортикоидлар. БА си бор болаларда перорал ГК ларни вирус чақирган инфекцияларда қўллаш чекланган. Тизимли ГКларни қўллаш самараси борлигига карамай, узок муддат қўлланилганида гипотапамо-гипофизар-буйракусти тизимининг сўниши, тана вазнининг кўшилиши, стероид

диабет, катаракта, АГ, бўйнинг ўсишдан тўхташи, иммуносупрессия, остеопароз, рухий ўзгаришлар каби ножўя ҳолатларни ҳисобга олиш зарур.

Узоқ таъсир қилувчи ингаляцион бета-2-адреномиметиклар. Бу гуруҳ воситалари БАни назорат қилишни ушлаб туришда самаралидир, уларни ИГКлар билан бирга ва интенсив жисмоний зўриқишдан олдин шу ҳолатларда, қачонки бирламчи буюрилган стандарт доза БАни назорат қилиш имконини бера олмаганида, тавсия қилинади. Бу воситаларнинг таъсири 12 соат давомида кузатилади. Ингаляция кўринишидаги фор-мотеролнинг таъсири дори юборилганидан 3 дақиқадан сўнг бошланади, максимал таъсири 30-60 дақиқада кузатилади. Ингаляция кўринишидаги салметерол деярли секин таъсир кўрсата бошлайди, керакли таъсири 10-20 дақиқадан сўнг, сальбутамол билан солиштириладиган таъсири 30 дақиқадан сўнг эришилади. Таъсир қилишнинг бошланиши секин-аста бўлганига салметеролни БАни ўткир хуружларида қўллаш тавсия қилинмиди. Болалар узоқ таъсир қилувчи бета-2-адреномиметикларни яхши ўтказадилар, хатто узоқ муддат қўлланиганида ҳам, дориларнинг ножўя таъсири қисқа таъсир қилувчи бета-2-адреномиметикларнинг ножўя таъсирига ўхшаш (кўрсатма бўйича қўлланилганида).

Узоқ таъсир қилувчи перорал бета-2-адреномиметиклар. Бу гуруҳ дори воситалари узоқ таъсир қилувчи сальбутамолнинг дори шакларини ўз ичига олади. Бу воситалар тунги БАни назорат қилишга ёрдам берадилар. Уларни, агарда ИГК стандарт дозада тунги белгиларни назорат қилиш имконини бера олмаса, ИГКларга қўшимча сифатида перорал бета-2-адреномиметикларни қўллаш мумкин. Келиб чиқиши мумкин бўлган ножўя таъсирлари: юрак қон томир тизимини стимуляцияси, безовталиқ ва тремор.

Бирга қўшилган воситалар. Даволаш жараёнида ИГК ни дозаси ошириб борилганидан кўра, узоқ муддат таъсир қилувчи бета-2-адреномиметиклар ИГК билан бирга кам дозалари аралаштирилгани жуда самаралидир. Узоқ таъсир қилувчи бета-2-адреномиметиклар ва ИГКларни алоҳида ингаляторда бўлганидан уларнинг, салметерол + флути-казонни бир ингаляторда аралаштирилган кўринишида қўллаш БАни назоратида яхши самара беради. Деярли ҳар иккинчи беморда БАни назоратини салметерол + флутиказон билан бирга берилганда эришиш мумкин. Давонинг самарадорлигини (НЮТ, НФХ1, қайталаниш сони, турмуш тарзи) каби кўрсаткичларнинг яхшиланиши кузатилади. Битта ингалятор ичида формотерол + будесонид таркиби бўлганида, аввалига ИГК қўллаган, кейинчалик эса будесониднинг фақатгина ўзи қўллаган БА си бор беморларда таъминлаб бера олинмаган касаллик назоратига эришиш мумкин.

Метилксантинлар. Теофиллин плацебога нисбатан БАнинг белгиларини назорат қилишда ва ўпкалар фаолиятини яхшилашда, хатто одатда тавсия қилинадиган диапазондан камроқ дозада тавсия қилинганда ҳам деярли самараси юқори.* Болалар БАсида теофиллинларни қўллаш тез ривожланадиган оғир (юрак аритмияси, ўлим) ҳолатлари ва кейин

ривожланадиган (хулқ атвори бузилиши, ўқишдаги муаммолар ва х.о) каби ножўя таъсирлари билан муаммоларни туғдиради.

Лейкотриен рецепторлар антагонистлари. Антилейкотриен воситалар (зафир-лукаст, монтелукаст)ни ИГКни паст дозаларида касллик етарли даражада назорат қилинмаганида, болаларда оғир ва ўртаоғир БАнинг давосини кучайтириш мақсадида қўллаш мумкин. Антилейкотриен воситалар болалар энгил персистирланган БАда монотерапия сифатида қўлланилиши ўрганилмаган бўлса ҳам, GINA (2002) энгил персистирланган БАда алтернатив моновосита ҳисобида тавсия қилади. Лейкотриен рецепторлар антагонистларни оғир ва ўрта оғир БА беморларида монотерапия сифатида қўлланилганида (6 ёш ва улардан катталарда) ўпка фаолиятини ўртача яхшиланиши ва (2 ёш ва улардан катталарда) БА назорати кузатилади. Зафирлукаст 12 ёш ва улардан катта болаларда, ўртаоғир ва оғир БАсида ташқи нафас фаолиятининг яхшиланиши нисбатан самаралидир.

Антихолинергик воситалар. Антихолинергик воситалар (ипратропия бромид) алоҳида ёки бошқа бронходилататорлар (кўпроқ бета-2-адреномиметиклар) билан биргаликда қўлланилиши, БА мага ўхшаш бронхоспазмни даволашда қўлланилади. Лекин, болалар амалиётида БАни кечишини назорат қилиш мақсадида бу гуруҳ воситаларини қўллаш доираси жуда чекланган. 6 ёшдан кичик болаларда ипратропия бромиднинг хавфсизлиги ва самарадорлиги ўрганилмаган. Мактабгача ёшда бўлган болаларда ипратропия бромиднинг қўлланилиши БА даражасини назоратига қисман таъсир қилади, антихолинергик воситаларга қўшимча бўлиб бета-2-адреномиметикларни доимий қўллаш ўзини оқламади.

Шошинч ёрдам воситалари

Дори воситаси	Дозаси	Ножўя таъсири	Тўлдириш
Р2-адреномиметиклар: Сальбутамол (ДАИ)* Сальбутамол (небулайзер) Фенотерол (ДАИ) Фенотерол (небулайзерли даво учун эритма)	1 доза— 100 мкг 1 -2 ингаляциядан кунига 4 марта 2,5 мг/2,5 мл: болалар < 6 ёш 1,25 мл, > 6 ёш 2,5 мл 1 доза — 100 мкг 1 -2 ингаляциядан кунига 4 марта 1 мг/мл: болалар < 6 ёш 10 томчи, > 6 ёш 20 томчи	Тахикардия, титраш, бош оғриғи, қўзғалувчанлик	Ингаляция холида ишлатилганида пероралга нисбатан таъсирининг бошланиши тезроқ, 1 ойда 1 та ингалятор балончики ишлатилса касаллик назоратининг ёмонлиги ҳақида, 2 та балончик ишлатилса касалликнинг оғир, ҳаётга хавф келти-

			рувчи кечиши хақида ўйланг
Антихолинергик воситалар: Ипратропия бромид (ДАИ) Ипратропия бромид (небулайзерли даво учун эритма)	1 доза — 20 мкг 2-3 ингаляциядан кунига 4 марта 250 мкг/мл: болалар < 3 ёш 30 томчи	Оғизда минимал қуруқлик ва нохуш маза	P2- адреномиметиклар- ни организм томо- нидан қабул қилин- маслигида таъсири деярли секин бошланади.
Бирга кўшилган воситалар: Фенотерол + Ипрат-ропия бромид (ДАИ) Фенотерол + ипратропия бромид (небулайзерли даво учун эритма)	2 ингаляциядан кунига 4 марта 1 -2 мл: болалар < 6 ёш 10 томчи, > 6 ёш 20 томчи	Тахикардия, скелет мушакларини нгтитраши, бош оғриғи, қўзғалувчанли к. Оғизда минимал қуруқлик ва нохуш маза	
Қисқа таъсир қилувчи теофиллинлар: Аминофиллин	150 мг >3 ёш 12- 24 мг/кг/кунига	Кўнгили айнаш, қусиш бош оғриғи, тахикардия, ритм бузилиши	Қон зардобиди теофиллин концентрациясининг назорати керак бўлади.

ДАИ - дозаланган аэрозолли ингалятор

Қадама қадам даволаш 1 қадам, енгил интермиттирланган БА.

Енгил интермиттирланган БА беморларида касаллик аллерген ёки триггерлар таъсири натижасида юзага чиқади. Агар таъсир бўлмаса, касаллик белгилари бўлмайди ва ўпка фаолияти кўрсаткичлари меъёр даражасида бўлади. БА интермиттирланган шакли жисмоний зўриқиш БА эпизодларида ҳам ташхисланади. Тез-тез бўлмаган белгилар ва ўпкафаолиятининг бузилмаслиги, БАнинг бу турида яллиғланишга қарши узоқ давом этувчи даво тавсия қилмаслик учун асос бўла олади. Беморлар фақатгина хуруж даврида давога мухтож бўладилар.

Шошилинич ёрдам воситалари сифатида сальбутамолнинг ингаляцион тури қўлланилади.

Агарда, беморда 3 ой давомида haftасига 1 мартадан кўп дорилар қабул қилишга мухтожлик бўлса, бемордаги холатни БАнинг енгил персистирилланган

шакли деб баҳолаш зарур. Болалар интермиттирланган БА билан бўлса, лекин оғир хуружлар кузатилса персистирланган БА ўрта оғирликда деб баҳоланиши зарур.

2 қадам, енгил персистирланган БА. Турли ёшдаги болаларда танланадиган воситалар – кам дозадаги ИГК(бекламетазон, флутиказон, будесонид). БАни назоратида алтернатив дори воситалари сифатида кўрилади. Секин ажраладиган теofilлинлар ва кромонлар билан даволашни бошлаган беморларда касаллик белгиларининг турғунлиги кузатилса, 4 hafta ўтганидан сўнг ИГК тавсия қилиниши зарур.

БАда яллиғланиш жараёнини назоратида монотерапия сифатида (ГКлардан ташқари) бошқа дори воситаларининг таъсири кам.

Монотерапия сифатида болаларда узоқ таъсир қилувчи бета-2-адрено-миметикларнинг қўлланиши қисман таъсири борлиги ҳақида текширувларда аниқланди, лекин бу текширувлар натижалари қарама қарши. Болаларда енгил персистирланган БАда антилейкотриен дори воситаларининг таъсири ўрганилмаган. Касалликнинг янада оғирроқ турларида бу гуруҳ дорилари ўртача самарадорликка эга, шунинг учун БА назоратида баъзи беморларда қўлланса бўлади.°

12 ёшдан катта болаларда бошланғич даво мақсадида ИГК ва узоқ таъсир қилувчи бета-2-адреноми-метикларни танлаш мумкин. GOAL изланишларида кўрсатилгани каби, ИГК билан монотерапияга нисбатан кам дозалардаги ГКлар бирга берилиши, кўп касалларда БАни тўлиқ назоратини таъминлаб беради.

БАни назоратида доимий қўлланиладиган дори воситаларидан ташқари, беморга керак бўлганда хуружни тўхтатиш мақсадида тез таъсир қилувчи ингаляцион бета-2-адреномиметиклар мавжуд бўлиши лозим, лекин бу воситаларни қўллаш кунига 4 мартадан ошмаслиги керак. Симптоматик дори воситаларини кунига 4 мартадан ортиқ ишлатилиши БАни бу даволаш схемаси билан ёмон назоратидан далолат беради, бундай ҳолларда беморда БАнинг янада оғирроқ даражаси эканлигини ҳақида ўйлаш лозим.

3 қадам, ўртаоғир персистирланган БА. Персистирланган ўртаоғир БАда касаллик белгилари ҳар куни, узоқ вақт давомида ёки тунда, haftасига 1 мартадан кўп кузатилади. Персистирланган ўртаоғир БА ташхиси беморга НЮТ охириги кўрсаткичи, дори қабул қилгунга қадар керакли кўрсаткичга ёки охириги энг яхши кўрсаткичга нисбатан 60% дан юқори, лекин 80% дан паст бўлганида, чекланиши 20 дан 30 %гача бўлганида қўйилади. Агарда кам дозали ИГК (2 қадам) билан БА назорат қилинмаса, бу ҳолларда БАни персистирланган ўртаоғир даража деб баҳолаш лозим.

Ўртаоғир персистирланган БАси бор беморлар ҳар куни касаллик кечишини назорат қилувчи, яллиғланишга қарши дори воситаларини қабул қилишлари лозим. 5 ёшдан катта болаларда танланган дори воситаси кам/ўрта дозаларда ИГК ва узоқ таъсир қилувчи бета-2-адреномиметиклар ҳисобланади, 5 ёшдан кичик болаларда ўрта дозада ИГКлар ҳисобланади. Ҳаммасидан ҳам давони кучайтирувчи восита сифатида ингаляцион ва узоқ таъсир қилувчи бета-2-адреномиметиклар ўрганилган. Ундан ташқари, секин ажратиладиган

теофиллин ва антилейкотриен дори воситалари (монтелукаст, зафирлукаст)ни қўллаш ҳам мумкин. Бу дори воситаларининг таъсири самарадорлиги алохида беморларда кузатилади, шунинг учун қўшимча дори воситаларини индивидуал танлаш лозим.

БАни назорати учун доимий қўлланиладиган дори воситаларидан ташқари, касаллики хуружи белгиларини тез тўхтатиш учун қўллаши керак бўлган, тез таъсир қилувчи ингаляцион бета-2-адреномиметик бўлиши лозим, лекин кунига 3-4 мартадан ортмаслиги керак.

Агарда БАни назорат қилиш мумкин бўлмаса, 4 қадамга қараб давони бошлаш лозим.

4 қадам, оғир персистирланган БА. Болаларда оғир персистирланган БАда юқори дозада ИГК (флутиказон, будесонид) ва узок таъсир қилувчи бета-2-адреномиметик (салметерол, формотерол)ларнинг бирга қўшилиб берилиши ҳисобланади. Бу мақсадда бирга қўшилган дори воситалари, танлаб олиб қўшилган дорилар (флутиказон + салметерол, будесонид + формотерол) деб номланувчилар тавсия қилинади. Базис давода ИГК га қўшимча қилиб узок таъсир қилувчи бета-2-адреномиметиклар тавсия қилиш назорат қилинмидиган касалликда катта тлиник самарани беради, ИГКни дозасини 2 мартага ва ундан ҳам кўпроқ кўтаргандан кўра. Ингаляцион узок таъсир этувчи бета-2-адреномиметиклар ҳаммасидан ҳам кўп ўрганилиб чиқилган бўлсада, секин ажралувчи теофиллин ва антилейкотриен дори воситаларини қўшимча даво сифатида тавсия қилиш мумкин. Баъзи ҳолларда давонинг 2-4 қадамларида касалликни тезроқ назорат қилиш мақсадида қисқа курсда тизимли ГК ларни тавсия қилишга тўғри келади. Executive Summary of the NAEPF Expert Panel Report (2002) материалларга кўра, қисқа перорал ГКлар (преднизолон) курсига тавсия қилинадиган дозаси кунига 1 -2 мг/ кг, лекин кунига 60 мг/кг дан ортиши мумкин эмас. Перорал ГКлар билан узок даволашда минимал мумкин бўлган дозадан, кунига бир маҳал, иложи борича мавжуд бўлган ножўя тасирларини камайтириш мақсадида эрталаб қабул қилиш тавсия қилинади. Перорал ГКлар қабул қилаётган беморларни ИГКга ўтказишда, бўлиши мумкин бўлган буйракусти етишмовчилиги ривожланиши белгиларини кузатиб туриш лозим. Бирга қўшилган давони олаётган беморларда, даволаш хажмини камайтиришда ИГКни ҳар 3 ойда 25%дан камайтириб бориш тавсия қилинади. Будесонид ёки уни ўриндош дори дозаси кунига 800 мкг дан паст бўлганида (12 ёш ва ундан кичик болаларда), қўшимча давони тўхтатиш лозим. Даволаш интенсивлигини камайтириш босқичида беморларни кузатиш 3 ойда 1 мартадан кам бўлмаслиги лозим.

Оғир БА да ҳар доим ҳам касаллик белгиларини назоратига эришиб бўлмайди, бундай ҳолларда эришилган энг яхши натижалар даволаш мақсади бўлади.

Базис давога қўшимча бўлиб, керак бўлганида белгиларни енгиллаштириш мақсадида тез таъсир қилувчи бета-2-адреномиметиклардан фойдаланилади, аммо иложи бўлса кунига 3-4 мартадан кўп эмас.

БАни қадам ба қадам даволашга ёндошишда касаллик кечиши даражасини кучайишига қараб давонинг даражаси кўпайиб бориши кўзда тутилади. Агарда бемор даво олаётган бўлса, БА нинг оғирлик даражасини аниқловчи классификациясида мавжуд бўлган клиник белгилар ва ҳар куни қабул қилинаётган дориларга асосланилиши лозим. Масалан, енгил персистирилган БА билан беморда (шу қадамга хос бўлган давони олаётганига қарамай) белгилари сақланиб қолса, ўрта оғирликдаги персистирилган БА деб баҳоланишлари лозим. Яъни, қадамли даволашга ёндошишда, бемор тавсия қилинган дориларни ўз вақтида айтганингиздек қабул қилаётганига ишонч ҳосил қилинган ҳолда, касалликни назорати амалга оширилмаса ёки ўтказилаётган даво натижаси йўқолсагина ундан ҳам юқорироқ қадамда даволашга ўтилиши лозим. Даволашнинг мақсади, кам дориларни қўллаган ҳолда энг яхши натижага эришиш.

Шундай қилиб, кечаётган даража белгиларининг бирга келиши ва кечаётган даво даражаси бемордаги БАнинг оғирлигини аниқлаш ва керакли мос келувчи даво тавсия қилиш имконини беради. Касалликни назорат қилиш эришилса, уни 3 ой давомида олиб бориш ва секин аста даво хажмини (бир қадам пастга) камайтириб кўриш лозим ва назорат қилишни ушлаб турувчи минимал давони аниқлаш керак. Агарда назорат 3 ойдан кўпроқ ушалса, касалликни оғирлик даражаси ва даволаш қадами қайта кўриб чиқилиши тавсия қилинади.

Схема.

5 ёшдан катта болалар, ўсмирлар ва катталар учун астмани назоратига асосланган ҳолда даволашга ёндошиш.



Қадам 1	Қадам 2	Қадам 3	Қадам 4	Қадам 5
Беморларни ўқитиш яшаш шароитини назорати				
Қисқа таъсир қилувчи β_2 -	Қисқа таъсир қилувчи β_2 -агонистлар “талабга биноан”			

агонистлар “талабга биноан”				
Базис давони танлаш	Бирини танлаш	Бирини танлаш	Бир ёки кўпроқ қўшиш	Бир ёки кўпроқ қўшиш
	Кам дозали ИКС	Кам дозали ИКС + узок муддат таъсир қилувчи β_2 - агонист	Ўрта ва юқори дозали ИКС + узок муддат таъсир қилувчи β_2 - агонист	Перорал кортикостероид (енг кам дозаси)
	Лейкотриен модификатори	Ўрта ва юқори дозали ИКС	Лейкотриен модификатори	IgE- антителлари билан даволаш
		Кам дозали ИКС+ Лейкотриен модификатори	Ўзоқ муддат таъсир етувчи теофиллин	
		Кам дозали ИКС+ Ўзоқ муддат таъсир етувчи теофиллин		

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бирламчи профилактика. БА профилактикаси болада аллергия ривожланишини олдини олиш билан боғлиқ. БА ва аллергиянинг бирламчи профилактикаси хавф гуруҳига кирувчилар орасида касалликни келиб чиқишини олдини олишга қаратилган. Ҳозирги вақтда БА бирламчи профилактикасида самара берувчи пренатал чоралар мавжуд эмас. БА ва аллергиянинг постнатал профилактикаси қуйидаги чораларни ўтказишни кўзда тутди.

1. Эрта болалик даврида хуштаксимон хириллашлар келиб чиқишидан химоя қилувчи хусусиятига эга, она кўкрак сути билан болани боқилишини мохиятини тушунтириш лозим.

2. Хуштаксимон хириллашлар сонини кўпайишига олиб келувчи тамакини зарари ҳақида чекувчи ота-оналарга тушунтириш лозим. Бронхиал обструкция билан кечувчи касалликларни кечишида пренатал ва постнатал даврда тамаки исининг ноҳўя таъсири мавжудлигини тушунтириш.

Иккиламчи профилактика.

БА ва аллергиянинг иккиламчи профилактикаси чоралари, сенсбилизацияси мавжудлиги исботланган, (йўтал, хуштаксимон хириллашлар, нафас олишнинг қийинлашуви) астмасимон белгиларнинг

мавжуд бўлган, лекин хали БАси йўқ болаларга қаратилган. Бу болалар хавф гуруҳга кирадилар, уларда қуйидагилар аниқланади:

- оилавий анамнезида БА ёки аллергиянинг мавжудлиги (БА нинг ривожланиши хавфи 50%);

- бошқа аллергия касалликлар (атопик дерматит, аллергия тумов, БА нинг ривожланиши хавфи - 10-20%);

- умумий IgE концентрациясининг юқорилиги (30 МЕ/мл дан зиёд) сигир сути/товуқ тухуми оқсилларига, аэроаллергенларга 0,35 МЕ/млдан кўп махсус IgE-Атини аниқланиши, (атопик дерматит ёки аллергия тумови бўлган болаларда хавф 70% гача ошади).

БАнинг иккиламчи профилактикаси мақсадида хавф гуруҳидагиларга цетиризин билан превентив даво тавсия қилинади. ЕТАС изланишлари шуниқўрсатдики, юқори хавф гуруҳига кирувчи (аллергоанамнези ва аллергиянинг тери кўриниши билан), рўзғор ёки чанг сенсбилизацияси мавжуд болаларга цетиризинни кунига 0,25 мг/кг дозада 18 ой давомида берилиши бронхообструкция сонини 40 до 20% камайишига олиб келади. Бошқа, олдинроқ ўтказилган изланишларда, хавф гуруҳидаги болаларга махсус иммунотерапияни протектив ўрини аниқланган эди.

Учламчи профилактика Касал болаларда БАни кучайтирувчи омиллар таъсирини камайтиришга, назорат қилишни яхшилаш ва даволашда дори воситаларини камайтиришга қаратилган.

Элиминацион режим

Элиминацион режимга риоя қилиш мавжуд бўлган касаллик кечиши оғирлигини камайишини келтириб чиқиши мумкин. Сенсбилизацияси мавжуд беморларда аллергиялар билан тез-тез мулоқот қилиши БА белгиларини, бронхиал гиперреактивликни, ўпка фаолияти ёмонлашишини кучайтириши мумкин.

Рўзғорда мулоқот қиладиган аллергиялардан, уй чанги каналарини, (жунли) хайвонларни, таракан ва қўзиқоринларни алоҳида ажратиш мумкин.

Уй чанги каналари аллергиялари таъсирини камайтириш чоралари.

1. Матрацлар, ёстиқ ва кўрпаларга махсус ўказмайдиган қопламалар кийдириш лозим.

2. Гилам ва палосларни линолеумга алиштириш лозим, поллар дарахтдан ёки паркетдан бўлиши керак.

3. Ҳамма ётоқ анжомларини ҳар куни (55-60°C) сувда ювиш керак.

4. Гиламларни акарицид суюқлиги ва/ёки танин кислотаси билан махсус тозалаш лозим.

5. Уйларни йиғиштиришда НЕРА-филтрли ва чанг йиғадиган йўғон деворли чангюткичдан фойдаланиш зарур.

6. Юмшоқ ўйинчоқларни иссиқ сувда ювиш ёки ора-орад музлатиб туриш тавсия қилинади. Уй ионизаторларини қўллаш БАнинг белгиларини юзага чиқишини камайтирмайди.

7. Йил давомида моғор ўчоқларини тозалаб туриш ва уйда намликни ортишига йўл қўймаслик даркор.

Уй ҳайвонлари билан мулоқотнинг камайтириш чоралари.

1. Ҳайвонни ётоққа ёки асосий бола хонасига киритиш ман этилади.
2. Уйларни йиғиштиришда НЕРА-филтрли ва чанг йиғадиган йўғон деворли чангюткичдан фойдаланиш зарур.

3. Хатто ҳайвонларни уйдан умуман чиқариб ташланса ҳам, бир аллергенларнинг таъсирининг меъёргача камайишига неча ой ўтиши керак бўлади.

Уйни сувараклар билан тўлиб кетиши – аллергик сенсбилизациянинг асосий омили, айниқса шаҳар шароитидаги уйларда. Бироқ сувараклар билан курашиш чоралари, қисман самара беради.

Овқат аллергияси баъзи ҳолларда БАни қайталанишининг омили бўлиб ҳисобланади, асосан эрта ёшдаги болаларда.

Пассив чекувчилик аллергик сенсбилизацияни кучайтирувчи хавф омили ҳисобланади. БА си бор болаларда, қайталаниш сонини ва белгилар оғирлигини кучайтиради. БАси бор беморлар ва БАси бор болалар ота-оналарининг ҳаммалари чекишни тўхтатишлари лозим.

БА профилактикасида ички ва ташқи поллютантлар таъсирини чеклаш муҳим ўринда туради. Адекват хаво алмашиш ва хаво тортиш мосламалари азотоксидини, ис ва газ исини, рўзғор аэрозоллар концентрациясини камайтириш имконини беради. Учувчан эфир бирикмалар таъсирини чеклаш учун бемор болалар бор уйларда ремонт ишларини олиб борилмагани маъқул ва бу болаларни ремонт ишлари тугатилганидан сўнг уйга киритиш лозим. Атмосфера хавосида ифлосланиш ҳисобидан юзага чиқадиган об-хаво ва атмосфера шароитларини инобатга олинг, бундай вақтларда бола озода ва кондиционер билан хавоси тозаланиб туриладиган уйда бўлиши, кўчада бўлганидан яхшироқлигини тушунтиринг.

Эрта ёшдаги болалар гуруҳида ёки чангга сенсбилизацияси юқори бўлган БА беморларида, овқат омиллари триггерлари ҳам долзарб бўлиши мумкин. Элиминацион-қўзғатувчи тестларни ўтказиш жараёнида касалликни қўзғатишига олиб келадиган махсулотлар анилланилади ва овқат рационидан чекланиши тавсия қилинади. Ацетилсалицил кислотаси ва НСЯҚ гуруҳидаги воситаларга юқори сезгирлиги бўлган болаларда, оғир ва уларни хаётига хавф солиши мумкин бўлган БАнинг хуружларига олиб келиши мумкинлиги, аллергиянинг алоҳида жараёнларини юзага чиқариши мумкинлиги учун бу дори воситаларини умуман қўллаш тўхтатиш лозим. Анафилактик реакцияларни ривожланишида юқори хавфга эга бўлган пенициллин гуруҳига кирувчи дориларга бўлган аллергия ҳақида тўлиқ анамнестик маълумот олиш муҳим, кейинчалик уларни қўллашни тўхтатиш учун.

Назорат қилинмидаган оғир кечувчи БА нинг ва касаллик қайталанишларининг сабаларидан бири тез-тез кузатиладиган ЎРВИ, ҳамда хамрох риносинуситлардир. Шу юзасидан ҳар йилга ўтказиладиган гриппга қарши эмлашлар фойдали бўлиши мумкин, бу тавсияларга нисбатан исботланган маълумотлар етарли бўлмаса ҳам.

Скрининг

Қайталанувчи хуштаксимон хириллашлари бўлган 5 ёшдан катта ҳамма болаларга ўтказиш лозим:

- спириметрияни;
- бронхолитик билан, жисмоний зўриқиш билан синамани;
- ўзини назорат қилиш кундалигини тутиш билан пикфлуометрияни.

БРОНХИАЛ АСТМАДА ДЖМ БУЮРИЛИШИНING КЛИНИК-ФИЗИОЛОГИК АСОСЛАНИШИ

ДЖМ воситалари, нафас марказини реффлектор ва гуморал тарзда қўзғатилиб, газ ва хаво алмашувини яхшиланишини кучайтиради. Даволовчи гимнастика ва массаж таъсирида умумий тонус ва беморнинг рухияти, марказий асаб тизими фаолиятини кўтариллиши, бош миянинг ярим шарларида мугуз қисми ва қобик остининг бир-бири билан таъсирланиши натижасида асаб жараёнларининг яхшиланиши кузатилади; бола организмнинг ҳимоя фаолияти фаоллашади; шу билан бирга ҳамма даво чораларини ўтказиш учун шароит яратилади.

Систематик жисмоний машқлар, ўпка ва плеврада қон ва лимфа айланишини яхшилади, экссудатнинг тез сўрилишини кучайтиради. Қайта тикланаётган тўқималар тизими функционал талабларга мослашади. Атрофик ва дегенератив ўзгаришлар қисман қайта тикланишлари мумкин. Бу ўпка тўқимаси, нафас аъзолари мушаклари, бўғим аппарати, кўкрак қафаси ва умуртқага тенг тақсимли алоқага эга.

Жисмоний машқлар ўпкада ва плевра бўшлиғида ривожланиши мумкин бўлган (эмфизема) ва кўкрак қафасининг иккиламчи деформацияси каби асоратларни олдини олишга қаратилган. Жисмоний машқлар трофик таъсирининг натижаси ўпканинг харакати ва таранглилигини қайта тиклинишидир. Нафас машқларини бажариллишида қонни кислород билан тўйиниши, аъзо ва тўқималарда модда алмашиниш жараёни яхшиланади.

Нафас аъзоларининг нафас фаолиятини бузилишини келтириб чиқарадиган барча касалликларида, шу билан бирга бронхиал астмада ҳам, мослашиш жараёнида мустақил қайта тикланиш ҳолати ривожланади. Касалликнинг эрта даврида, эркин кам ва чуқур нафас машқларини қўллаган ҳолда, рационал қайта тикланишини тезроқ келтириб чиқариш мумкин. Ривожланган тикланиб бўлмайдиган ўзгаришларда (эмфиземада) янада мослаштиришга келтиришда нафаснинг алоҳида фазаларига эътибор бериладиган, нафас мушакларини мустахкамлайдиган ва кўкрак қафасини харакатини кучайтирадиган, диафрагмал нафасни чиниқтирадиган машқлар ёрдамида юзага чиқарилади. Жисмоний машқларни бажарганда ёрдамчи қон айланиш жараёнлари чекланади, тўқималар ёрдамида кислород чиқиб кетиши яхшиланади. Бу гипоксияга қарши курашни юзага келтиради. Жисмоний машқлар хаво айланувчи йўлларда бронхлар гиперсекрецияси натижасидан ажралган ажралмаларни чиқариб ташлашни кучайтиради.

Жисмоний машқлар бузилган нафас фаолиятини меъёрга қайтаришини кучайтириши мумкин. Меъёрга қайтариш механизмининг асосида ташқи нафас

аъзолари фаолияти бошқарилиши бузилишининг қайта тикланишидир. Интерорецепторлар учлари регенерациясида қайта тикланиш, нафасни рефлектор бошқарилиши меъёрига қайтарилини келтириб чиқаради. Барча мавжуд компонентларни эркин бошқариш йўли билан тўлиқ маромли нафасга эришилади, бунда нафас олиш ва нафас чиқариш нисбати ва эътибор кўпроқ нафас чиқаришда бўлиб, нафас олишнинг чуқурлиги (даражаси) тўлиқ кенгайиш ва бир текис хаво алишуви керак. Секин аста эркин бошқарувчи шартли рефлекслар механизмини келтириб чиқариш, доимий машқлар жараёнида махкамланади ва тўлиқ ҳаракат актини йўлга қўяди. Газ алмашинувининг меъёрига келиши натижаси нафақат ташқи, балки тўқима нафасига (периферияда окисланиш жараёнинининг кўтарилиши ва жисмоний машқлар таъсирида кислород чиқариб ташлаш коэффиценти) таъсири натижасида келиб чиқади.

Т. Н. Суровенко, А. В. Ящук et al. изланишларида кўрсатилишича, 6-9 ой машқ бажарган 34% болалар базис даврдан чиқиб кетишга эришган, бунда ЎРВИ билан касалланиш текширилаётган кичик болалар гуруҳида 3,7 мартага, бронхообструкция хуружларини – 4,3 мартага, қайталанган хуруж давомийлиги – 2,4 мартага, бронхолитикларга муҳтожлик – 4,7 мартага камайишига эришилган. Катта ёшдаги болалар гуруҳида турмуш тарзини яхшиланиши билан бирга қабул қилинаётган дори дозасини камайтирилиши ва ЎРВИ касаллигида охириги яхши кўрсаткичлари билан, қайталаниш сони ва кунлари 2 мартага камайган. 1 йил давомида машқ қилганлар ичида, мутахассисларга мурожаатлари сони 2 мартага камайган, тез тиббий ёрдамни чақириш эса 3 дан 0 га тушган. Худди шунча давр шуғулланган БА си бор болалар орасида касалликни қайталаниши билан касалхонага ётқизилиш сони 2,5 мартага камайган, 2 йил шуғулланганлар орасида эса умуман касалхонага ётқизилиш сони кузатилмаган.

Ундан ташқари БА да кўпгина бошқа аъзо ва тизимлар жароҳатланади, биринчи ўринда эса юрак-қон томир тизими. Жисмоний машқлар қон айланиш тизимига меъёрга қайтарилган таъсирни кўрсатади. Улар бош мия катта ярим шарлари қобиғидаги асаб жараёнларига ижобий таъсир этади ва турли хил жисмоний зўриқишларга организмнинг турғунлигини келтириб чиқаради.

Шундан келиб чиққан ҳолда, бронхиал астмада ДЖМ вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Нафас жараёнининг меъёрига келтириш.
2. Нафас мушаклари кучининг ва кўкрак қафаси ҳаракатининг кўпайиши
3. Ташқи муҳит таъсирларига организмнинг турғунлигини ошириш
4. беморнинг руҳияти турғунлигини кўтариш.

ДЖМ ЛАРНИ ЎТҚАЗИШГА КЎРСАТМАЛАР ВА ҚАРШИЛИКЛАР

1. ДЖМларни ўтқазишга умумий қаршилиқлар.
2. Нафас ва юрак тизими фаолиятида етишмовчилик декомпенсация билан.

3. Астматик статус.

БРОНХИАЛ АСТМАДА ДЖМ УСУЛЛАРИ, ТУРЛАРИ, ВОСИТАЛАРИ.

Жисмоний машқлар

Охирги ҳолат – кроватни бош қисми кўтарилган ҳолда бемор орқаси билан ётган ёки стулда ўтирган ҳолатда (мушакларни максимал бўшаштириш имкони бўлган ҳолда беморга қулай ҳолатни танланг); бу кўкрак қафасининг яхши экскурсиясини таъминлайди, нафас чиқаришни енгиллаштиради.

Машқларнинг биринчи кунларида майда ва ўрта мушак гурухларига ва қўл-оёқ бўғимлари дистал қисмларининг нафас машқларида иштироки билан бўлган машқлар киритилади. Бемор ҳолатининг яхшиланиб борган сари машқлар фаоллаштирилади, қўл-оёқларнинг фаол ҳаракати (ўрта ва йирик мушак гурухлари ва бўғимлар), танада нафас машқлари ва пассив дам олиш танаффуслари ва мушакларни бўшаштиришни бир-бири билан боғлаган ҳолда оли борилади. Машқларни хона ичидаги юриш билан тўлдирилади, сўнг эса бўлимда. Юриш давомида бемор бирор нарса билан машқ бажаради.

Барча машқларни нафас чиқаришда бажариш тавсия қилинади (масалан, тананини энгаштириш, қўлларни букиш ва ёзиш); машқларни бир неча марта такрорланганидан сўнг қисқа танаффус қилиш тавсия қилинади ёки мушакларни бўшаштиришга қаратилган машқлар таклиф қилинади.

Бронхиал астмаси бор беморларга (5-7 сониядан ортиқ) кучаниш ёки нафасни ушлаб туриш каби машқлар ман қилинади.

Нафас ва умумий мутаҳкамлайдиган машқлар солиштирилган ҳолати 1:1 га тенг бўлиши керак, нафас машқлари умумий муолажанинг 40-50% вақтини ташкил қилиши керак. Тайёрланиш даврида даволовчи гимнастика муолажаси жисмоний зўриқишини албатта бўлимларга бўлиниши қаттиқ риоя қилиниши зарур.

Ташқи нафас фаолиятининг асосий кўрсаткичлари тикланганидан сўнг, қон айланиш тизимининг экстракардиал омилларини шуғуллантирувчи, бел, қўл ва оёқлар мушаклари кучини оширишга олиб келувчи умумий ривожланувчи машқлар қўшилади. 1-2 та умумий ривожлантирувчи машқлардан сўнг мушакларни бўшаштирувчи машқлар кетма-кет келишлари лозим.

Ремиссия даврида бир мунча қийинроқ, кучайтириладиган қаршиликлар билан, ҳар хил снарядлар ва снарядларни нафас машқлари билан бирга кечишини таъминлайдиган машқлар буюрилади.

Клинико-этиологик омилларидан келиб чиққанда, жисмоний зўриқиш бронхиал астмаси бўлган беморларда, жисмоний машқларни совуқ ва иссиқ ҳаво билан таъсирланадиган барча турлари ман этилади.

Массаж

Дунёда номедикаментоз даво мақсадида қўлланиладиган усуллари билан бири, белгиларнинг камайишига қаратилгани бу кўкрак қафасининг машқи ҳисобланади. Носпецифик кўзғатувчи сифатида маҳалий ва рефлектор таъсирловчи усули бўлиб қўлланилади ва перкуссия, вибрация, постурал дренаж каби турли услубларни ўз ичига олади.

Хуруж вақтида кўкрак қафасининг қовурғалараро, қорин ва ёққасимон худуд мушакларини кўшган холда массажини қилиш мақсадга мувофиқ.

Бронхоспазм ривожланишининг эрта даврларида ёки хуружни тўхтатиш усули бўлиб кўшимча нуқтали массаж услублари ўз самарасини беради. Хуружлар ораси даврида превентив мақсадда биологик актив нуқталарни кунига бир марта массаж қилиниши тавсия қилинади.

Ундан ташқари, хуружораси даврида сегментар ва банкали массаж, ўз-ўзини массаждан фойдаланилади.

Табиатнинг табиий омиллари.

Галотерапия (спелеотерапия) Европа ва Россияда бронхиал астмада тиббиётнинг альтернатив усул сифатида қўлланиладиган донғи кетган усулларида бири ҳисобланади. Галотерапия – даволаш усули, ер ости қарст ғорлар ва тузли чўққилар шароитлари кўрсаткичларига яқинроқ бўлган сунъий микроклиматдан фойдаланишга асосланган. Ғорлар ва тузли чўққилар ёки галокамераларда асосий таъсир қилувчи хаво омили, юқоридисперс хлорид натрий аэрозоли ва шунингдек манфий аэроионлар ҳисобланади.

Тузли ғорларда кўмириси газининг юқори концентрациясининг мавжудлиги жуда муҳим омилдир. Атмосферада кўмириси газининг концентрацияси жуда паст (0,03%), тузли ғорлада унинг концентрацияси 5 ёки 10 мартага юқори, лекин бу критик ҳисобланмайди. Шу вақтнинг ўзида кўмириси газининг концентрациясининг юқорироқ бўлиши вегетатив асаб тизимига таъсир қилиб интенсив ва чуқур нафасни кучайтиради, бу эса нафас машқи билан шуғулланиш кўринишини беради.

Замонавий галокамера махсус мослаштирилган хона бўлиб, деворларига махсус тузли қоплама юргизилган. Атмосфера намлигига нисбатан буфер мослама бўлиб, асептик ва гипоаллергик муҳит шароитини ушлаб беради. Галокамеранинг даволовчи хонасида аэродисперс муҳит ҳосил қилинади ва ушлаб турилади, унда даволовчи хлорид натрий қуруқ аэрозолининг тўйиниш концентрацияси маълум бир диапазонда майда бўлакчаларни тарқалувчан бўлади, унинг натижасида шишга қарши, бактерицид, муколитик, сенсibiliзацияни камайтирувчи, седатив каби даволовчи самаралар олинади. Манфий қуруқ хлорид натрий бўлакчалари билан зарядланган галоаэрозол, респиратор тизимнинг чуқур периферик қисмларига кириб энг қийин, етиш қийин бўлган худудларда балғам бошқарувчи таъсирини кўрсатади. Галоаэрозол билан қайта муолажалар ўтказилганида нафас йўлларининг ҳимоя фаолиятини физиологик кучайтириувчиси таъсирини кўрсатади. Бронхиал обструкцияда характериға боғлиқ бўлмаган холда ижобий таъсири кузатилади, лекин унинг яққол юзага чиққан даражасида кўпроқ кўрилади. Галоаэрозол давосининг бронхиал ўтказувчанлигидаги таъсирининг самарадорлиги яллиғланиш компонентига таъсир қилиши, балғамнинг реологик хусусиятини ўзгартириши, мукоцилиар клиренси тезлигини оширишиға олиб келиши билан тушунтирилиши мумкин. Дренаж фаолиятининг яхшиланиши ва нафас йўлларининг яллиғланишини камайиши, бронхообструктив компонентга таъсир қилиб туриб бронхлар гиперреактивлигини камайтиришиға олиб келади.

Баъзи давлатлар, масалан, Буюкбритания ва АҚШ, бу усулни бирор фойдасини тан олишмайди ва жиддий илмий изланишлар ўтказилмаганлиги боис қўллашмайди. Марказий Овropa давлатларида, масалан, Олмонияда, спелеотерапия усули охирги ўн йилликда жуда донғи кетган. Бу бронхиал астма билан оғриган бемор болага, қисқа муддатга бўлса ҳам атроф мухитнинг “идеал” шароитини яратиб берувчи ягона усул ҳисобланади. Физиотерапиянинг асосланган усулларида бири, Россия ва бошқа чет ел давлатларида, бронхиал астмада жуда кўп ишлатиладиган усул – аэрозол давоси ва унинг кўринишидан бири небулайзерли даво. Ингаляция учун дори воситалари қўлланилади. Бундан ташқари, бронхиал астмада даво-реабилитацион комплексга деярли кўпинча аэроионотерапияни, электрофорез, импульс тоқларни, пастчастотали магнитотерапияни (буйрак усти соҳасига ҳам), лазерли нурланиш, ўпкаларнинг илдизи соҳасида юқоричастотали даво, иссиқлик билан даволашни киритишади. Лекин бу усулларнинг таъсир механизмлари хали тўлиқ ўрганилмаган ва келажакда ўрганишни талаб қилади.

Реабилитацион муолажалар умумий комплексида курорт даво, климато-, бальнео-, пелоидотерапиялар кўринадиган ўринда туради. Курорт давони тавсия қилинганда касалликни клиник кечиши, йил фасли ва курортнинг климатогеографик хусусиятлари инобатга олинади. Бронхиал астма беморларини клинко-этиологик шаклига, ҳамроҳ аллергик касалликларига, бронхларнинг яққол юзага чиққан реактивлигига, асаб-рухияти ва эндокрин патогенетик чекланишларига қарамай тоғли худудларда жойлашган курортларда даволаниш тавсия қилинади. Баланд тоғлардаги гипоксия бронхиал астма беморларида, хатто соғлом одамларда буйракусти фаолиятини фаоллаштиришига олиб келишини инобатга олиш керак. Денгиз бўйи курортларига бронхиал астманинг ўпка эмфиземаси билан асоратланган ва бронхўпка аппаратида нотурғун ремиссияси мавжуд бўлган беморларни юборган маъқул. Бунда болаларни Кавказдаги Қораденгиз бўйига олиб бориш тавсия қилинмайди. Кисловодск энг яхши танлов ҳисобланади, кейинчалик эса – Қримнинг жанубий қирғоғи. Микроклимат шароитлари беморнинг доимий яшаш шароитидан кам фарқ қилувчи махсус санаторийлар ва бўлимларда даволаш, бронхиал астманинг нотурғун ремиссияси, ўпканинг яққол етишмовчилиги ва реконвалитент бўлган шахсларга ўтказилади. Ундан ташқари, ижобий микроклимат худудларда жойлашган (баргли ўрмон билан аралашган қуруқ воҳа, арча массивидан узоқроқда, чунки баъзи холларда арчаларнинг таратган хиди астматик холатни ушлаб туриши мумкин), маҳалий соғломлаштириш базаларга (санаторийлар, дам олиш уйлари, профилакторийлар), бронхиал астма хавфи бўлган, ёки касаллики олди кўринишлари билан бўлган шахслар юборилиши тавсия қилинади. Баъзи даволовчи муассасаларда аллерганларсиз палаталар ташкил қилинган, уларда хаводаги чанғни, ўсимлик чанғини, каналарни, замбуруғларни, вирусларни, бактерияларни, турли газсимон азот окиси, симоб окиси, тамаки иси каби воситаларни тозаловчи ва йўқотувчи HEPA (High Efficiency Particulate Air)

тизимининг аппаратлари билан аллергенларнинг камайтирилиш мухити ушланиб турилади.

Бронхиал астма инфекцион-аллергик характерга эга бўлгани учун чиниқтириш юилан эришиладиган, умумий иммунитетни кўтариш муҳимдир. С. М. Иванов бронхиал астмаси бор болаларни чиниқтириш учун ҳар кунги оёқ ванналарини қуйидаги схема бўйича тавсия қилади: уйқудан олдин, фақат тоvonларни иллик сувли (37-38?) тозга солинади. Биринчи кун муолажа 1 дақиқани олади. Оёқларни сувдан олинади ва қурутилади. Кейинги кун муолажа 2 дақиқа ўтказилади ва шундай қилиб ҳар кун бир дақиқадан қўшилиб бoрилади. 10 кундан кейин тоздаги сувнинг харорати хона хароратигача (18-20) туширилади. Яна 10 кундан кейин сувни тўғри крандан олиш мумкин. Кейинги кунларда муолажа вақтини 10 дақиқагача чўзилади.

МАКТАБГАЧА ЁШДА БЎЛГАН БОЛАЛАР БРОНХИАЛ АСТМАСИДА ТАВСИЯ ҚИЛИНАДИГАН ДАВОЛОВЧИ ГИМНАСТИКА СХЕМАСИ

1. "Қарға". Бошланғич ҳолат: скамейкада ўтирган ҳолда, қўлларини тарафларга тортиб юқорига кўтаради, (нафас олинади). Секин-аста қўлларни пастга тушириш лозим (нафас чиқарилади). Нафас чиқарганда К-А-Р-Р сўзини баланд товушда қайтариш лозим. 3-4 марта такрорланади.

2. "Ғозлар". Бошланғич ҳолат: скамейкада ўтирган ҳолда, қўллар елкага қўйилади. Нафас олинади, кейин танани олдинга эгиш тавсия қилинади, Г-А-А ёки Г-У-У ёки Г-О-О товушларини қайтариб туриб узун нафасни чиқарилади. 4-5 марта такрорланади.

3. "Қўнғиз учмоқда". Бошланғич ҳолат: скамейкада ўтирган ҳолда, қўллар белда. Нафас олиш керак, танани ўнга қаратиш лозим, ўнг қўл ён томонга ва орқага (нафас чиқарилади) чўзилади, нафас чиқариш вақтида учаётган қўнғиз товушини Ж-Ж-Ж деб қайтарилади, кейин бирламчи ҳолатга қайтилади; нафас олинади ва шу ҳаракатларни чап томонга нисбатан чап қўл ён томонга ва орқага (нафас чиқарилади) чўзилади, нафас чиқариш вақтида учаётган қўнғиз товушини Ж-Ж-Ж деб қайтарилади. Ҳар бир томонга 3-4 марта такрорланади.

4. "Лайлак". Бошланғич ҳолат: турган ҳолда, оёқлари бирлашган. Қўлларни ён томонга кўтарилади, бир оёқ тиззада букилиб кўтарилади (нафас олинади). Нафас чиқарганда Ш-Ш товушини чўзган ҳолда қайтарилади. 4-5 марта такрорланади.

5. "Турна". Бошланғич ҳолат: оёқлар бирга, қўллар пастда. Қўллар ён томонга кўтарилади (нафас олинади), секин-аста туширилади (нафас чиқарилади). Нафас чиқарганда У-У-У-Р-Р товуши қайтарилади. 3-4 марта такрорланади.

6. "Копток ўйини". Бошланғич ҳолат: турган ҳолда, оёқлар тана чизигида ён томонга очилган. Катта ёлим коптокни икки кафт билан кўкрак устида ушлаб турилади. Нафас олинади. Коптокни нафас чиқарган ҳолда олдинга улоқтирилади. Нафас чиқаришда Б-Р-У-Х-Х товуши чиқарилади. 5-6 марта копток отилади.

7. "Лочин". Бошланғич холат: турган холда, оёқлар бирга, қўллар бош устида (нафас олинади). Тез ўтирилади, қўллар пастга туширилади ва тиззаларни кучиб олинади (нафас чиқарилади). Ўтирган холатда тиззаларни кучиб йиғилиб олинади. Узоқ муддат Ф-Ф товушини қайтарган холда нафас чиқарилади. 3-4 марта такрорланади.

8. "Қуш учмоқда". Хона бўйича тез юриш ва югуриш (15-20 дақиқа), қўллар ён томонга чўзилган – тепага, пастга ҳаракатлар қилинади. Нафас олиш эркин. Югуриш тўхтаилганидан сўнг секинлаштирилган ритмик юриш.

9. "Адашиб қолди". Бошланғич холат: оёқлар бирга, най сифатида қўллар йиғилади, нафас олинади ва нафас чиқарганда қаттиқ ва чўзилувчан А-У-У деб қичқирилади. 3-4 марта такрорланади.

МАКТАБ ЁШИДА БЎЛГАН БОЛАЛАР БРОНХИАЛ АСТМАСИДА ТАВСИЯ ҚИЛИНАДИГАН ДАВОЛОВЧИ ГИМНАСТИКА СХЕМАСИ

1. Бошланғич холат: оёқлар бирга, қўллар тана бўйлаб. Бир оёқни бармоқларини учини тираб орқага қўйилади, ша ҳаракат билан бирга қўллар олдинга ва юқорига кўтарилади кафтлар ичкарига қараши лозим, сўнгра яхшилаб энгашилади (нафас олинади), кейин эса қўллар секин аста ён томон бўйлаб пастга туширилади (нафас чиқарилади). Нафас чиқариш вақтида оғиз ёпилган холда М-М-М товушини чўзиб тўлиқ нафас олгунга қадар қайтарилади. 4-5 марта такрорланади.

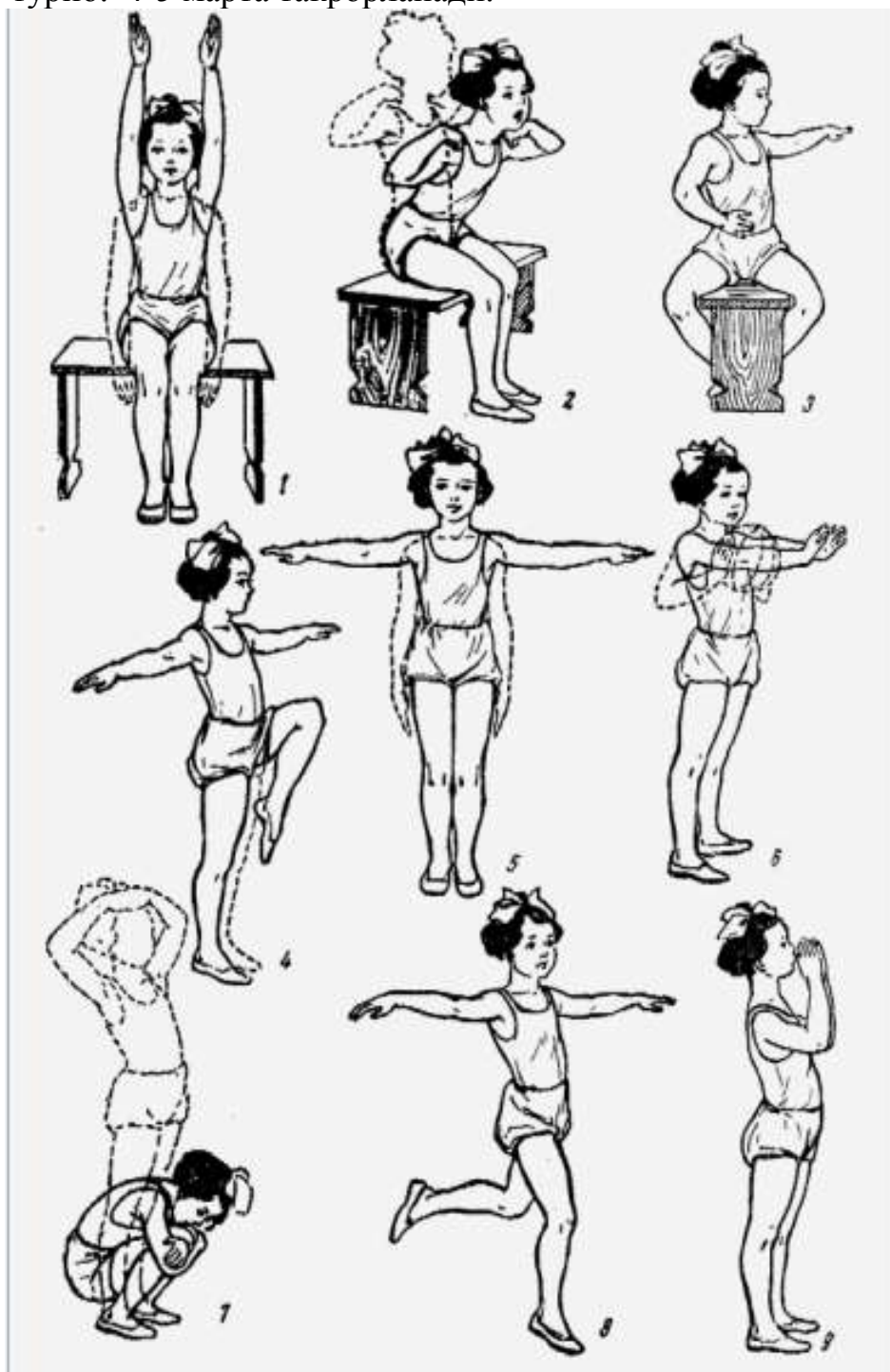
2. Бошланғич холат: оёқларни ён томонга салгина очилиб турилади, қўллар тана бўйлаб. Қўллар юқорига кўтарилади (нафас олинади). Кейин секин аста тана олдинга ва пастга эгилади. Энгашилган холда салгина чайқалиб (оёқлар тиззада букилмиди!) бир неча марта полни бармоқ учлари билан тегиш лозим (нафас чиқарилади). Нафас чиқариш вақтида 3-3-3 товуши қайтарилади. 3-4 марта такрорланади.

3. Бошланғич холат: оёқлар ён томонга салгина очиб турилади, қўллар гимнастик таёқ билан юқорига кўтарилган. Нафас олинади ва кейин тана, чап томонга букилади, қўллар ва таёқ шу томонга букилади (нафас чиқарилади). Бошланғич холатга қайтилади (нафас олинади), кейин эса худди шундай букилиш бошқа томонга қилинади (нафас чиқарилади). Нафасни секин аста чиқариш лозим. Нафас чиқариш вақтида У-Х-Х-Х товушини қайтарилади. Ҳар бир томонга 3-4 мартадан такрорланади.

4. Бошланғич холат: гиламчада осмонга қараб ётилади, оёқлар чўзилган, қўллар тана бўйлаб. Нафас олинади, кейин эса оёқлар тизза бўғимида букилади, тиззаларни қўллар билан кучоқлаб олинади ва кўкрак қафасига қаттиқ сиқиб яқинлаштирилади (нафас чиқарилади). Нафас чиқариш вақтида П-Ф-Ф-Ф товушини қайтарилади. 3-4 марта такрорланади.

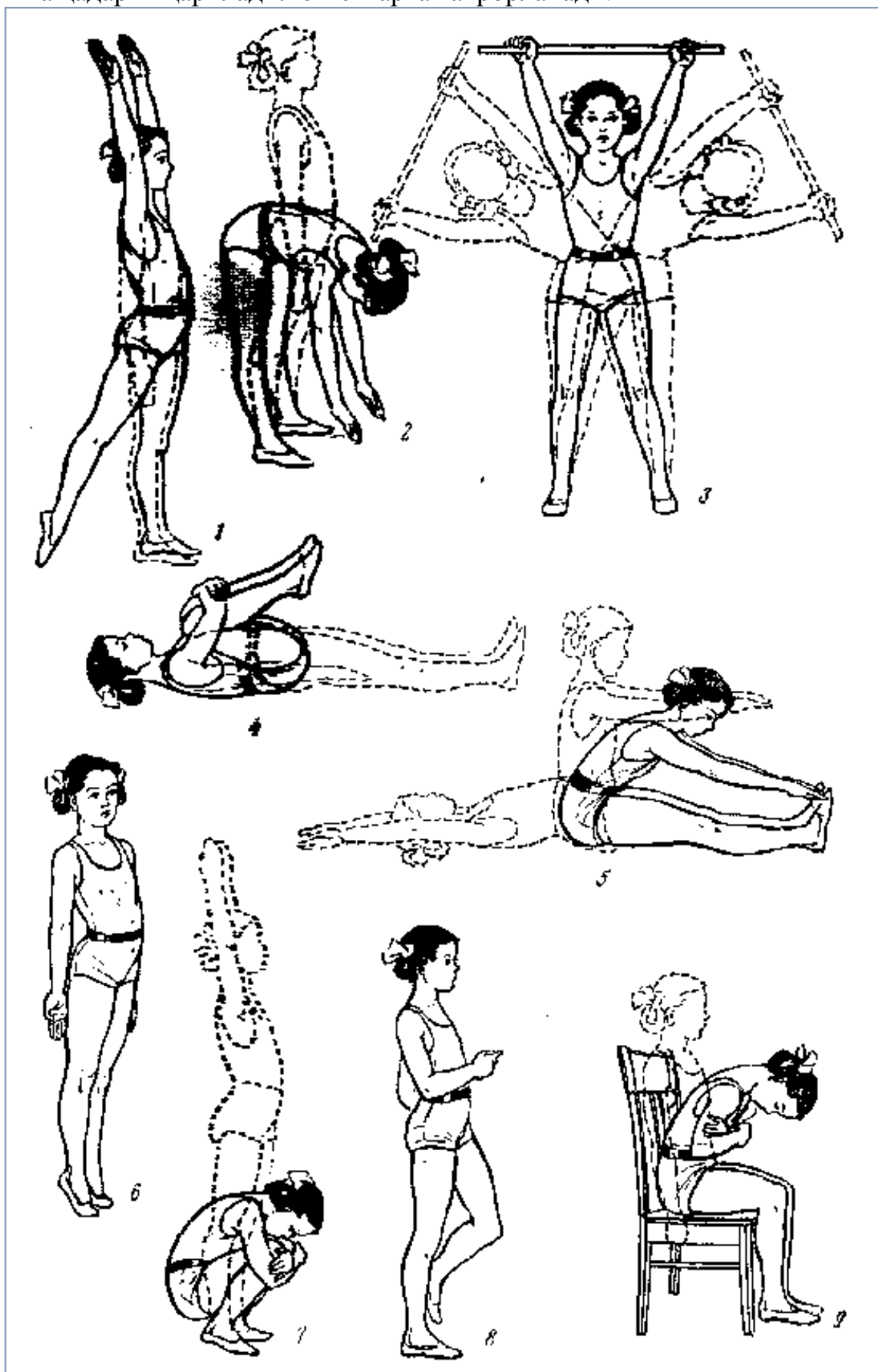
5. Бошланғич холат: гиламчада осмонга қараб ётилади, оёқлар бирга чўзилган, қўллар тепага кўтарилган холда (гиламчада ётилади). Нафас олинади, кейин эса қўллар тўғри холда тез, елкалар кўтарилиб ўтирган холатга келинади, олдинга тортилинади – қўллар чўзилган холда, оёқ бармоқларининг учиниушлашга ҳаракат қилинади. Нафасни бирга Б-А-А-Х-Х-Х-Х товушини чиқариш билан чиқарилади. 3-4 марта такрорланади.

6. Бошланғич холат: турган холда, оёқлар бирга, қўллар тана бўйлаб туширилган. Оёқ бармоқларининг учида турилади, елкалар орқага тортилади, кафтлар ўздан – ташқарига ўгирилади, яхшилаб энгашилади (нафас олинади). Бошланғич холатга қайтилади – тўлиқ нафас чиқарилади, Ш-Ш-Ш товушини чўзиб туриб. 4-5 марта такрорланади.



7. Бошланғич холат: оёқлар бирга, қўллар тана бўйлаб туширилган, қўлларни юқорига ва ён томонга кўтарилади, яхшилаб энгашилади (нафас олинади), кейин эса секин-аста ўтирилади, тиззаларни қўллар билан қучоқлаб олинади, кўкракка сиқилади, бошни пастга энгаштирилади (нафас чиқарилади).

Нафасни О-Х-Х-Х товушини қайтарган ҳолда, бутун ҳамма хава чиқиб кетгунига қадар чиқарилади. 8-10 марта такрорланади.



8. Хона бўйлаб секин-аста юрилади, нафас олиш эркин, бурун орқали – 2-3 дақиқа.

9. Бошланғич ҳолат: стулда ўтирган ҳолда, стулнинг суянчиғига суянилади, қўллар пастга туширилади. Мушаклар бўшаштирилади. Кейин қўлларни кенг ён томонга ёзилади, энгашилади (нафас олинади), шошилмасдан қўллар кўкракда крестсимон йиҳилади, кўкрак қафасиге босилади, қорин тортилади, бош эгилади (Нафас чиқарилади). Нафас чиқариш секин-аста, лаблар найсимон чўчайтирилади, Ф-Ф-Ф товушини қайтарган ҳолда майин хаво охиригача чиқарилади. 4-5 марта бажарилади, 20-30 сония танаффуслар билан.

БРОНХИАЛ АСТМАДА МАХСУС МАШҚЛАР

Хуруж даври.

Беморда астма хуружидан олдинги белгилари пайдо бўлиши билан беморга қулай шароит яратиш лозим (яхшиси ўтирган ҳолда), елка бўғими ва елканинг орқа мушакларни, пастки қисмларни бўшаштирган ҳолда. Бу мушакларни бўшаштириш бемор ҳолатини енгиллаштиради, қовурғалар ҳаракати ошиши ҳисобига бўғилиш хуружида нафас чиқаришни яхшилиди, ўпканинг ортикча вентиляциясини камайтиради ва бронхиал ўтказувчанлигини яхшилиди.

Юзаки нафас олиниши лозимлиги ҳақида беморни оғохлантириш керак, чунки чуқур нафас олиш бронхиал рецепторларни таъсирлаб, спазмни кучайишига ва тарқалишига олиб келиши мумкин. Шу вақтнинг ўзида патологик импульсни нафас марказига боришини камайтириш учун, текис нафас олинаётган вақтда, қисқа муддатга (4-5с) нафас олишни ушлаб туриш керак. Нафасни ушлаб тургандан сўнгги нафас олиш юзаки бўлиши керак.

Хуружлараро давр

Хуружлараро даврда бемор юзаки нафас олиш маҳоратини ўрганиши лозим, бир маромда нафас олиш билан бирга секин-аста нафасни ушлаб туриш вақтини кўпайтиради(секундомер билан методист томонидан назорат қилинади). Катта эътибор статистик (диафрагмал), ҳамда динамик нафас машқларга берилади.

Секинлашган тўлиқ ва чўзилган нафас чиқариш машқлари тўлиқ нафасда иштирок этиб, эмфизематоз чўзилган алвеолалардан хавони чиқариш билан қорин пресси мушаклари ва диафрагмани шуғуллантиради.

Товуш чиқариш билан боғлиқ махсус машқлардан иборат, "Товуш гимнастикаси" кенг қўлланилади. Товуш гимнастикасининг бошида "ёпик инқиллаш" бажарилади – "ммм" ва тозаланувчи нафас чиқариш "пфф". Товуш гимнастикасида товуш бойламлари вибрацияси трахея, бронхлар, ўпка, кўкрак қафасига ўтади ва спазм бўлган бронхлар ва бронхиолларни бўшаштиради. Хаво оқими кучига қараб ундош харфлар 3 гуруҳга бўлинадилар: энг катта куч п, т, к, ф харфларида кузатилади, улар кўкрак қафаси ва диафрагма мушакларини деярли таранглашишига олиб келади, ўрта интенсивликда б, г, д, в, з харфларидир ва м, к, л, р – энг кам кучга эгадир. Товуш гимнастикасининг мақсади – нафас олиш ва нафас чиқариш фазалар чўзилишининг нисбатини 1:2 гача келтириш. Нафас чиқаришдан кейинги

танаффусдан сўнг секин, тинч нафас олишда нафас олаётган хаво тўлик алвеоляр хаво билан аралашади ва алвеолаларда газ алмашуви янада тўлик бўлади. Қисқа танаффусдан сўнг секин-аста оғиз орқали нафасни чиқариш керак, нафас чиқаргандан кейин – деярли чўзилган танаффус қилинади. Унли товушларни маълум бир кетма-кетликда қайтарилади: масалан, бух, бот, бак, бех, бих. Вибрирацияланган р-р-р-р-р товуши обструктив синдромда жуда самарали.

"Товуш гимнастикаси" нафас олиш, нафас чиқариш ва нафас танаффуслари фазаларини тўғри шаклланишига олиб келади; вибрация ҳисобига спазм бўлган мушакларни бўшаштиради, балғамни яхши ажралишига олиб келади; нафас чиқаришда кичик мусбат босим яратиш ёрдамида нафас чиқаришда алвеоляр вентиляция бирлигини кучайтиради ва нафас йўлларининг эрта экспиратор ёпилишини олдини олади.

"Товуш гимнастикасида" нафас олиш бурун орқали (1-2 с), танаффус (1 с), актив нафас чиқариш оғиз орқали (2-4 с), танаффус (4-6 с). Бу гимнастиканинг афзалликларидан бири бемор ўқитилгандан сўнг амалиётда поликлиника ва санатор шароитларда қўллаш имкони бор.

"Товуш гимнастикасидан" ташқари, вентиляцияни яхшилаш учун махсус мосламалар қўлланилади – пассив нафас чиқариш учун мундштуқлар, яна сув билан тўлдирилган идишга ингичка трубка билан пуфлаш ва резина ўйинчоқларни пуфлаш. Нафас мушакларининг қаршилигини оширувчи машқлари ҳам мавжуд. (Resistance Muscle Training System).

Чуқур нафасни хоши билан камайтириш машқида (**Бутейко методи**), беморлар 3-4 с давомида секин-аста ва жуда юзаки нафас чиқарадилар ва 3-4 с давомида танаффусни ушлаб турадилар. Нафас сони бир дақиқада 6-8 та бўлиши керак. Кунига 3 соатдан кам бўлмаган холда, бошида тинч холда кейин эса ҳаракат вақтида, машқлар доимий равишда бажарилади. Ундан ташқари, 2-3 марта давоимийлигини 60 с ва ундан кўпроқ вақтга етказган холда, кунига 3 марта максимал нафасни ушлаб туриш тавсия қилинади.

К. П. Бутейко усули бронхиал астмаси бор бир қатор беморларда даво таъсирини бериши мумкин, гиперкапния ҳолатига келтириш ва бронхларда хаво оқимини пасайиши ирритатив рецепторлар таъсирланишини камайтиради. Шу билан бирга тахминан беморларнинг 2/3 қисмида гиперкапния белгилари (уйкучанлик, бош оғриғи, мушаклардаги оғриқ, титраш, тана хароратини кўтарилиши, уйқусизлик) ҳолатларини соғайиш реакцияси ва нордон-ишқорий муҳит бирлигининг бузилиши эхтимоли кузатилади.

А. Н. Стрельникова усули бўйича нафас олиш техника томонидан қийинчиликлари ва бошқа респиратор гимнастикаларн олдида афзалликлари камлиги ҳисобига кенг тарқалмаган усулдир. Нафас актида иштирок этувчи мушакларни шуғуллантириш учун, нафас чиқариш вақтида кўкрак қафасини сиқиш ҳисобига маълум бир кўринишли қаршилик ҳосил қилинади. Йоглар элементларига "асаналар" – турли хил статик ҳолатлар қўлланиладиган жисмоний машқлар ва "пранаяма" – маълум кетма-кетликдаги махсус нафас машқлари киради.

Нафаснинг дақиқадаги хажмини эркин камайтириш усули (**В. В. Гневушев**) бўйича: ўргатиш бошида тўлиқ нафасга эътибор берилади. Нафас олишда қориннинг олдинги девори тўлиқ олдинга чиқади, бир вақтнинг ёзида ёки кейин кўкрак қафасининг кўтарилади. Нафас чиқарганда кўкрак қафаси пастга туширилади, қорин эса ичга тортилади. Кейинчалик эса аралаш нафас кўникмалари, нафас чиқаришга нисбатан нафас олишнинг чўзилишини бирга олиб борадилар. Нафас олиш ва нафас чиқаришнинг давомийлиги (сонияларда) нисбати "нафас интервали" дейилади. Нафаснинг бу режимига нафас олишнинг чўзилиши ҳисобидан нафас хажмини кўпайтириш учун, бу эса нафас дақиқалик хажми камайтиради.

Нафаснинг дақиқадаги хажмини эркин камайтиришга ўргатишда нафас олиш бўшаштирилган, шовқинсиз, чўзилган, нисбатан чўзилишини сақлаб қолишга имкони билан бурун орқали, нафас чиқариш тўлиқ, эркин ва мажбурий бурун орқали. Хансираш ёки нафас қийинлашишини чақирувчи машқлар ман этилади.

Машқ бажарилганда нафас интервали кетма-кетлиги 2:4 – 3:4 – 4:4 – 6:4 – 8:3 etc. Каби бўлиши керак. Натижада нафас олишнинг сониядаги хажми камаяди ва нафас чиқаришнинг хажми эса кўпаяди. Ҳар бир мажбурий чўзилган нафас олиш ва чиқаришни қўллар, оёқлар, тана, ҳаракатлари билан, югуриш, юриш билан бига олиб бориш мумкин.

Юришдаги машқларни беморга маълум бўлган нафасни бошқариш кўникмаларидан бошланади. Биринчи дарсларида бемор қуйидаги ритми ўрганиши лозим: 1-2 қадамда – нафас олинади, 3-4да – нафас чиқарилади, секин-аста нафас чиқаришда қадамлар сонини кўпайтирган ҳолда давом эттирилади. Организмнинг секин-аста ҳаракатга ўрганиб боришига қараб, ҳаракат темпи оширилади ва тўхташ сони камайтирилиб туриб орасидаги масофа кўпайтирилади.

БОЛАЛАРДА ПОЛЛИНОЗ КАСАЛЛИГИ.

Поллиноз (анг: сўздан олинган бўлиб pollen- чанг, logos-фан) бу аллергия касалликларнинг атопик шакли бўлиб кўзнинг шиллиқ қаватларида , бурун бўшлиқларининг шиллиқ қаватларида ва терида тошмалар билан кечади.

Тиббий адабиётларда бу касалликни кўпинча пичан иситмаси номи билан баён этилади. Поллинозлар ер юзида кенг тарқалган аллергия касаллик булиб бунинг сабабчиси ўсимлик чанглари дир. Бу касаллик йилнинг маълум фаслида бир вақтда доимо такрорланиб туради.

Иммунология текширишларида поллинозлар касалликларида аллергия реакцияларининг ривожланиш йўллари ва турли ўсимлик чанглари аллергия ва антигенлик хусусиятларини ўрганиш билан бирга улардан келиб чиқадиган аллергия касалликларини моделини ҳайвонларда юзага келтириб кузатилади.

Поллинологик текширишда махсус чанг туткич асбоблар воситасида атмосферадаги ўсимлик чанглариининг миқдори, таркиби, шакли ҳамда тузилиши ўрганилади.

Поллинологик текшириш олдига ҳар қайси иқлимий ҳудудлар учун хариталар ишлаб чиқиш ўсимликларнинг гуллар жадвалини тузиш каби вазифалар ҳам қўйиладики, бусиз врач алергологнинг амалий ишини тасаввур қилиш мумкин эмас албатта. Бизнинг мамлакатимизда поллинозлар белгиларини ўрганиш ва касалликни аниқлаш ишлари махсус ривожланган лаборатория ва илмий текшириш марказларида олиб борилмоқда.

ПОЛЛИНОЗЛАРНИ ЎРГАНИШ ТАРИХИ.

Эра миздан аввалги II асрда белгилари жихатидан поллинозларни эслатувчи фасл касаллиги ҳақидаги маълумотлар Гален асарларида учрайди. Абу Али ибн Сино «Тиб қонунлари» деб номланган шох асарида соғлиқни сақлаш тадбирлари йилнинг турли фаслларида кўриладиган тадбирлар ва ҳавони мусаффолиги яъни соғломлаштириш ҳақида алоҳида тўхталиб ўтади.

1565-йилда Боталлус гул ҳиди таъсирида келиб чиққан бош оғриги, тумов ва кўз шиллиқ қаватини яллиғланиши туғрисида ёзади. 1819-йилда инглиз врачлари Жон Басток 1-мартда Лондонда кўз ва кўкракнинг такрорланадиган зарарланиши туғрисида махсус маълумот беради. Басток бу касалликни пичан иситмаси деб номлади.

Баҳорги пичан иситмаси ибораси билан аталган касаллик асли касалликнинг мазмунини очиб бермаса ҳам ҳозирги замон тиббиётидан асосий ўрин эгаллади. Узоқ вақтгача баҳорги пичан иситмаси касаллигининг келиб чиқиш сирларини аниқлаш мумкин бўлмади ва бу борада турли мулоҳазалар пайдо бўлди.

Машхур Гельмгольц пичан иситмаси касаллигини баъзи хил микроблар келтириб чиқаради деб ўйласа бошқалар бунинг сабаби иссиқ ёз хавоси ва қўёш деб мулоҳаза юритдилар. Поллиноз билан касалланган беморлар ўз даврларида ўша замон шифокорлари тиббий ёрдам қилаолмасдан, «пичан иситмаси касаллиги» билан оғриганлар жамиятини туздилар ва жамиятнинг ўз журналини чиқара бошладилар. Бу журналда поллиноз билан оғриган беморлар ўз касалликларини қандай қилиб даволаганлари тўғрисида маълумотлар бериб борар эдилар. Юқоридаги жамиятнинг тузилиши ўша даврда жуда тасодифий ҳодиса бўлиб баъзи бир психиатр шифокорлар пичан иситмаси билан касалланган беморларни руҳий касал деб эълон қилинишига олиб келди.

Шунингдек, поллинозларнинг келиб чиқиш сабабларини очиш шарафи Англиялик тажрибали оддий врач Чарльз Блеклига муяссар бўлди. 1873-йилда Блекли «Ёзги яллиғланиш сабабларини текшириш тажрибалари» номли китобни чоп эттирди.

Доктор Блеклининг ўзи 20 йил давомида поллиноз касаллигига мубтало бўлди. Ўзида ва бошқа беморлардаги касалликнинг ўтишини кузатиш натижасида у бунинг сабаби ўсимликларнинг чанги эмасмикан деган фикрга келди. Доктор Блекли ўзининг бу мулоҳазаларини ўз устида тажриба ўтказиб аниқлашга киришди.

Блекли ёзда касалликнинг белгилари авжига чиққан даврда баъзи бир хил ўтларнинг чангини йиғиб қўйди. Қишда батамом соғломлик даврида ёзда йиғилган қуруқ ўтларнинг қуруқ чангини қўл терисига ишқалаб (скарфикация) кузатди. Бир неча минутдан сўнг терида олдин қизариш пайдо бўлиб, сўнг кавариққа айланади.

Қиш вақтида Блекли шу ўтлар чангининг бурун шиллиқ қаватига пуркаб бурун шиллиқ қобиғининг яллиғланиши яъни тумов касаллигини ва кўз шиллиғ қобиғига таъсир этиб, конъюнктивит касаллиги белгиларини ҳосил қилди. Шундай қилиб оддий шифокор Блекли фақат поллинозлар сабабини очибгина қолмай балки уларни аниқлаш йўллари кўрсатиб берди. Шуни айтсалар керакда «Табиб табиб эмас бошидан ўтган табиб» деб.

Поллинозларни кўзгатувчи ўсимликлар чанги 5 та асосий хусусиятга эга.

1. Шамолда тез ва кўп чангланиб узоқ узоқларга тарқаладиган. Бундай чанглар ўтлар ва дарахтлардан чиқади, лекин писта дарахти булар жумласига кирмайди.

Ҳашоратлар ўсимликларни чанглатганда дастлаб унга боғбонлар дуч келадилар, поллиноз касаллигига йўлиқадилар.

2. Ўсимлик чанги шамолда тарқалмаса, унда чанг ўсимликдан ўз ўзидан чиқади ва кўп миқдорда тарқалади. Бундай ўсимликлар ҳашорат ва шамол чанглатадиган яъни «амфифилоус» туркумига киритилади.

3. Ўсимлик чанги жуда енгил бўлганлигидан тез учиб шамол орқали катта масофага тарқалади. Бундай чанг заррачалари думалок шаклда бўлиб диаметри 35 микрондан ошмайди.

4. Поллиноз касаллигини чакирувчи ўсимлик чанги кучли аллергиялик хусусиятига эгадир. Баъзи дарахтлар чунончи қайин дарахти чангни жуда кўп ажратади. Енгил ва шамолда узоқларга тарқалади аммо унда аллергиялик хусусияти деярли йўқ.

Ўсимлик ва ўтлар чангининг аллергиялик хусусиятини текшириш учун махсус чанг ушлагич асбобларидан фойдаланилади. Уларни махсус баланд жойларга ўрнатилиб маълум вақтдан кейин олинади ва гравиметрик ёки волюметрик усулда саналади. Бу усул билан Тошкент, Самарқанд, Андижон шаҳарларида ўсимликларнинг гуллаш фасллариининг жадвали ўрганилиб ишлаб чиқилди.

Тошкент шаҳрида ўсимликларнинг биринчи чангланиш даври март ойидан бошланиб апрелнинг охиригача давом этади. Бу вақтда чинор терак ва бошка толдошлар оиласига мансуб дарахтлар, шу жумладан қарағай, заранг, дуб, ёнгок, тут, олма, ўрик, олча ва бошка дарахтлар чангланади. Баҳор фаслида ҳаводаги чангнинг зичлиги 1 см да 1000-1100 гача етиб боради.

Чангланишнинг иккинчи даври баҳор ёз ойларини ўз ичига олиб майнинг иккинчи ярмидан то июн ойининг охиригача давом этади. Май ойида бошоқли ўсимликларнинг 197 гача, июн ойи давомида 328 чангдоначалари ушланади. Бу вақтда лух, сули, сухта, ялпиз, маккажўхори, кунгабоқар, тулкиқуйруқ, 5 турли явшон, ялтирбошлар гуллайди.

Чангланишнинг учинчи даври ёз-куз фасли август ойининг бошларидан то октябр ойининг 2-ярмигача давом этади. Бутун август ойи давомида пахта, маккажўхори, кунгабоқар каби дехқончилик экинларининг чанги билан бир каторда явшон, шўра ва шўрадошлар оиласига кирадиган (бута, чала бута) ўсимликлар чанглари мавжуд бўлиб, 1 см квадратга 149 чанг доначалари тўғри келади.

Самарқандда ўсимликларнинг гуллаши 1963-йилдаёқ ўрганилган эди. Бундай жойларда баҳор жуда эрта бошланади. Феврал ойининг охири мартнинг бошларидаёқ бодом, заъфарон (шафран) ва бошкалар гуллашга улгуради. Март ойининг ва бошкалар гуллайди. Ёз фасли давомида бошоқли ўсимликлар гулга киради. Осмонда 24 соат давомида махсус ҳисоблаш камерасининг ойна юзасинин 1 смга ўтирган чанг доначалари март ойида 100 дан 210 гача, 20 августга келиб 5-10 гача доначани ташкил қилади.

Шундай қилиб, 1963-йил Самарқанд шаҳрида олиб борилган кузатиш ўсимликларнинг гуллаши 2 даврда: биринчиси мартнинг охиридан апрелнинг бошигача, иккинчиси май июнь ойларида ўтишини кўрсатиб берди. Гуллаш давр авж олганда Самарқанд шаҳрида 1 см квадрат юзага 800-1000- тагача чанг заррачалари тушади. Худди ана шу даврда Самарқанд аллергиялик кабинетига беморлар кўплаб мурожат қилишади. Бу ҳол ўсимликлар чанги аллергиялик касалликларининг келиб чиқишида муҳим рол ўйнашини аниқ кўрсатиб берди.

Фаргона водийсининг Андижон шаҳрида олиб борилган аэропалинологик текшириш натижалари ўсимликларнинг гуллаш графигини куйидаги тартибда кўрсатди.

Атмосферада биринчи чанг доначалари февралнинг охирида пайдо булади. Демак, бу ерда биринчи гуллаш тулкини феврал охирида бошланиб мартнинг урталаригача давом этади.

Бу вақтда терак тол, заранг, шумтол дарахти, кўк ўт (момо каймоқ) гуллайди. Чангларнинг юқори микдори 1 см квадратга 600 тадан тугри келади.

Иккинчи чанг тулкини апрел ойининг охиридан бошланиб, июн ойининг урталаригача давом этади. Бу вақт пахта, акация дарахти, жухори, чинор ва откулокнинг гуллаш даврига тугри келади. Хаводаги чангнинг юқори даражаси 1 см квадрат юзага 1400 гача этади.

Андижонда учинчи чангланиш тулкини август ойида бошланиб октябрь охирларида тамом булади. Худи шу ойларда камиш, шакар камиш, нушпиезлар гуллайди. Чанг купи билан 1 см квадратда 200 донага этади.

Усимлик чанглари нимадан иборат? Усимлик чанги гулнинг эркаклик жинсий элементидир. У икки кобикдан иборат булиб, цитоплазмаси икки ёки уч ядродан иборат. Чангнинг кимёвий тузилиши жуда мураккаб. Чанг оксил, карбонсув, витамин, пигментларга ва турли ферментларга бой. Чангнинг кайси кисми аллергенлик хусусиятига боглик. Баъзи муаллифлар бу чангнинг оксил кисмига боглик деб фикр билдирсалар, бошқалари бу карбонсув, баъзилари эса пигмент кисми ёки ёг таначалари хусусиятларидан келиб чиқади, деб мулохаза юргизадилар. Шунга карамай купчилик текширувчилар усимлик чанглари аллергенлик хусусиятини оксил кисмига боглик деб хисоблайдилар. Аллергенлик хусусиятига эга булган оксилнинг молекуляр огирлиги 0.2-0.4 мг дан ошмаслиги зарур.

ПОЛЛИНОЗ САБАБЛАР .

Поллиноз гўдак ёшидаги болаларда кам учрайди, балоғат ёшида эса касалликнинг учраш даражаси ортади. Организм сезувчанлиги ўсимлик чангининг юқори нафас йулларига тушгандан кейин пайдо бўлади. Поллиноз билан кўпинча шахар аҳолиси касалланади. Куп йиллик кузатиш ва текширишлар шундан далолат берадики шахарда кишлокдагига нисбатан аҳолининг ёт аллергенларга сезгирлиги юқоридир, бинобарин, бунда аллергик касалликларни юзага келтиришда, турли маҳсулотлар ишлаб чиқарадиган корхоналарнинг кўплиги, кимёвий моддаларнинг турмушда хамда ишлаб чиқаришда кенг қўлланилиши, хар-хил дори-дармонларнинг кўплиги ва уларни дорихоналардан сотиб олиб ишлатиш, бунинг оқибатида нерв хужайраларининг тез-тез зарарланиб туриши, киши организмнинг турли хил таъсиротларга қаршилик кўрсатиш қобилятини ўзгартириб юборади, натижада ташқи муҳитдан таъсирланадиган ёт моддаларга сезгирлик ошиб кетади. Юқори нафас йулларини тез-тез «яллиғланиб» туриши хам ўз навбатида нафас йулларининг ўсимлик чангларига нисбатан сезгирлигини ошириб, поллиноз касаллиги келиб чиқишини осонлаштиради.

Аллергология бўлимига мурожат қилган, икки эгизак бола кузатиб борилди. Улардан бири қишда юқори нафас йуларининг ўткир яллиғланиш (трахеобронхит) касаллигига чалинди.

Бахорда ўсимликларнинг гуллаш даврида касаллик такрорланади. Бемор болага ўсимлик аллергенларидан махсус усулда ридоскринг аппарати ёрдамида текширилганда организмни сезгирлиги терак, чинор, ялпиз чангларига нисбатан ошганлиги аниқланди.

Бошқа аллергик касалликларга ўхшаш, поллинозларда ҳам наслнинг аҳамияти катта. Кейинги вақтда кўп кузатишлар ва адабиётлар тахлилига кўра боланинг отасида ҳам, онасида ҳам аллергик касаллик бўлса уларнинг болаларида ҳам жуда тез орада бирон бир аллергик касаллик келиб чиқишини кўрсатиб берди.

Наслдан-наслга поллиноз эмас, балки умуман аллергик касалликларга мойиллик ўтишини жуда кўп текширишлар исботлади. Шуниси қизиқарлики, поллиноз касаллиги билан оғриган беморлардан касалликнинг ривожланиши суриштирилганда уларда поллиноздан ташқари экссудатив, овқат ва дориларга нисбатан ҳам аллергия борлиги аниқланди. Наслнинг аҳамияти тўғрисида жуда кўп мулохаза юритиш мумкин.

Бу маълумотлар Ўрта Осиё шароитида болалар ўртасида ўсимлик чанглари билан касалланиш 3 ёшдан кейин бўлишидан далолат беради.

Поллиноз билан оғриган беморларни аниқлаш фақат махсус аллергологик кабинетларда олиб борилади. Агар поллинознинг ҳақиқий белгилари беморда мавжуд бўлса, аллерголог уни аниқлашда унчалик қийинчиликка дуч келмайди. Касалликка сабабчи бўлган ўсимлик чангини аниқ белгилаш зарур аҳамиятга эга, бундан ташқари, чангли бўлмаган кўшимча аллергенларни ҳам аниқлаш даркор.

Поллинозларни аниқлаш бемордан ёки боланинг ота-онасидан маълумот (анамнез) тўплашдан бошланади.

Касалликни аниқ бошланган вақтини билиш муҳим аҳамият касб этади. Қайси ўсимликнинг гуллаш даври бошланиши мумкинлигини касалликнинг бошланган вақтига қараб аниқлаш имконини беради. Беморга ёки унинг ота-онасига аниқ саволлар бериб, қандай аллергик касалликлар билан оғриганлигини аниқлаш мумкин. Қандай овқатларга, дори дармонларга сезгирлиги ошиб кетганлигини, беморнинг қариндош уруғларида аллергик касалликларни бор йуклигини аниқлаш лозим.

Киши организми сезгирлигини оширган аллергенларга нисбатан ишлаб чиқариладиган махсус модда антитела реагенлари кўз, бурун, нафас йуллари, ошқозон ва ичак йули шиллик каватлари деворидагина эмас, эмас балки терига ҳам жойлашади. Бу эса уз навбатида, поллинозларни терига усимликларида таёрланган махсус аллергенларидан кўйиб аниқлаш имкониятини беради, шу мақсадда бир неча ўсимлик аллергени кўпинча билан терисига томизилиб, скарификатор воситасида чизилади ва 20 -30 минут кузатилади, 20 -30 минутдан сўнг натижани аллерголог-шифокор

ўқийди. Агар скарификацияда кабарик пайдо бўлса , унинг хажмига караб баҳоланади .

	Шартли белгилар	Теридаги реакцияларнинг хажмлари
<p>Натижасиз жавоб Гумонли натижа Кучсиз натижа Уртача натижа</p> <p>Кучли натижа</p> <p>Жуда кучли натижа</p>	-	<p>Кизариш ва каварик йук Кавариксиз кизариш Каварик 2-3мм 5мм дан ошмаган каварик.атрофи Кизарган каворик оёкчалар 5-10мм ва кизариш 10мм дан катта каварик.кизариш Билан бирга</p>

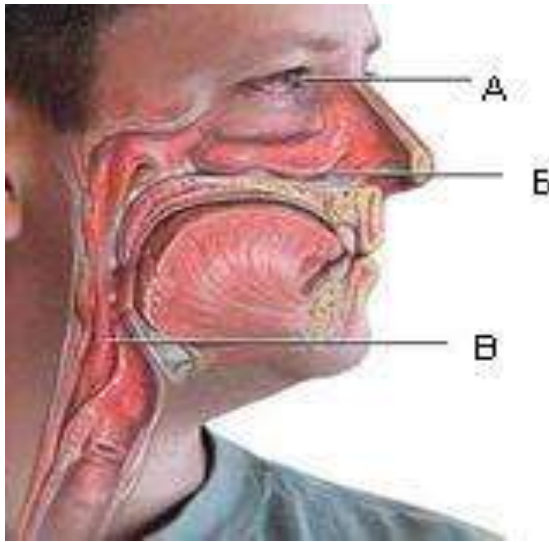
Баъзи холларда касалнинг жавобларидан ўсимлик чангларига аллергия борлиги тўғрисида малумот оламиз, лекин терига қўйган скарификациямиз натижасиз бўлади.

Бундай холларда поллинозларини аниқлашнинг бошқа усулларидан фойдаланамиз, бу усулда ўсимлик чангидан таёрланган аллергенларни поллиноз касаллигига чалинган аъзоларга тўғридан –тўғри таъсир эттириб кўрилади, бу усулга аллергологияда провакация (кўзғатиш) усули деб ном берилган.

Агар беморда аллергик кўз шиллик қаватининг ялиғланиши (конъюктивит) бўлса, шубҳа туғилаётган аллерген кўз шиллик қаватига таъсир эттирилади, бунда касаллик белгилари пайдо бўлади. Алергенни бронхларга хидлатилганда (инголяция), ёки пуркалганда нафас сиқиши –ёки касаликнинг белгилари келиб чиқади.

Юқоридаги поллинозларини аниқлаш усулларининг хаммасини фақат мутахасис врач –аллерголог рухсати ва назорати остида олиб бориш мумкин.

Кўпгина холларда поллинозларни экиладиган ўсимликлар ҳам келтириб чиқаради. Ўрта Осиёда пахта, кунгабоқар, маккажўхори, арпа буғдой, чинор, тол, терак ва бир қанча дарахтларнинг гуллаши ҳам поллинозларнинг кўпайишига сабаб бўлиши мумки



A – кизил ёшлануви кўз
B – аксириш бурун битиши
B – томоғда ва кулокда
 қичиш, йутал.

Поллинозларнинг ривожланиш механизми.

Организмга тушган алергенлар (ўсимлик чанги) дастлаб организмнинг сезгирлигини оширади, яъни алергенга қарши инсон танасида махсус антитело пайдо бўлиб у қонда айланиб юради ва кўз юқори нафас йуллари (бурун, халқум, бронх ва х.к), ошқозон, ичак шиллиқ қаватларига, шунингдек, терига жойлашиб олади организмга энди иккинчи марта алергенли ўсимлик чанглари тушганда, организмда антитело ажралиб чиқади, поллинозларнинг белгилари вужудга келади ва ривожланади. Атокли олим академик А.Д Адо ҳар қандай алергик реакциянинг уч босқичи мавжудлигини таъкидлайди:

1. Имунологик босқич
2. Патохимик босқич.
3. Патофизиологик босқич.

Биринчи босқичда алергеннинг, яъни ўсимлик чангларининг иммун модда антитела билан тўқнашуви руй беради, бу реакция қонда ёки тўқима юзасида руй беради. Касалликнинг намоён бўлиши алергеннинг антитела билан боғланиши, ва қайси аъзонинг юзасида руй беришига боғлиқ бўлади, айрим ҳолларда бронх мускулларининг кескин қисқариши вужудга келади, бу бронхларнинг сиқилиши-астма хуружини келтириб чиқаради, айрим ҳолларда эса майда қон томирларнинг ўтказувчанлик фаолияти бузилиб, теригаги қичишадиган қавариқлар пайдо бўлади, бу ходиса кўз ва бурун шиллиқ қаватларида юз берса, уларнинг яллигланиш белгилари юзага келади.

Иккинчи босқичда алергеннинг антитела билан узаро таъсири натижасида хужайра ва тўқималар шикастланиб, биологик актив моддалар ишлаб чиқарилади; гистамин, брадикинин, серотонин, ацетилхолин каби кўзгатувчи моддалар.

Учинчи босқичда организмнинг биологик жихатдан фаол моддаларини кўзгатувчи ва шикастловчи таъсирга жавоб реакцияси кузатилади.

Бошқача қилиб айтганда, касалликнинг алергия учун хос бўлган белгилари вужудга келади, юз берадиган алергик реакциялар икки гуруҳга

бўлинади. Баъзи аллергик реакциялар тез кечар аллергик реакциялар деб аталади. Чанг касалликлари (поллинозлар), зардоб касаллиги, анафилактик шок, дори аллергиялари ва бошқа касалликлар ҳисобланади.

Секинлик билан ўтадиган аллергик реакцияларнинг юзага келишига бакретиялар, вируслар, замбуруғлар, сабаб бўлади. Аллерген таъсир кўрсатган вақтдан то касалликнинг белгилари пайдо бўлган вақтгача орадан 5-6 соат ва ундан ҳам кўпроқ вақт ўтади. Баъзи олимлар реакциянинг бу икки турини, айти бир касаллик ривожининг турлича боскичларидир, деб тахмин қиладилар. Аммо бу ҳар бир реакция алохида-алохида мавжуд эканлигини инкор этмайди.

Кўз шиллик қаватининг ўткир яллигланиши – конъюктивит ҳам кўпинча аллергик хусусиятга эга бўлиб, бу касаллик ҳар йили маълум вақтда, иссиқ кунларда бошланади.

Поллинознинг турлар ва кечиш белгилари.

Поллиноз аллергик касалликлар ичида энг куп таркалган булиб, купчилик холларда касалликни аниқлаш анча кийин булади. Купинча беморга грипп, юкори нафас йулларининг шамоллаши, гайморит деб диагноз куйилади. Бу касалликларни антибиотик, иссиқни тушурадиган дорилар билан даволашга уринадилар. Поллинознинг белгилари узига хос хусусиятга эга.

Касалнинг умумий ахволи бирон-бир усимликнинг гуллаш вақтида ёмонлашади. Бу бемор яшаб турган жойнинг иклим шароитига боғлиқ албатта. Касалликнинг белгилари ҳар йили баҳор, ёз ёки куз фасилларининг маълум вақтида такрорланади. Биз куйида Республикамизда болалар уртасида поллинознинг энг куп таркалган курунишлари билан танишамиз:

- касалликнинг бир гуруҳ болаларда, айтикса, угил болаларда учраши;
- бемор боланинг ота-онасида ёки якин кариндошларида биронта аллергик касалликнинг мавжудлиги.

Терига турли усимлик чанги эритмсини суртиб текшириш ва бошқа омиллар буни исботлаб бера олади.

Республикамизнинг Самарканд областида 1963-1966 йилларда олиб борилган кузатишлар бизнинг шароитимизда аллергик конъюктивитнинг келиб чикишида гуза, ёнгок, чинор ва шумтол дарахтлари гулининг чанги муҳим роль уйнашини курсатиб берди. Касаллик куз четини ачишиши ва энгил кичишиш аломатлари билан бошланади. Кейинчалик кичишиш аломати юкори ва пастки ковоклар шиллик пардасига таркалади. Куз ёшланади, ёшланиш холати беморни хамиша кулида даст румол тутишга мажбур қилади. Бемор ёругликга қарай олмай қолади. Куз ковокларининг шиллик пардасидан олдин тиник суюклик ажралади, кейин лойкаланиб йирингли тус олади. Касалликнинг огир курунларида шиллик қаватда яра пайдо булади. Бу вақтда бемор куз ковокларида “кизиган кум” тикилиб қолганига ухшашлигидан шикоят қилади.

Кузнинг куриш қобиляти сакланган холда, куз косасида, кош таги ёйқисмида огрик пайдо булади. Кузга томизадиган ва сурадиган турли дори-

дармонлар яхши натижа бермайди, бироқ иссиқ кунлар тугаши билан юкоридаги алматлар таркалиб, бемор узидан-узи тузалиб қолади.

Калта-калта аллергик йўталиш мактаб ёшдаги болаларда учраб, у траея ва иилдо шилли аватининг яллиланиши натижасида келиб чиади. Бу касаллик нафас йўлларининг бирорта аллергис касалликлари билан бирга ёки ўзи мустаил олда учраши мумкин. Одатда тўсатдан, кечаси маълум бир ватда ёки ерталаб йўтал тутиб, болани уётиб юборади. Бола одатда уру, даал, шовинли, тез-тез йўталади.

Касаллик го зўрайиб, го босилиб, октябрь ойидан то май ойигача чўзилади.

Сохта бўма. Агарда сохта бўма вати-вати билан айталаб турса, болада ёки оила аъзоларида аллергис касалликка мойиллик бўлса, у аллергик табиатга ега бўлади. Аллергик сохта бўмага чангли аллергенлар, агар бола кўкрак ёшида бўлса баъзи оватлар(тухум, сигир сути) ам сабабчи бўлиши мумкин.

Сохта бўма хуружида боланинг нафас олиши бирданига (айниса кечаси йўталганда) ийинлашади.

Бунда касалликка сабаб бўлган аллергенни топиш ва унга арши ишлатиладиган дориларни ўллаш лозим.

Баҳорги пичан иситмаси (поллинозлар).

Айрим турдаги ўсимликлар гулини чанглари таъсиридан келиб чиадиган аллергик касалликларга пичан иситмаси(поллинозлар) дейилади. Ўсимликлар гулиниг чанги юори нафас йўлларига тушиб, аллергик тумов кўз шилли пардасини яллиланиши (конъюнктивит) брончиал астма ва боша аллергик касалликларни келтириб чиариши мумкин.

Илгари пичан иситмаси билан 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган кишилар орийди деб ўйлашарди. Биро кейинги йиллардаги кузатувлардан бу касалликни атто кўкрак ёшидаги болаларда ам учраши мумкинлиги маълум бўлди.

Бу касаллик айниқса 8-9 ёшли болаларда кўпроқ учрайди ва асосан 3 хил кўринишда ўтади:

- 1.Бурун ва кўз шиллик қаватларини аллергик яллиғланиши;
- 2.Астмоидли белги билан ўтадиган аллергик касаллик;
- 3.Бронхиал астмага сабабчи бўладиган пичан иситмаси.

Буларнинг ҳар учаласи бир-бирига қўшилиб келиши ҳам мумкин.

Бурун ва кўз шиллик қаватлари поллинози мавсумий, фаслга боғлиқ бўлиб мевали даратлар ва ўсимликлар гуллаганда бошланади. Бемор кўз ва бурун бўшлиғидаги қичишишлардан шикоят қилади. Кўздан ёш оқиб, ёруғликка қарай олмайди, кўздан оқётган суюқлик кейинчалик йирингга айланиши мумкин. Кўз қовоқлари шишиб кетади. Бурун шиллик қаватлари яллиғланиши натижасида бемор тез-тез акса уради. Аксириш бурундан бетўхтов суюқлик ажралиши билан давом этади. Бурун битиб қолганидан

нафас олиш қийинлашади. Беморга томоғида қандайдир ёт нарса бордек туюлади. Астмаидли белги билан ўтадиган бу аллергия касаллик беморга азоб берувчи йўтал билан бошланади. Бунда нафас олиш қийинлашади, нафас чиқариш еса чўзилиб шовқинли бўлади.

Касалликка вақтида даво қилинмаса бронхиал астмага айланиб кетиши мумкин. Чанг таъсирида юзага келадиган бронхиал астма болаларда ўсимликлар гуллаган даврда кўп учрайди. Касаллик одатда бирданига ва ўткир бошланади. Айрим ҳолларда эса аллергия тумов ва конъюнктивит белгилари ҳам юзага чиқиши мумкин. Ҳуруж тутишидан олдин бола безовталаниб инжик бўлиб қолади. Бунда биринчи галда нафас сиқади. Беморда шовқинли нафас кузатилади. Касалликни хуружини тегишли дорилар билан бартараф этиш мумкин.

Пичан тумови.

Чўлларда учрайдиган пичан тумовини аниқлаш қийин бўлганидан бу дард билан оғриган болаларни кўпинча яллиғланиш касалликлари билан даволаниб борилади. Катта ёшдаги болаларда эса, бурун битиб қолиши, нафас олишнинг қийинлашиши, қаба аломатлар юз беради. Касаллик баҳор ойларида, мевали дарахтлар гуллаган пайтда пайдо бўлади ва ўсимликлар гуллаб бўлиши билан бу касаллик ам ўз-ўзидан йўл бўлиб кетади.

Аллергияк вазомотор ринит.

Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг яллиғланишига аллергияк вазомотор ринит дейилади. Касаллик мустақил равишда ёки бронхиал астманинг даракчиси сифатида пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг сурункали кечиши, бурунда, томоқда узоқ ватгача қичишиш аломатининг пайдо бўлиши ва бошқа клиник белгилар кишида аллергияк ваомотор ринит (тумов) борлигидан далолат беради.

Аллергияк ринит турлари.

Аллергияк тумов турларига кўра йил давомида ва мавсумий бўлади. Тумов энгил дарддай кўринади, лекин у болаларни уйкудан қолдиради, холсизлантиради, иштахаси пасаяди. Асаб тизимида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Касаллик бошланишида бир неча соат ўтибкок бурун бита бошлайди, бош оғриғи бошланади бемор кетма-кет сурункасига аксириб, бурун ва кўз шиллиқ қаватларидан тўхтовсиз суюқлик ажрала бошлайди. Бурун орқали нафас олиш қийинлашади. Шамоллашдан кейин келиб чиққан ўткир тумовдан фарқли равишда, аллергияк тумов бутунлай бошқача тарзда кечади.

Аллергияк тумов ўсимликларнинг чангланиш даврида бошланади, шунинг учун ҳам бу касаллик баҳор, ёз, куз фаслларида кузғалиб бир неча йиллар давом этади. Аллергияк тумов бутун организм фаолиятини издан чиқаради. Қон босимининг пасайиб кетиши, ички секреция безлари фаолиятини сусайиши, хазм қилишнинг оғирлашуви ва хоказолар шулар жумласидандир. Бурун орқали нафас олишнинг хаддан ташқари қийинлашуви, бурун бўшлиғида қаттиқ қичишиш, ачишиш аломатлари, бурундан бетўхтов суюқлик ажралиб туриши, аллергияк тумовнинг белгиларидир. Қичишиш

аломатлари фақат бурун бўшлиғида эмас, халқумда ҳам содир бўлади ва кулокқа ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Шу ўринда болалар аллергология бўлимига мурожат қилган болаларга тиббий ёрдам кўрсатилади.

Ғайри табиий (атопик) бронхиал астма.

Аллергик хусусиятга эга бўлган касалликлар орасида бронхиал астма хасталиги 1чи ўринда туради. Бронхиал астма кейинги йилларда фақат катталар орасидагина эмас, балки болалар орасида ҳам кенг тарқалган касалликга айланиб бормокда .

«астма» - грекча « бўғилиш » яъни нафас олишнинг қийинлашуви деган маънони англатади. Астма касаллиги хозирда 2 катта гуруҳга .

1. Ғайри табиий (атопик) бронхиал астма .

2. Микроблар (инфекцион – аллергик) тарқатган бронхиал астма .

Ғайри табиий бронхиал астманинг келиб чиқишига турли туман ўсимликларнинг чанглари , уй чанги , хайвонлар (қуй, эчки ,қуён, ит , мушук , одамнинг сочи ва ҳ.к.) ҳар-хил мўйналар, уй балиқларининг емиши – дафния, химик моддалар , вакцина, турли дори дармонлар сабабчи бўлади. Аниқланишича, Республикамиз шароитида ғайри табиий астманинг келиб чиқишида 1-ўринда , уй чанги еса 2- уринда эгаллайди . ғайри табиий астма билан микробли (инфекцион – аллергик) астма уртасида анчагина фарк бор .

Атопик астма .

Асосан боҳор , ёз ва кўз ойларида яни турли туғман усимликлар гуллаб чангланиши даврида авж олиб , кетма кет хуруж бериши мумкин . бундай астмаси бор беморларига киш фастли « олтин» фасл хисобланади, чунки бу даврда улар узларини батомом соғлом хис киладилар. Микроблар тасирида келиб чикадиган астма йил буйи давом етаверади ҳам. Ғайри табиий астма хуружи бирданига сабабли аллерген билан алоқада булгандан сунг 15-30 минут орасида бошланади. Микробли астамада еса хуруж бошланишидан 2-3 кун илгари йутал , тумов белгилар пайо булади ва сунг нафас киши бошланади. Атопик астма , инфекцион аллергик бугилишдагига ухшаш суяк системасида , жумладан курак кафасида узгаришлар унчалик номоен булмайдди . астма хуружи вақтида килинган адреналин еки эфидрин тезда ердам беради , микробли астамада эса бу хол секин аста булади. Еш –гудак болаларда астма хуружи тугаганда нафас олиши ва чикариши қийинлашиб , бола кукаради. Малум бир холатда утириш учун имкония булмагенлиги сабабли , бола хаддан ташкари безовталиниб , она кулидан тушмай қолади . мактаб ешидаги болада хуруж бошланганда эса бола малум вазиятни (крават четига , утириб икки кули билан таянган холда сагал егилган вазиятни) егаллайди . бундай холатда боланинг нафас чикариш ва олиши бир мунча яхшиланади . хуруж тутиш вақтида упкадан ва бронх елларидадан хар хил хуштакли курук хириллаш ешитилади , буни хатто 1 мт наридан туриб ешитса ҳам булади . астма хуружини адреналин , ефедрин , алулент , астмоид каби дориларни кулланиб бартараф килинади.

Хуруж тутиш утгандан сунг , унинг асорати гайри табиий астмада 1-2 кун ичида йуколади , микробли астмада еса бир хафтагача ва ундан ортикрк вақтгача довом етади .

Шуни айтиб утиш керакки , Республикамиз шароитида бола организмнинг сезгирлиги факат усимлик чангларига емас , балки усимлик чанглари билан бирга уй чанги, хайволар муйи тасирида хам ошиб кетиши мумкинлиги кайд килинди ,.

Бемор болада аллерголик булимада текширишдан ўтказилганда, унинг сезгирлиги усимлик чанглари хам юкори даражада (++++ ошиб кетган . бемор болани махсус усулда даволаш учун болалар аллергология булимига етказилди.

Атопик астма касаллигини олдини олиниб, тез доволанмаса кейинчалик куп йиллар давом етиб , натижада хар хил асоратлар келтириб чикариши мумкин . атопик бронхиал астмани факат махсус мутахасис врач доволаб охиригача етказиши мумкинлиги исботланди.

Эшакеми еки Квинке шиши тана териси ва шиллик каватлврига тошма тошиши хамда каттик кичишиши била характерланадиган касаллик – эшакеми бирданига пайдо булади.

Купинча эшакеми хар хил овкат (балик, тухум кулупнай, кузикорин , малина ва бошкалар) моддаларни бази бир хил дориларни ичгандан сунг рухий азобланиш окибатида келиб чикади . Эшакеми кассалигини Пайдо бўлишида ўсимлик чанглари хам малум даражада рўл ўйнашлиги исботланган

Бизнинг шароитимизда ўза шўрва,явшон,ўнирбош,мош каби ўсимликларнинг чанглари касаллакни пайдо иладиган чанглар жумласига киради.Касаллик бемор баданида дастлаб атти ичишиш пайдо иладиган катталига гугурт бошчасидан то киши кафтича келадиган авари тоши билан бошланади. Бу авари терининг со исмидан бир оз бўртиб кўтарилиб туради.

Ешак еми олдин тананинг юз, бўйин исимларда пайдо бўлади,кейинчлик боша йерларига тошади. Бу касалликда ичишиш ниҳоятта кучли бўлиб,хатто бемор ўзини ўярга жой топа плмай олади.

ичишиш касалнинг асабига атти таъсир илиши оибатида уни серб жахил илиб ўяди. авари баъзи холларда тананинг айрим-айрим бўлакларида оят катта тошиши мумкун. Бундай катта тошмага Квинке шиши деб ном берилган.

Квинкеи шиши кўз оволарида, лабда, лўнж ва терининг боша исимларида пайдо бўлиш мумкун.Квинке шиши ички азоларнинг шилли аватларида пайдо бўлиши ниҳоятда хавфлидир.Квинке халумда пайдо бўлса,бемор хаво олишдан ийналиб халок болиши мумкун.Бундай шиш ичак шилли аватларида пайдо бўлса, ичак харакатини издан чиариб, оватни ўтказмай ўяди.Хар иккала холда хам беморга тезда тиббий ёрдам кўрсатишга тўри келади.Агар ешакеми ичак шилли аватларига хам тошса,унда касалликнинг юорида баён илинган белгиларига яна атти орин ориИ хам ўшилади.Бу кўпинча беморни хатто врач хирургга мурожаат илишга мажбур етади.

Бундай каттиқ қичиш аломати бемор изнинг марказий нерв системаси ишдан чиишига,уиши сусайишига,узининг инжи булиб олишига сабаб булади.

Яин 1йилдан бери юзнинг лаб исмида,куз оволарда ва тилда вақти-вақти билан шиш жмалум булди .Бундай шишнинг пайдо булиши,тошма тошиши атти орни ориИ билан ўтади.изнинг оиласида-ешакеми ва анд касаллиги борлиги аниланди .из болалар аллергологик марказида махсус усуллар билан текширилиб,унинг сезгирлиги ёввойи ўсимликлар чанге тасирида ошиб кетганлиги аниланди.из аллергологик булимга ётизилиб даволанди ва тузалиб чииб кетди.

Поллинозларнинг кам учрайдиган турлари.Поллинозларнинг кам ўчрайдиган турларига мигрен,ингичка ичак ва юон ичакларнинг ялиланиш касаллиги-интероколит, буйрак жомлари шилли пардаси ва буйракнинг ялиланиши-пийеллонефрит, бошқалар киради.

Булардан ташари поллиноз касаллиги дори ва оват аллергис касалликлари билан биргаликда хам учраб туради.

Болаларда меъда –ичак йўлларининг аллергик касалликлари.

Ҳозирги даврда меъда –ичак йўлларининг аллергик касалликлари билан оғриган болалар кўп учрайди. Бунга асосан онанинг болани кўкрак сути билан боқмаслиги, сунъии овқатлантириши ва сифатсиз озиқ овқат махсулотлари билан болани озиқлантириши сабаб бўлади. Чакалоқларнинг нимжонлиги , меёридан ортиқ овқат едириши, ва суний овқатлантириш натижасида чакалоқларда кўпгина аъзоларнинг зўриқиши натижасида нормал ичак флорасининг бузилиши кузатилади.

Она сунининг ўрнини хеч нарса боса олмайди чунки сут таркибида оксил ёғ ва углеводлар бор . Она сутида яна витаминлар: А,В,С ва Д шунингдек организмнингтурли юкумли касалликларига қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини оширадиган антителолар (антитоксинлар, бактериолизинлар , аглютининлар) хам бўлади.

Меъда-ичак йўлларининг ўсимлик чангларидан келиб чиқадиган ялиғланиш касаллиги-аллергик гастрит ўзига хос клиник аломатлар билан кечади. Бунда ошқозон безлари кўп секрет ишлаб чиқаради, ҳаракати кучаяди.

Ошқозон шилимшиқ моддасида оқ қон таначаларининг туркумилимфоцитлар кўпайиб кетади. Йўғон ичакнинг ялиғланиш касаллиги бўлмиш колитнинг келиб чиқишида ўсимлик чанглари сабаб бўлса, бу маълум фаслда кўзғалиб, ҳархил клиник кўринишда кечади. Масалан:

Аллергик энтероколопатияда-йўғон ва ингичка ичаклар айна бир вақтда ўсимлик аллергенлари таъсирида яллиғланади, қориннинг дам бўлиши, қориндам бўлиши, оғриқ туриши шиллиқли ич кетиш касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади.

Санчиқ-бола қорнининг ўқтин-ўқтин санчиб оғриши бўлиб, оғриқ унга бирорта янги овқат бера бошлагандан 7-10 кун ўтгач пайдо бўлади. Бу оғриқ ичак шиллиқ пардасидаги аллергик реакция оқибатида пайдо бўлади. Санчиқнинг жуда кучли бўлиши бошқа аллергик касалликлар (экзема, астма) билан оғриган болаларда кузатилади.

Болалардаги меъда ичак йўллари аллергия касалликларни даволашда албатта касалликка сабаб бўладиган аллергияларни аниқлаб, кучли аллергиялик хусусиятига эга бўлган овқатлар: какао, шоколад, тухум, балиқ, асални истеъмолдан чеклаш керак.

Шунинг учун турли аллергия касалликларни, шу жумладан, поллинозларнинг олдини олиш учун болани кўкрак ёшида она сuti билан боқиш мақсадга мувофиқдир.

Поллиноз кечишининг 3 та даври тафовут этилади:

1. Баҳорги давр - апрель ойининг ўрталарида май ойининг охиригача. касалларда ёнгоқ, қайин ва ольха гуллаши билан боғлиқ).

2. Ёзги давр - июнь ойининг бошидан июль ойининг охиригача. Поллиноз бу даврда бир қанча ўт - ўланлар, тимофеевка, ёже, мятлик тулки думи чангидан шўра, шувок, райгресс.

3. Ёз-куз давр - июнь ойининг охири октябрнинг бошларида.

Бу даврда полынь, лебеда гуллади. Бундан ташқари полын чанги, кунгабоқар ва маккажўхори чанглари ҳам асосий аллергия хусусиятли ўсимлик саналади. Поллинознинг тарқалиши бошқа аллергия касалликларида каби йилдан йилга ошиб бормоқда.

Поллиноз клиник картинаси намоён бўлиши учун қуйидаги мезонлар бўлиши керак.

1. Чанг - шамол учирувчи ўсимликларга тегишли бўлиши керак
2. Поллиноз ривожланиши учун чанг юксак аллергиялик хусусиятига эга бўлиши керак.
3. Чанг - узоқ масканларга тарқалиши учун енгил ва учувчан булиши керак.
4. Касалнинг келиб чиқиши учун ўсимликлар кўп тарқалаган бўлиши керак. Болаларда поллиноз (44%) овқат аллергияси билан йўлдош бўлади.

- ирсий мойиллик -65%

- аллергия ринит -95%

Лор органларидан: кекирдак патологияси -25%

- Бурун - ҳалқум -15%

- ҳалқум -10%

- ўрта қулоқ-8%

Поллинознинг клиник шакллари 5 хилда фарқланади.

1. Поллинознинг риноконъюнктивал шакли
2. Поллинознинг бронхит асмоид синдроми билан шакли
3. Поллиноз кўринишда Бронхиал астма шакли
4. Поллиноз кўринишда ўткир тошмалар шакли

5. Поллиноз кўринишда Квинке шиши шакли

Аллергик конъюнктивитнинг турлари ва клиникаси.

1. Ўткир аллергик конъюнктивит.

Юқори сезувчанлик хос бўлган тез кечар турдаги касаллик ҳисобланади. Бундай болаларнинг кўз ажралмаларида иммуноглобулин Е ва эозинофиллар миқдори кўп бўлади. Касалликка таъхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди, чунки касалликнинг симптомлари мавсумий бўлади ва алергенларни организмга таъсири билан боғлиқ бўлади.

2. Баҳорги конъюнктивит.

Бу касаллик сурункали бўлиб сабаби ноаниқ. Болаларда атопик бўлиб, асосан баҳорги ва ёз мавсумида ривожланади. 14 ёшгача бўлган болаларнинг 80% шифокорларга мурожат қилади. Ўғил болаларда қизларга нисбатан 3 баробар кўп учрайди. Баҳорги конъюнктивит кўпинча иссиқ иқлим шароитида ривожланади. Болаларда лимфод хужайралар ва қовоқнинг зараланиши, фолликула ва сўрғичлар гипертрофияси кузатилади, айниқса юқори қовоқ конъюнктивасид кўп учрайди.

3. Контакт тери конъюнктивити.

Контакт тери конъюнктивити тарқалиши жиҳатидан аллергик касалликлар орасида иккинчи ўринни эгаллайди. Бу касаллик асосан иммун механизмининг бузилиши ва кўз шиллиқ қаватларининг кўзғалиши натижасида келиб чиқади. Контакт дерматоконъюнктивитнинг иммун тури IV турдаги хужайра реакцияси ҳисобланади. Бу касалликнинг эрта босқичларида пуфакчалар пайдо бўлади. Беморлар шифокорларга мурожат қилган вақтда пуфакчалар ёрилган ва қовоқлар қалинлашган, эритематоз бўлади; одатда қовоқнинг қипиқланиши кузатилади. Конъюнктивит зараланганда кўзда қизариш ва суюқлик ажралиши кузатилади. Беморни доимий қичишиш ва кўзда ачишиш ҳисси мавжуд бўлади.

Клиник белгилар.

- риноконъюнктивал белгилар.
- кўздан ёш оқиши
- кўз қичиши
- кўз қизариши
- кўз нервини шикастланиши
- кўз ичида «кум борглиги» ҳисси
- ёруғликдан кўрқиб
- оғир ҳолларда блефароспазм кўрилади
- кўзнинг қовоғини шишиши
- бурундан шиллиқ оқиши
- бурунни қичиши
- хуружсимон аксиришлар
- нафас олишини қийинлашиши
- тез чарчаш, терлаш, иштаҳани йўқлигига

■ безовталанишлар, уйқусини бузилиши Риноскопияда - шиллик қават оқиш кул рангда, шишган

Сероз шиллик қаватлари-таркибида кўп микдорда эозинофиллар топилади.

ТАШХИСЛАШ.

Асосан аллергонамнез тўғри йиғишдан бошланади.

• бунда касалликнинг мавсумийлиги, процесс локализацияси аниқланади. Ирсий мойиллик суриштирилади. Чанг аллергенлари билан тери скарификацион синамалар ўтказилади.

- бундан ташқари провакацион тестлар ўтказилиши мумкин
- периферик қонда эозинофилларнинг микдори ошиши кузатилади.

Қиёсий ташхислаш.

Поллинозни аденовирусли касалликлар билан таққослаш мумкин

Аденовирусли касалликка хос бўлган белгилар.

- тана ҳароратини кўтарилади,
- касаллик қисқа муддатли (7-10 кун),
- периферик қонда эозинофилия бўлмайди.

ДАВОЛАШ

1. Антигистамин препаратларни 7-10 кундан сўнг алмаштириш мумкин.
2. Антилибераторлар: интал 1 капсуладан ҳафтада 4 марта, кетотифен кунига 1/3бўлиб таблетка схема билан бойгача тавсия этилади.
3. Гистоглобулино терапия схема билан 0,2, 0,3, 05, 08, 1,0-1,5 ёшгача. 03, 05, 08, 1,0-1,5-2,0 -6 ёшгача
4. Адсорбентлар: карболен 1 таб. 3 маҳал, овқатдан кейин
5. Калций препаратлари
6. Кўзга бурунга томчи ёки мазлар: левомецитин 0,25% аллергодил, називин, нафтизин 05%.Айкирал4/ 1томчидан 10кун давамида.
- 7.Бурин бушлиғига вибрацил 15мл 1томчидан 3маҳал 10кун давамида. Ифирал 2/бир тамчидан 3маҳал 10кун давамида.
8. иммуномодуляторлар -Т-активин -Тималин
9. микроб препаратлари: пирогенал, левамизол, продиогозан
10. гаммаглобулин препаратлари: иммуноглобулин противоаллергический

ПРОФИЛАКТИКА.

Поллинозларнинг олдини олишда кўриладиган чоралардан бири аллергенли ўсимликлар чангини беморнинг юқори нафас йўллариға туширмаслик учун курашишдир. Бунинг учун бемор организмнинг сезгирлиги қайси ўсимлик чангига ошиб кетганлигини аниқлаб, шу ўсимлик гуллаш даврида беморни ўша аллергенли ўсимлик ўсадиган ердан бошқа жойга кетиши тавсия қилинади. Бундан ташқари, бемор шу даврда оғиз ва

бурунларини 4 қавватли намланган дока билан ўраб юриши керак бўлади. Кўз шиллик пардасини ҳимоя қилиш мақсадида махсус кўзойнак тутиш фойдалидир. Поллинозларнинг кенг тарқалганлиги ва унинг оғир ўтиши туфайли даволашда кўпгина усулларни тавсия қилишга туғри келади. Бу усулларнинг ҳаммаси организмни аллергенга нисбатан турғунлигини оширишни кўзда тутаяди.

Бемор учун тавсиялар:

1. рационал овқатланиш, гипоаллергенли пархез,
2. ёшга боғлиқ режимга риоя қилиш,
3. Ўткир яллиғланиш касалликларини ўз вақтида тўғри даволатиш,
4. чиниктириш машқлари билан шугуллантириш,
5. уйни тоза тутиш ҳамда ҳар куни тозалаб туриш (чанг юткич билан),

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

1. Бир йилда 3 марта аллерголог маслаҳатига келиш.
2. Биринчи 2 йил «Диспансер» кўригига олиб-соғломлаштириш режаси тузилади.
3. Тор мутахассислар кўригидан ўтказиб, инфекция ўчоқларини йўқотиш, бор касалликларини даволатиш.
4. Мавсум олдидан профилактик даволаш.
5. Бир йилда бир марта специфик гипосенсибилизация ўтказиш.
6. Бир йилда бир марта санатор-курорт даволаниш.

ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИ.

ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИ - бу озиқ овқат маҳсулотларига бўлган аллергик реакция бўлиб, болалардаги умумий аллергик касалликлар орасида асосий ўринни эгаллайди. Бир ёшдан уч ёшгача бўлган болаларда овқат аллергияси кўпроқ учрайди., олти ойгача бўлган болаларда анафилактик шок ҳолатлари кузатилади 2000 боладан биттасида, бу асосан биринчи бор қўшимча овқат берилганда.

Озиқ-овқат маҳсулотларининг кўтара олмасликнинг асосий сабабларини шартли равишда 4-гурӯҳга бўлинади.

1. Ҳазм қилиш тракти касалликлари (яллиғланиш, дистрофия, функционал бузилишлар, дизбиоз ёки ичак микрофлорасининг бузилиши).

2. Энзимопатиялар (меъда ичак трактининг туғма ва орттирилган фермент етишмовчилиги).

3. Психоген ва таъм сезиш омиллари яъни ўзига хос хусусий одатлар асосида юзага келган омиллар

4. Овқат аллергияси (бирламчи ва иккиламчи аллергия).

Овқат аллергиясида аллерген вазифасини озиқ-овқат маҳсулотлари бажаради. Озиқ-овқат маҳсулотлари парчаланиб, қондаги циркуляция қилувчи ҳамда тўқималардаги антителалар билан таъсирланади. Овқат аллергияси бизнинг мамлакатимизда ва чет эл болаларда кўп учрайди. Бунинг асосий сабаби болаларни сунъий боқиш ва нотўғри овқатлантириш ҳисобланади.

Озиқ-овқат маҳсулотларини ёмон қабул қилиниши ҳамиша антиген-антитело реакцияси билан боғлиқ бўлмайди, балки бир неча хил сабаблар асосида ривожланади:

- Ҳазм қилиш органлари касалликлари.
- Ферментлар танқислиги.
- Ичак дисбиози.

25% ҳолларда озиқ маҳсулотларни ёмон қабул қилиниши иммунологик механизм билан боғлиқ бўлади. Овқат аллергиясига олиб келувчи асосий омиллар ҳазм қилиш аъзоларининг анатомик-физиологик ва иммунологик бузилиши ҳисобланади. Болаларда овқат аллергияси ичак-жигар баръерининг овқат аллергиялари учун ўтказувчанлигининг ошиб кетиши билан боғлиқ. Овқат аллергиялари қуйидагилар ҳисобланади: ҳайвонот ва ўсимликлар оқсиллари (сут, гўшт, балиқ маҳсулотлари, асал, цитрусли ўсимликлар, ёнғоқ, какао, шоколад). Хуллас, барча озиқ-овқат маҳсулотлари аллерген бўлиши мумкин: сигирни сутида 5 та антигенли субстантлар бўлади:

1. альфа-лактоальбумин.
2. беталактоглобулин.
3. Казеин.
4. Липопротеинлар.
5. альбумозлар ва пептонлар аралашмаси.

Бета-лактаглобулин кучли аллергенлик хусусиятини намоён қилади, сувда яхши эрийди, сут қайнатилганда парчланади. Сутнинг аллергенлик

хусусиятини камайтириш мақсадида 100 градусда 10 дақиқа қайнатиш лозим. Овқат аллергияси кузатилган болаларнинг кўпчилиги текширилганда куйидагилар аниқланади;

- сутга ўта сезгирлик - 40%
- тухумга - 33%
- балиқ маҳсулотларига-12%
- мева сабзавотларга -6%

Бундан ташқари болаларда донли ўсимликлардан буғдойга, гречкага ва соега ҳам аллергия реакциялар бўлиши аниқланган.

Буғдойда глютеин моддаси бўлиб у ичакда фермент етишмовчилигини чақириши мумкин. Бундай ҳолатларда кўпинча целиакия ривожланади.

Целиакия келиб чиқиш сабаблари ҳар хил. Бу касалликнинг келиб чиқишида ҳам аллергиялар катта рол ўйнайди.

Болалардаги меъда-ичак йўллари аллергия касалликларини даволашда касалликга сабаб бўлган аллергияларни аниқлаб, кучли аллергиялик хусусиятига эга бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини рациондан четлатиш лозим.

Целиакияни даволашда пархез тутиш муҳим. Буғдойли бўтқалар ўрнига кўпроқ жўхори уни, картошка, ҳўл мевалар, творог тавсия этилади.

Ирсий мойиллик ҳам болаларда овқат аллергияси ривожланишида муҳим аҳамият касб этади (аллергия диатез ҳолатлари).

ПАТОГЕНЕЗИ:

Овқат аллергияси ривожланиши механизмининг асосида ичаклар юзасида антигенларнинг кўп ҳосил бўлиши ётади. Бунга кўп овқатлантириш ва норационал овқатлантириш олиб келади. Ферментлар генетик етишмовчилиги ҳам овқат аллергиясини чақиради. иммуноглобулин А танҳислиги ҳам асосий патогенетик омилдир.

АЛЛЕРГИК РИНИТЛАР.

Кечиши бўйича ўткир , ўткир ости, (мавсумий) ва сурункали кечади. Аллергия ринит мавсумий кечади , бунга мисол тариқасида касалликнинг клиник симптомлари дарахларнинг гуллаш вақтига тўғри келишини “мавсумий тумов” (поллинозлар) ни мисол келтириш мумкин, гулларнинг чангига болаларда сезувчанлик юқори бўлади.

Ўткир аллергия ринитда бурун битиш хисси, кам миқдорда шиллик ажралиши, тана харорати нормал ёки субфебрил, уйқуси бузилган, кўп терлайди, асаб қўзғалишлари юқори бўлиши мумкин. Бу белгиларнинг барчаси бир неча соатдан бир неча кунгача сақланиб туриши мумкин.

Бурун бушлиғи риноскопик текширувида шиллик қаватларда шиш, кўкариш ёки рангпарликни кўриш мумкин. Томир торайтирувчи препаратлар одатда самарасиз.

Ўткир ости ва сурункали аллергия ринитларда пароксизмал аксиришлар, бурундан рангсиз шиллик ажралади, баъзи беморларда ажралма куюқ. Бурун соҳасида кўпинча қичишиш кузатилади, беморлар доимий

равишда бурунини артиб туради “аллергик салют”. Баъзан аллергик ринит кўзғалиши фақат бурун битиши билан , ажралмасиз кечади. Аллергик ринит билан бир вақтда конъюнктивит, юзда шишлар ва рангпарлик, бош оғриғи, умумий холсизлик, тахикардия, терида аллергик тошмаларкузатилади. Касаллик кўзғалиш даврида тана ҳарорати нормал бўлади. Бемор ахволининг ёмонлашуви бир неча соатдан , бир неча кунгача давом этиши мумкин, касалликни тезлаштирувчи омиллар нафақат аллерген билан боғлиқ , балки психоген омиллар, чарчаш, об хавонинг ўзгариши билан, ҳар хил хидлар, совқотиш била ҳам боғлиқ бўлади.

Сурункали аллергик ринитда беморларда хуруж оралик даврида доимий бош оғриғи, тез чарчаш, уйқунинг бузилиши, кўзғалувчанлик кузатилади бундай ҳолатлар боланинг мактабдаги ўзлаштириш кўрсаткичларинг пасайишига олиб келади.

Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллик қаватларида (кўзғалиш даврида) шиш, рангпарлик, хаворанг тусли ўзгаришлар, ўрта ва пастки бурун йўллари торайишини кўриш мумкин.

Аллергик ринит болаларда синуситлар, евстахиитлар, отитлар ва бошқа аллергик касалликлар билан бирга кечиши мумкин.

АЛЛЕРГИК СИНУСИТЛАР.

Аллергик синуситлар кўпинча аллергик ринит асорати сифатида ривожланади. Клиникасида асосан бош оғриғи, уч шохли нерв чиқиш жойига босиб кўрилганда оғриқ, рангпарлик ва юмшоқ тўқимада шишлар, бурун битиши, тумов, бурун соҳасида қичишиш кузатилади.

ЭКЗОГЕН АЛЛЕРГИК АЛЬВЕОЛИТЛАР (ЭАА)

ЭАА – бу касаллик аниқ аллергенларнинг нафас олиўда органик ёки ноорганик чанглар, замбруғлар, бактериялар, ва бошқ. Ўпкага тушиши билан ва альвеола , ўпканинг интерстициалтўқимаси зараланиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда ЭАА нинг келиб чиқишида бир қанча омиллар мавжуд: сапрнофит замбруғлар тутувчи ўсимликлар, (термофил актиномицитлар, аспергеллалар, ва пенициллинлар, кушлар оксили, ҳайвонлар ва балиқ оксили, ҳашоратлар.антигени.)

Антиген турига қараб ЭАА лар турлича номланади “фермерлар ўпкаси” хўл донлар билан ишлайдиган ойлаларда “ каптарчилар ўпкаси” каптар боқувчилар, “тўлқинсимон тўтиқуш ўпкаси ” тўтиқуш боқувчилар, термофил актиномицитлар: “ пишлоқчилар ўпкаси”- пенициллин гуруҳи чақирган альвеолитлар. “ замбруғ ўпка” замбруғ етиштирувчиларнинг фарзандларида учраши мумкин. ЭАА кўпинча катталарда кўп учрайди , чунки бу касбий касалликлар турига киради.

ЭАА нинг клиник кечиши

- 1) Ўткир
- 2) Ўткир ости

3) Сурункали

Касалликнинг клиник кечиши турлари бола организмга қанча миқдорда антиген тушганлиги билан боғлиқ. Масалан кшп миқдорда аллерген организмга тушса касаллик ўткир кечади. Аллергеннинг кичик дозаси эса касалликнинг тисурункали кечишига олиб келади.

ПАТОГЕНЕЗИ

ЭАА нинг патогенези охиригача ўрганилмаган. Аллерген инголяцияси натижасида махсус IgG хосил бўлади. Патологик жараёни боришида иммун комплекс муҳим аҳамият касб этади. Фаол комплемент таъсири натижасида ёки лейкоцитлар зараланиши натижасида ажралиб чиқадиган лизосомал ферментлар иммун комплексни фагоцитловчи таъсирдан тўқималар зараланади.

Аллерген билан контакт такрорланганда фаол альвеоляр макрофаглар фибробластлар пролиферациясини, фибробластларнинг коллаген секрецияси интерстициал ўпка фиброзини ривожлантиради.

Шундай қилиб ҳар хил лимфоцитлар (CD4+, CD8+) ўпка тўқимасининг IV тур гиперсезувчанлик реакция жараёни бўйича зараланиши мумкин.

ЭАА ўткир ости турида обструктив бронхиолит клиникаси хос.

ЭАА сурункали турида альвеола ва бронхлар деворида фиброз ўзгаришлар кузатилади, кейнчалик бу ўзгаришлар ўпка тўқимаси архитектурасининг бузилишига олиб келади ва “уяли ўпка” , бронхоэктазлар ривожланади.

ЭАА нинг ўткир тури инфекцияли альвеолитлар клиникасига (лихарадка, хансираш, балғамсиз йўтал, холсизлик, кўкрак қафасида, мускуллар, бўғимларда оғриқ, бош оғриғи) ўхшаш бўлади.

Аускультацияда майда, ўрта пуфакли, баъзан курук хуштаксимонхириллашлар эшитилади. Аллерген билан контакт тўхтагандан сўнг 12-48 соат ўтгач клиник симптомлар йўқолади. Аллерген билан контакт такрорланса касаллик кўзгалиши мумкин.

Аллерген билан контакт узок давом этиши касалликни сурункали кечишига ва фиброз жараёнининг ривожланишига , хансирашнинг кучайиб боришига , озиб кетиш , ўпка гипертрофияси, ўнг қоринча гипертрофияси ривожланишига олиб келади.

ТАШХИСЛАШ

1. Анамнез йиғиш.
2. Клиник симптомларни аниқлаш.
3. Провакацион ингаляцион тестлар
4. Кўкрак қафаси рентгенографияси.
5. Қонда лейкоцититоз, лейкоцитар формула чапга силжиши, СОЭ ошган, эозинофилия.
6. Қон зардобидида IgG махсус антителолари аниқланади. (Оутерхони синамаси мусбат).

ЭАА давоси.

Аллерген билан контактни тўхтатаиш лозим. Барча беморларга кортикостероид терапия буюрилади: преднизолон 1 мг/кг 30%-1 мл , таб 0,005мг симтаматик даво.

Овқат аллергиясининг клиникаси :

- кучли узок муддатли қусиш,
- қоринда оғрик пайдо бўлиши,
- диарея: нажас суюлиши, қон аралаш ич кетиш,
- ичаклардан қон кетиши: массив, яширин
- қон аралаш қусиш,
- энтероколит:

- 1) қон аралаш ич кетиш
- 2) қон аралаш қусиш
- 3) қорин истисқоси

Ярали колит-оқсилсиз истисқо, оқсилсиз шишлар меъда ичак йўлидан қон кетиши.

Гипопротенемия -қонда оқсил камайиши.

Ич кетиши - дефекация актини қийинлашиши

Стоматит, Глоссит.

ТАШХИСЛАШ:

■ Тўғри йиғилган аллергоанамнез.(Овқатланиш кундалигини ёзиб борилганлигига этибор қаратиш, истеъмол қилинган овқат миқдори ва сифатига эътибор бериш).

■ Овқат кундалигини текширамиз (қайси овқатдан кейинлигини аниқлаш)

Элиминацион синамани қўллаш.

- Клиник белгиларига асосланган холда(қуйида берилди).
- Тери синамалари асосида (гумон қилинган аллергендан)
- Қонда иммуноглобулин Е миқдорини аниқлаймиз.
- Провакцион тестлар натижаларига асосланамиз.

Қиёсий ташхислаш.

- Экссудатив диатезлар билан.
- Витамин етишмовчилиги билан.
- Овқатдан заҳарланиш билан.
- Энзимопатиялар билан.
- Псевдоаллергик реакциялар билан.

ДАВОЛАШ:

1. Гумон қилинаётган овқат маҳсулотларини тўхтатиш.
2. Гипоаллергенли пархез.
3. Тозаловчи хукна.
4. Антигистамин препаратлар (1чи , 2чи, 3чи авлоди).

5. Оғир кўринишда кортикостероидлар (преднизолон 3%-1 мл, дексаметазон 0,1 %- 1мл).

6. Калций препаратлари (10% 5-10 мл, натрий тиосульфат 30%- 5-10 мл)

7. Адсорбентлар.(фаол кўмир.таблеткалари)

8. Ферментлар (Креон 10 000 ТБ овқат ҳазм қилиш учун)

9. Симптоматик даволаш.

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Болани овқатланиш рационига юқори каллорияли овқатларни кўшмаслик.

2. Эрта ёшда юқори антиген активликка эга бўлган оксил махсулотларини кўшмаслик

3. Ҳамма кўшимча овқатларни ейишига қараб бериб бориш ва керакли микдорда.

РЕАБИЛИТАЦИЯ:

1. Бир йилда 4 марта аллерголог маслаҳати.

2. Биринчи 2 йил «Д» ҳисобгаолиб «Соғломлаштириш» режасини тузиш.

3. Тор мутахассислар кўригидан ўтказиш.

4. Инфекция ўчоқларини даволаш.

5. Бир йилда 1 марта стационарда даволаниш.

6. Махсус гипосенсибилизация.

7. Санатор-курорт даволаниш.

Талабалар учун амалий кўникмалар.

Ташхислаш ва атопик касалликларни даволашда асосий маълумотлар манбайи. Анамнез йишида максимал ва тўли обектив маълумотларни олиш учун, Кабул килинган умумий оидаларга таяниш керак. Беморларни умумий текшириш пиринсиплари (шартлари) аллергис ва ноаллергик касалликлари билан ўхшаш. Бирок аллергик касаллика чалинган беморларни текширишда асосий еътиборни уйидагиларга аратиш керак.

1.Қадам: тўлдириш санаси

2.Қадам: паспорт маълумотлари; фамилия исми, ёши ва жинси

3.Қадам: ҳозирги кассалик тарихи

-касилликни пайдо бўлиши

-касалик бошлангандаги ёши

-ўткирлашиш частотаси

-ўткирлашиш давомийлиги

-симптоматикани ўзгариши, ўткирлашишни частотоси ва чўзилувчанлиги

-бир йилда олдирилган иш кунлари ёки мактабдаги дарсларни ўртача хисоби.

- илгари ўтказилган текширувлар ва даволашлар.

-ҳозирда олинаётган даво.

4.Қадам: оилавий анамнез ,ўтказилган касалликлар.

5.Қадам:касаликни кечишида ташки омиллар таъсири.

-касалик симптомларини пайдо бўлиш ваги; фасил ваги, суткадаги ваги, хафта куни.

-касалик симптомларини пайдо бўлиш шартлари; уй шароити касбий фаолияти боша раёнларга бориш.

-кенг таралган алергенларга реасияси(оват махсулотлари дори воситалари уй чанги моор замбуруи уритилган (ўрилган)ўт

(скашенная трава) уй хайвонлари хашоратлар ифлослантйривчи ва ўзатувчи (раздраженашие – ашга тегувчи) моддалар тутун идли моддалар) сову об хаволи бирдан ўзгарйши

-ахволини яхшиланиш шароитлари

6-Қадам: физик ва емотсёнол ўзгарйшларга реаксияси

7-Қадам: мехнат ва хом ашёви шароитлар

-касби изийшлари

-яшаш жойи хомашёвий шартлар: йер тўла борлиги марказий иситиш ва хаво филтиратесяси

-уйда гиламлар ва йерга тўшамалар борлиги анаа мотерёлдан тайёрланганлиги

-ёстилар, адёллар ва мотросларни анаа матодан тайёрланганлиги ва уларни ишлатиш давомийлиги

-пичан тўкилган бургллар ва боша моар забуруИ манбалари билан антати

-уй хайвонлари билан антати

-кимёвий моддалар инсектисидлар латексдан таёрланган махсулотлар билан антати

-қўлланилувчи дори воситалар чекиш

8-Қадам: таши мухут фатирларини бартараф илишда ўлланиладиган чоралар: намни йийштириш, хавони тозалаш хомашёви махсулотлар билан фойдаланиш ва бошалар

Турли алергик кассаликлардан азият чекувчи бемор болларниклиник алергалўгик текшириш усули

Айниса тери кўзлар ва нафас аъзолар диатлик билан текширилади

1-Қадам: зарарланган тери сохасини ўтказип юбормаслик учун бутун тери атламини текшириш керак

-бемор теридаги зарарланишларни хайи емас деп хисоблаши касаликга алоаси йў деп ўйлаши ёки улардан уялипо теридаги ўзгарйшларни айтмаслиги мумкин

2-қадам: кўзлар кўрувида анютивани гипермирмияи в ашиши ёшланиши ёки кўз анаралмаларини анилаш мумкин . атарата отония касаликларини ортиўстерўйдлар билан даволашни кенг таралган асорат уни кўпинча афталмосафияда анилашади

Оватланиш кундалиги ва емелинатсион пархезни тузиш усули:

Оватланиш кундалигидаги хамма турдаги оватлар уларнинг миқдори овқатланиш вақти хамда касасалик симтомларини пайдо бўлиш вақти ва характери акс етилади ва белгиланади.Ушбу кундалик тахлилда бир неча

хафта олдин “айбдор” бўлган аллергиялик махсулотлар кўламини аниқлаш мумкин.

1-қадам: овқатланиш кундалигини тузиш.

Симтомлар	Тарифи
Овқатланиш санаси ва вақти	
Меню	Овқат таркиби ва миқдорини қайта ишлаш
қоринда оғриқлар	Жойлашуви давомийлиги ва характери
Кўнгил айнаши	Вақти давомийлиги
Ич кетиш	Нажас консистенясида қон шиллиқ аралашмаси билан
Тери қичиши	Пайдо бўлиши вақти жойлашиши интенсивлиги
Терида тошма ёки сўгал	Пайдо бўлиши вақти жойлашиши интенсивлиги
Бош оғриши, бош айланиши	Пайдо бўлиш вақти, жойлашиш интенсивлиги
Тана ҳарорати	Пайдо бўлиши вақти ва давомийлиги
Бурун ажралмалари ва битиши	Пайдо бўлиши вақти ва давомийлиги
Нафасни қийинлашиши	Пайдо бўлиши вақти ва давомийлиги
Овоз ўзгариши	Пайдо бўлиши вақти ва давомийлиги
Ютишни қийинлашиши	Пайдо бўлиши вақти ва давомийлиги
Умумий аҳволи	Дармонсизлик кўзалувчанлик кўп терлаш ва бошқалар уларни давомийлиги
Тана ҳароратини кўтарилиши	қачон қанча градус ва давомийлиги
Дори препаратларини ичиш	Микдори, вақти уларга реякцияси ва давомийлиги

Элиминацион пархез:

Овқатланиш кундалигидаги аниқланган махсулотарни олиб ташлаган холда бемор учун рационидан қуйдагиларни олиб ташлаймиз.

1-қадам: элиминацион пархезни принципини энг кўп учрайдиган овқат аллергияларини олиб ташлаш кифоя қилади.

2-қадам:сут ва сутли махсулотларни олиб ташлаш (чеклов).

3-қадам: дориларни олиб ташлаш.

4-қадам: тухум ва юқорида айтилган 3та овқат қомпонентини олиб ташлаш.

5-қадам: олиб ташлаш тўлиқ бўлиши керак хаттоки шу махсулотларни минимал миқдори хам пархез 1-2 хафтали мудатга буюрилади элиминация самараси қайт қилинади.

Асоратларда шошилиш ёрдам.

Квинки шиши.

1-қадам: аллерген билан антигенни бартараф этиш.

2-қадам: тери остига 0.1 %ли 0.3-0.5 мл адреналин юбориш.

3-қадам: мушак орасига 2.5% 2мл пипольфен, мушак орасига 2%ли 2мл супрастин.

4-қадам: м/о ёки в/и 3% преднизолон 30-60 мг тана вазнига.

5-қадам: инголяция; салбутамол100-200 мг тана вазнига.

6-қадам: в/и натрий хлор изотоник эритмаси 1% лазикс 2-4 мл.

7-қадам: в/и 5 % ли 100-200мл аминокепрон кислотаси.

8-қадам: в/и натрий хлорни 300мл изотоник эритмасини 30000 тб контрикал билан.

Госпитализация қилиш шарт.

Цетиризин

Синамалар зиртек, цитеризин.

1 гистамин рецептурларини антигистамин антихолинергик активликга эга эмас, яққол сезувчанликни чақирмайди

-мавсумий ва йиллик аллергик ринитларда конъюктивитларда дермотозларда эшак-емида Квинки шишида қўлланилади.

-катталар ва 6 ёшдан катта болаларга 0,01гм дан қуюшга 1 махалдан (кечурун) ёки 0,005гм дан қунига 2 махал (эрталаб ва кечқурун).

2 ёшдан 6 ёшгача болаларга 0.005 г дан 10 томчи суткасига 1 марта ёки 0.0025г эрталаб ва кечқурун.

Чиқарув шакли 0.01 ва 0.02 г 10 ва 20 мг дан 3 флаконда томчилар 10 млдан ёки 1 мл да 20 томчидан.

Тавсия: зиртек 5 мл 5-томчидан 2 махал 6-ойдан кейин.

Аллергик дерматозларда (эшак эмида экзема қичишиш дермотит) аллергик ринит ва конъюктивит, пичан, Квинки шишида медикоментоз аллергияларда бронхиал астма бошланғич даврида қўлланилади.

-катталарга 0.025 г 1 табл. овқат вақтида қунига 3 махал буюрилади, зарурат туғилса қунига доза 0.15 грам яъни (6 тадан оширилади)

Болаларга ёшига қараб ¼ -1/3 -1/2 таб қунига 2 махал берилади.

-оғир ва ўткир ҳолатларда ва анафлакттик белгиларда 2%ли 1-2мл эритмасини м/о ёки в/и юборилади.

-ножўя тасирлари бўлиши мумкин уйқучанлик умумий ҳолсизлик ошқозан ичак бузилишлари

-супрастин глаукома беги гипертрафиясида ошқозон яра кассалиги бор беморларга бериш тавсия қилинмайди.

-чиқарув шакли: 0.025 г да табл, 2 %ли 1мл эритма.

Тавсия: супрастин 2 %-1 мл, 0,1м/о (1ёшгачабўлган болаларга тана вазнига қараб)

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ.

Адабиётлардан олинган маълумотларга ва амалий тажрибаларга асослаган холда дори аллергиясини иммунологик жараён деб ҳисобланган, лекин бу организмнинг энзим етишмовчилиги ва бошқа аллергияга ўхшаш жараёнлар билан боғлиқ.

Дори аллергияси организмга тушган ва қабул қилинган химиявий дори воситаларга нисбатан организмнинг юқори сезувчанлиги ҳисобланади, бунинг асосида ҳақиқий аллергик реакция иммунокомплекс жараён билан боғлиқ.

Дори моддалар таъсирида келиб чиқадиган аллергик касалликлар, турлитуман дори моддаларни шифокор маслаҳатисиз, ўз билармонлик билан қабул қилиши натижасида келиб чиқади.

Тиббиёт амалиётида ҳозирги вақтда антибиотиклардан, биринчи навбатда цефалоспоринларнинг 1чи, 2чи, 3чи авлодларидан кенг қўлланиш натижасида аллергик касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлмоқда.

Ҳар –хил дориларни шифокор тавсиясиз қабул қилиш натижасида беморлар орасида анафилактик шок ҳолатлари учраб турибди. Анафилактик шок-дориларни қўлланиш натижасида юзага келадиган кучли аллергик реакциядир. Анафилактик шок бола умумий ахволининг ёмонлашиши билан бошланади. Бола дастлаб безовта бўлади, холсизланади, нафас олиши қийинлашади ва кетма кет йўталади. Сўлак оқиши, қоринда оғриқ юрак соҳасида оғриқ туриши, кўнгил айниши, қайт қилиш, тана ҳарорати кўтарилиши, хушдан кетиш анафилактик шокнинг асосий белгиларидир. Бундан ташқари беморнинг қон босими тушиб кетади, юраги тез уриши. Совуқ тер чиқиб, териси кўкариб ёки оқариб кетади, терида ангионевротик шишлар, ва уртикар тошмалар тошади.

Бемор тез-тез юзаки, шовқинли нафас олади. Юрак қон-томир фаолияти ишдан чиқади. Юз, тил ва ҳалқумда шиш пайдо бўлади. қоринда ва белда оғриқ туради. Вақти-вақти билан мушаклар тонуси ошади, боланинг оёқ-қўл мушакларида клоник тиришишлар кузатилади. Анафилактик шокда беморга зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатилмаса бу ўлимга олиб келиши мумкин.

Касалликни даволашда аллергик ҳусусиятга эга бўлган дори моддаларни беришни дарҳол тўхтатиш ва уларни организмдан батамом чиқариб ташлаш муҳим аҳамиятга эга.

Шу билан бирга беморга тез-тез суюқлик бериб турилади ва зарур дори-дармонлар ҳамда стероидлар буюрилади. Амалий тиббиётда 25 мингдан ортик дори-дармонлар қўлланилади. Охирги ўн йилликларда 90% янги дорилар ишлаб чиқарилди. Биз буни «фармацевтикада портлаш» деб аташимиз мумкин. Ҳозирги вақтда нафақат дори-дармонлар ишлаб чиқариш кўпаяпти, балки уларни организмга таъсири ҳам жуда кучайиб бормоқда.

Адабиётлардан олинган маълумотларга қараганда дори-дармон қабул қилувчи инсонларнинг 10-20% да доридан кейинги асоратлар қолиши кузатилади экан. 1990-2003 йилларда стационарга тушган 1000 беморнинг 50

тасида дори асоратлари кузатилган даволаниш учун махсус шифохоналарга юборилган

- дори асоратларининг ўсиб боришида оналарнинг ўзбилармонлик билан болаларини даволаши кейинги вақтларда кўп учраб турибди.

- айрим дориларга ўрганиб қолиш ва «меҳр» кўйиш бир вақтни ўзида бир қанча дори воситаларини қўллаш (полипрагмазияни келиб чиқишига сабаб бўлмоқда.).

- Анальгетиклар - 14%
- Психотроп препаратлар - 12%
- Юрак-қон томирига ишлатиладиган дорилар - 9%
- 9% - анофилактик шок
- 7% - жигар асоратларидан
- 13% ҳолларда тромбоемболияда
- 10% - буйрак асоратларидан келиб чиқади.

ПАТОГЕНЕЗИ.

Организмда дори юборилганда ҳар-хил антителалар яъни гуморал иммуноглобулинлар (Е,Д,М) ҳосил бўлиши кузатилади. Аллергик реакцияларнинг 1-турида дори қабул қилгандан сунг.

Анофилактик шок

- Квинке шиши, эшакеми
- Аллергик ринит
- Бронхиал астма хуружи ривожланади.

2-турдаги аллергия реакцияларда эса дорилар фаол равишда нишон хужайралар билан бирикади. Пенициллин эритроцитлар билан бирикади. Антитело-Ig G аллергия реакцияларнинг 3-турида эса қон томирлар ўзанида антиген-антителалар, иммун комплекслар ҳосил бўлади, булар қон томирларининг хужайра мембранасида тўпланади. Буйрак ва тери кўпроқ шикастланади. Бу реакцияларни асосан цефалоспоринлар чақиради.

4-турдаги реакциялар эса (бу секин кечар) хужайралар иммунитет билан боғлиқ. Клиникада ягона турли реакциялар кам учрайди. Зардоб касаллигида иммуноглобулин синфларидан IgE, IgM, IgG иштирок этади.

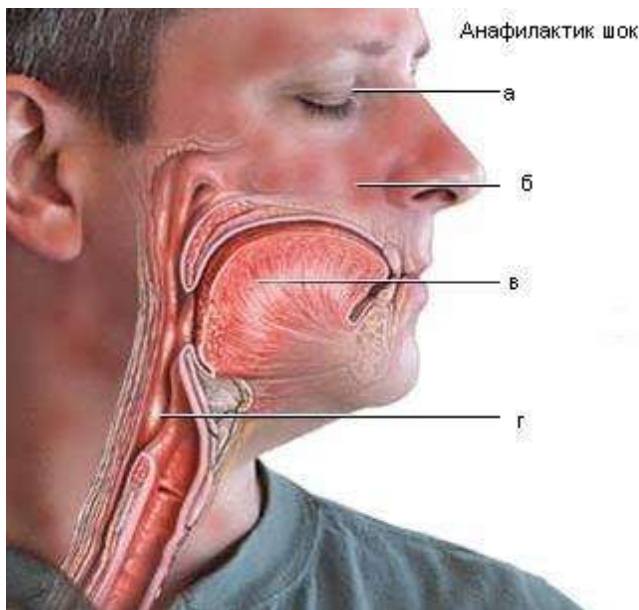
Организмга медикаментоз аллергия таъсир қилганда 2 босқичли жавоб кузатилади.

1-босқич аллергия таъсир қилгандан сўнг бошланади.

2-босқич бир неча соатлардан сўнг бошланиб иммуноглобулин IgE, IgD, IgG лар иштирок этади.

Дори аллергиясидан кейин оғир ҳолатлар:

- зардоб касаллиги
- эритема
- Стивенс-Джонсон синдроми
- Лайелл синдроми ва ҳ.қ. лар ривожланиши мумкин.



А – Хушидан кетиш
 Б – Тошма ва шишлар
 В – Тилда шиш, ютинишини кийинлаши
 Г – Халкум ва нафас йулларида шишлар

КЛИНИКАСИ.

Дори аллергиясининг клиникаси бир қанча хусусиятларга эга.

1. Умумий касалликларнинг белгилари билан тез бошланиб иситмалаш.
2. Бирданига бир қанча аъзолар шикастланиши.
3. Касаллик белгиларининг дориларга боғлиқ эмаслиги. Дори аллергиясининг тери симптомлари полиморф хусусиятга эга бўлиб терида тошмалар доғсимон бўлади;

- папулез
- уртикар
- буллез
- эритематоз
- макула-папулез
- везикулез

1. Организмни умумий реакцияси медикаментоз асоратларининг клиник таснифи.

- Анофилактик шок
- Анофилактоид реакция
- Квинке шиши
- Гемморрогик синдром
- Медикаментоз иситма

2. Тери ва шиллик қавати шикастланиши

- токсик эпидермал некроз (Лайелл синдром)
- эрозияли эктодерматоз (Стивенс-Джонсон синдроми)
- Артнос феномени
- экзантемалар

3. Нафас йўллари шикастланиши.

- аллергик ринит
- астмоидли бронхит (дори бронхиал астмаси)

- ўпка ва плевра шикастланиши
 - аллергия пневмония
 - Квинке шиши
 - Суперинфекция
4. Юрак қон-томир тизими шикастланиши
 - юрак нерв тизими ўтказиш тизимининг бузилиши
 - юрак -тож томирига токсик таъсирлар
 - токсикоаллергик миокардит
 - аллергия перикардит
 - дори гипертонияси
 - дори гипотонияси ва коллапс
 5. Гепато- билиар тизимининг шикастланиши
 - токсик аллергия гепатит
 - аллергия гепатит
 - аллергия холецистит
 6. Овқат ҳазм қилиш аъзолари шикастланиши
 - Ульцероген реакция (ҳалқум, ошқозон, ичаклар)
 - меъда-ичакдан қон кетиши
 - псевдомембраноз колит
 - ичак дисбактериози
 - аллергия гастрит
 7. Нерв системаси шикастланиши
 - бирламчи психоген бузилиши
 - экстропирамидал пароксизм
 - вегетатив реакция
 - мияча атакцияси
 - энцефалопатия
 8. Қоннинг медикаментоз шикастланиши
 - эритроцитлар қатори хужайраларини шикастланиши
 - лейкоцитлар қатори хужайраларини шикастланиши
 - тромбоцитлар қатори хужайраларини шикастланиши
 - коагулопатия
 - аллергия ДВС синдроми
 9. Кўрув органларининг шикастланиши
 - аллергия блефарит, конъюнктивит
 - қовоқни аллергия шиши ва дерматит
 - кўрув нерви неврити ва атрофияси
 - эпителиал кератит
 10. Эшитув органлари шикастланиши
 - токсико-аллергия неврит
 - эшитув нерви атрофияси
 - 1 .Ажратув тизими шикастланиши
 - нефропатиялар Лайелл синдроми

- аллергик гломерулонефрит

Ташхислаш.

Бемор бола бир вақтни ўзида бир қанча дори-дармонлар қабул қилган бўлса касалликни ташхислаш анча қийин кечади. Тери-синамаси мумкин эмас. Провокацион синамалар ва тестлар фақат касалликнинг ремиссия даврида ўтказилади.

Қиёсий ташхислаш.

Токсик дорилардан захарланиш билан, псевдоллергик реакциялар, инфекцион касалликлар билан ўтказилади.

Дори аллергиясининг асорати

Бемор даволанмаса ёки даво чоралари етарли джаражада олиб борилмаса , кўп шакли эксудатив эритема Стивенс-Жонсон ёки Лаелл синдромига ўтиши мумкин.

Стивенс- Жонсон синдроми кўп шакли эксудатив эритеманинг оғир ва ўткир хили хисобланади. Касаллик бирдан тана хароратининг кўтарилиши, бўғимларда ва бош оғриғи, оғиз кўз , жинсий аъзолар, шилиқ қаватларида пуфакли тошмалар тошиши билан бошланади. Тошмалар дори таъсиридан 4-6 кундан кейин пайдо бўлади. Касаллик ички аъзоларнинг яллиғланиши плеврит, пневмония, эндомиокардит, артрит, менингит ва бошқ. Патологик касалликлар билан кечиши мумкин. Бунда беморнинг ахволи ёмонлашади, тери ва шилиқ қаватларида эрозиялар бирлашиб терининг катта сохасини эгаллайди ва жарохатланган сохалардан қон кетиши кузатилади, оғрик кучаяди.

Лаелл синдроми дори воситалари таъсирида вужудга келадиган касалликларнинг энг оғир тури бўлиб у Стивенс-Жонсон синдромидан терининг катта сохасида эпидермал қаватнинг кўчиши билан фарқланади. Терининг кўриниши худди терининг куйишига ўхшаш бўлади. Баъзи жойларда тўқимада некроз белгилари кўринади. Теридаги тошмалар дори таъсиридан 1-2 кун ўтгач пайдо бўлади.

Беморнинг ахволи оғир бўлади, терининг асосий қисмларизарарланади, Никольский феномени белгиси ва Асбо-Хансен симптомлари мусбат бўлади.

Дори аллергик васкулити.

Дори аллергик васкулитини кўпинча антибиотиклар, сульфаниламидлар, пирамидон, фенотиодин бирикмаларини қабул қилинганда ривожланади. Касаллик белгилари асосан оёқларда симметрик шаклда жойлашган геморрагик ва хар- хил тошмалар билан намоён бўлади

Даволаш

Дори аллергиясини даволашда асосий аллергия даволанади, Биринчи навбатда аллерген элиминация қилиниши шарт. Чўзилган дори аллергиясида антигистамин дорилар тавсия этилади (кларитин, лоратадин, цетиризин, зиртек, супрастин, тавегил ва бошқ.). Дори аллергиясининг оғир турида халқумда шиш , бронхларда спазм бўлса бронхларни кенгайтирувчи

дорилар: Саламол ЭКО 100 мг , сальбутамоль 100-200мг, беклазон ЭКО 250 мг, эуфиллин 2,4%-5-10 мл).

Анафилактик шок ривожланганда асосий дори воситаси бўлиб адреналин гидрохлорид хисобланади (0,1% 0,3 мл т/о). Даволашда асосан бемор қабул қилаётган дори воситаларини тўхтатиш, инъекция қилинган соҳанингюқори қисмига жгут қўйилади. Инъекция қилинган соҳага 0,3 мл-0,1 % адреналин эритмаси билан блокада қилинади. Оғир ҳолатларда 1мл-0,2% норадреналин гидрохлорид 5%ли глюкоза эритмаси билан т/и юборилади. Бундаш ташқари стероид воситалар ишлатилади

Дори воситалари	1 ёшгача	3-5 ёш	6-12 ёш
Гидрокортизон	120-220 мг/кг	120-140 мг/кг	320-340 мг/кг
Преднизалон	30-60 мг/кг	60-120 мг/кг	460-570 мг/кг

ПРОФИЛАКТИКА.

1. Шифокор маслахатисиз даволаниш қатъий ман этилади.
2. Бир неча дори-воситаларни бир вақтнинг ўзида қабул қилиш мумкин эмас.
3. Бир шприцда 2 хил дорини қўшиш мумкин эмас.
4. Дори воситаларини фақат шифокор маслаҳати билан қабул қилиш керак.
5. Дорини инструкцияси бўйича қабул қилиш мақсадга мувофиқ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

1. Бир йилда 4 марта аллерголог кўриги.
2. Биринчи 2 йил диспансаер кўригига олиб даволаш.
3. Тор мутахассислар кўригидан ўтказиб туриш.
4. Йилида 1 марта дисенсибилизацияловчи терапия.
5. Ҳар 6 ойда 1 марта махсус даво ўтказиш.
6. Санатор курорт даволаниш.

АНАФИЛАКТИК ШОК.

АНАФИЛАКТИК ШОК.- аллергиянинг энг оғир кўринишларидан бири бўлиб, жуда тез ривожланувчи, тенги йўқ патологик жараён ҳисобланади.

Шокнинг уч гуруҳи тафавут қилинади:

1)Оғрик шоки: экзоген: 1) травматик 2) хирургик муолажала
эндоген:

- инфаркт
 - буйрак хасталиклари
 - қорин бўшлиғи патологиялари
2. Психоген шок - яхши ёки ёмон хабарни эшитганда
3. Гуморал шок - гемотранфузион
- гемолитик
 - гормонал -токсик
 - анафилактик

Анафилаксия сўзи - грекча сўздан олинган бўлиб, ҳимоясиз ёки ўз-ўзини ҳимоя қила олмаслик, - деган маънони англатади. Анафилаксия тез кечар аллергия реакциялар типига мансуб бўлиб, аллегенлар организмга парентрал йўл билан тушганда ривожланади.

Анафилаксияни биринчи бўлиб, 1902 йили Рише ва Портъе аниқлаб Нобель мукофатига сазовор бўлишган.

ЭТИОЛОГИЯСИ:

Асосан дори аллергияси, бундан ташқари

- озик -овқат маҳсулотлари,
- аричаққанда,
- асал ари чаққанда
- специфик терапиядан сўнг
- аллергологик текширишда
- совуқ аллергияларда
- анафилактик шок кузатилади.

Дори анафилактик шоки энг хавфли бўлиб, болаларда ҳозирги даврда кўп учрамоқда бу организмнинг иммунологик тизими билан боғлиқ. Аллергия асоратлар сонини ошиши турли хил дориларни кенг қўлланилиши билан боғлиқ.

Дориларга аллергия реакциялар 71, 5% ҳолатларда кузатилади. Шок 5,5% ҳолларда, летал оқибат эса 0, 45% ҳолларда кузатилади.

Анафилактик шок:

- антибиотиклар
- сульфаниламидлар
- витаминлар

- рентгенконтраст моддалар қабул қилинганда болаларда антибиотиклар, қон препаратлари, вакциналар, зардоблар, гаммаглобулин қабул қилинганда ривожланади.

Анафилактик шок ва бошқа аллергия реакциялар ривожланишида аллергия конституция ва ирсият муҳим аҳамиятга эга.

Ҳашоратлар захрига ҳам анафилактик шок пайдо бўлиши аниқланган. Инсект аллергия билан ҳасталанган 300 та беморни кузатиш натижасида анафилактик шокни турли хилда намоён бўлиши кузатилган. Овқат аллергиясига анафилактик шок ҳам кузатилади.

Сутни кўтара олмаганда, бетта-лактоглобулинга сенсibiliзация ортади.

Совуқ аллергиясида -анафилактик шок совуқ сув ҳавзаларида чўмилганда тананинг кўп қисми совуқ қотганида кузатилади.

Анафилактик шок специфик гипосенсибилизация қилинганда ва баъзан аллергологик текширувларда ҳам учраши мумкин.

ПАТОГЕНЕЗИ:

Аллергия шок ривожланиш жараёнида системали тез кечар аллергия реакциялар муҳим аҳамият касб этиб, асосида реактив механизми ётади. Медиаторлар чиқиши натижасида томирлар тонуси пасаяди ва коллапс ривожланади. Микроциркулятор тизими томирларининг ўтказувчанлиги ошиши хисобига қоннинг суяқ қисми тўқималарга ўтади ва қон қуюқлашади. Умумий қон ҳажми камаёди. Одатда бемор шок ҳолатидан шифокор ёрдамида , баъзан мустақил ҳам чиқиши мумкин. Юрак иккиламчи зараланади. Гомеостатик механизмлар етишмовчилиги жараённи ривожланиб кетишига сабаб бўлади, жараёнга тўқималарда гипоксия билан боғлиқ моддалар алмашинувининг бузилиши кўшилади, шокнинг қайтмас ўзгаришлар босқичи бошланади.

Шокнинг ривожланишида ҳам бошқа аллергия реакциялардаги каби 3 та босқич тафовут қилинади:

- иммунологик
- патохимик
- патофизиологик

Патофизиологик босқич - функционал бузилишлар босқичи анафилактик шокнинг клиник кўриниши ҳисобланади.

Анафилактик шокда - терида (тошма, шишлар)

- силлиқ мушакларда спазм (бронхлар, ичакларда)

- мия ва ҳақозолар.

Анафилактик шок патогенезида биологик актив моддалар (гистамин, ацетилхолин, брадикинин ва ҳақозолар) асосий ўринни эгаллайди. ЁСлассик анафилактик шокда бир қатор ўзгаришлар кузатилади.

1. Липолитик ва протеолитик жараёнларнинг бузилиши
2. Плазминоген ва плазмин системасини бузилиши
3. Ҳужайра ва мембраналарнинг ферментатив активлигини ўзгариши
4. Кинин системасидаги ўзгаришлар ва ҳақозолар.

КЛИНИКАСИ.

Сенсибилизацияланган организмга специфик аллерген тушган захотиёқ реакция ривожланади:

- холсизлик
- кўнгил айниш
- курак орти оғриғи
- ҳансираш
- ўлимдан қурқув ҳисси
- қизиш ҳисси
- 'совуқ тер чиқиши

Бир неча дақиқа мобайнида юқоридаги ҳолатлар кучайиб, бемор хушидан кетади, тиббий ёрдам беришга улгурмаслик натижасида ҳатто ўлим хавфи ҳам туғилиши мумкин.

Анафилактик шок кечишининг бир неча турлари тафовут қилинади.

1. Гемодинамик турида:

- юрак қон-томир тизимининг фаолияти бузилиши
- юрак соҳасида оғриқ
- Артериал босимни тушиши
- оқариш ёки гиперемия
- аритмия

Бу ҳолатлар баъзан юракнинг ишемик касаллигига ёки инфарктга сабаб мумкин.

2. Церебрал турида:

- МНС бузилиши (ўлимдан кўрқиш)
- талваса
- нафас аритмияси
- мия шиши симптомлари
- нафас тўхташи ва юрак фаолиятининг бузилиши
- менингиал симптомлар ва хушдан кетиш

3. Асфиксия варианты:

- ҳалқум шиши
- ўпка шиши - бронхоспазм

4. Абдоминал турида:

- кўнгил айнаш
- қусиш
- эпигастрал соҳада оғриқ (ўткир қорин)
- ичак тутилиши
- дефекация пайтида қон кетиш
- киндан қон кетиш

АНАФИЛАКТИК ШОК ДАВОСИ.

1. Шокка қарши ўтказиладиган терапевтик тадбирлар.

Шок ривожланган жойда ўтказилади. Препаратлар мускуллар ичига юборилади, чунки венани топиш учун вақт кетади. Агар анафилактик шок

венага дорилар юборилаётган бир пайтда ривожланса нинани венадан олмасдан туриб шокка қарши тадбирлар қилинади.

2. Анафилактик шок чақирган дориларни организмга юборишни тўхтатиш керак.

3. Беморни ётқизиб, пастки иягини кўтариш керак, чунки тили орқага кетиб асфиксия келиб чиқиши мумкин. Агар беморда тиш протезлари бўлса, уларни олиб ташлаш керак.

4. Адреналин 1мл-0,1%. Агар артериал босим кўтарилмаса 10-15 мин. ўтгач яна 0,5 мл юборилади.

5. Преднизалон (тана вазнининг 1 кг га 1-2 мг), 4-20 мг дексаметазон ёки 100-300 мг гидрокартизон юбориш мумкин.

6. Пипольфен 2, 5% 2-4мл II. Интенсив терапия

1. Агар шокка қарши тадбирлар эффе́кт бермаса, махсус бўлим шароитида интенсив терапия утказилади.

2. Вена пункция, вена секция қилиниб дориларни вена ичкарасига юборилади.

3. Қон томирлар тону си камайганда томчи ҳолатда 0,2% норадреналин 1мл ёки 1мл 0, 1% адреналин ёки 1-2 мл мезатон юборилади.

4. Дори анафилактик шокнинг асфиксия вариантыда бронхолитик препаратлар юборилади (2-3мл 24%) эуфиллин ёки 20мл 2, 4% эуфиллин, 5мл 10% дипрофиллин, 2мл -0, 5% изодрин, 1-2 мл 0, 05% алу́пент.

5. Гармонал препаратлар Преднизалон 1-5 мг/кг, дексаметазон 15-20 мг/кг, Гидрокартизон 125-500 мг.

6. Антигистамин препаратлар (димидрол 1/1.0 ёки супрастин 2/ 1.0, пипольфен2,5/ 5-6 м/литр)

III. Реанимацион тадбирлар

1. Юракнинг ёпиқ массажи.

2. Сунъий нафас олдириш (оғиз орқали).

3. Интубация ёки трахиостомия.

4. Утқир асфиксияда СВ. (ИВЛ) нафас препаратлари ёрдамида.

5. Марказий веналардан бирини катетеризация қилинади-инфузион терапия қилиш учун.

6. Юрак ёпиқ массажида хар 5 минда 4% натрий гидрокарбонат (2-3мг/кг).

7. Юрак фаолияти тўхтаб қолганда юрак ичига адреналин юборилади.

8. Эпилептик статусда (агар артериал босим нормада бўлса) 1-2мл 2, 5% аминазин ёки 2-4 мл 0, 5 % седуксен юборилади.

9. Реанимацион тадбирлар махсус бригада шифокорлари ёки махсус тайёрлов курсини ўтган шифокор томонидан ўтказилади.

ИНСЕКТ АЛЛЕРГИЯ.

Инсект аллергия, инсект - ҳашорат сўзидан олинган бўлиб, ҳашоротлар чақиши натижасида келиб чиқади. Организм сенсбилизациясининг қуйидаги йўллари тафовут этилади.

1. Чақиш натижасида аллергеннинг заҳар билан организмга тушиши.
2. Ҳашоратлар тишлаши натижасида сўлаклари билан аллергеннинг организмга тушиши.
3. Ҳашоратлар танаси қопламларининг ингаляцион йўл билан нафас йўлларига тушиши натижасида.

Ҳашорат чаққанда - ҳашорат заҳри аллергик ва токсик таъсир кўрсатади. Токсик таъсир ҳашорат бир неча марта чаққанда ривожланади. Организмга тушган заҳар кўпроқ:

- геморрагик таъсир
- гемолитик таъсир
- нейротоксик таъсир
- гистаминга ўхшаш таъсирлар кўрсатади.

1930 йил Бенсон деган олим асаларичиларда асалари ва асалариларнинг ўзига нисбатан ўта сезувчанлик борлигини аниқлаган.

Бронхиал астма, аллергик ринит билан ҳасталанган беморларнинг 0,33% ҳолларда асалари заҳрига ўта сезувчанлиги борлиги маълум.

АҚШ да ЮООта ҳол ўлим ҳашорат чақиши натижасида содир бўлади. Охирги 10 йилда 400 та ўлим асосланган чал>ишидан содир бн>лган. Ҳар 30 та ўлимдан 1 та ҳол аллергик реакция натижаси. Аллергик реакциялар ҳашорот танаси қопламлари билан нафас олганда ёки ҳашоратлар билан контакда бўлиш натижасида ҳам ривожланиши мумкин (аллергик ринит ёки дерматит) Швецарияда 1 йилда 4 киши аллергик реакция натижасида халок бўлади. Аллергик реакциялар 2 та синф ҳайвонлар томонидан чақирилади:

1. Чаёнлар
2. Ҳашоратлар (инсект)

Ҳашоратлар - москитларга, чивинларга, пашша, клапларга ва бошқа қанотли ҳашоратларга бўлинади.

Парда қанотли ҳашоратлар чаққанда айниқса, оғир реакциялар пайдо бўлади. Бу ҳашоратларга

- асаларилар
- ковоқари
- арилар

Асалари чакқанда икки хил реакция кузатилади.

- токсик
- аллергик

Битта асалари чакқанда даставвал маҳалий токсик реакция кузатилади.

Унта асалари чакқанда организмнинг

- Ўртача оғирликдаги умумий реакцияси ривожланади Юзта ва ундан ортиқ асалари чакқанда эса умумий оғир реакция пайдо бўлади ва - эритроцитлар гемолизи, бутун тана бўйича геморрагиялар, нерв системасининг шикастланиши (талваса, фалажлик ва бошқалар) кузатилади.

Уч юзта ва ундан ортиқ асалари чакқанда эса тезкор ўлим содир бўлади.

Захарнинг токсик таъсиридан фарқли равишда сенсбилизацияда аллергик реакция 1 та-2 та асалари чакқанда ривожланиб - ҳатто ўлим билан ҳам тугаши мумкин.

2% асаларичиларда қанотли ҳашоратларга сенсибилизация кузатилади.

Ари захрига реакция 1 тип бўйича кечади.

Асаларилар ниши 8 қиррали (тишли) бўлади, асалари чакқанда бу ниш танада қолади. Ниш билан бирга захарли қопча, захарли безлар, нерв бойламлари қолади.

Асалари чакқандан сўнг қопча мушаклари қисқариб, захар организм ичига чуқур ўта бошлайди.

Асалари захарли таркиби куйидагича

- гистамин
- ацетилсалин
- фосфолипаза, гиалуронидаза ферментлари

Ҳашоратлар захрига аллергик реакциялар ҳар - хил клиник синдромларни чақиради.

1 - Тери:

- тери қичиши
- эритема
- Квинке шиши
- эшакем

2 - Юрак:

- қон томир
- анафилактик шок
- юрак соҳасида оғриқ, тахикардия А/Д кутарилиши

3 - Нафас:

- бронхоспазм
- хиқилдоқ ва хал кум шиши
- нафас олишнинг қийинлашиши

4 - Ошқозон ичак:

- кўнгил айниш

- кусиш
- корин соҳасида спастик оғрик
- диарея

Қарияларда ва болаларда ўлим анафилактик шок ва хиқилдоқ шишида содир бўлади.

Инсект аллергия кечиши оғирлигига кўра 3 даражага бўлинади: 1 даражали реакция (енгил) 1. эшакем

2. Квинке шиши
3. интоксикация: титраш, температура ошиши
- 2 даражали реакция (ўртача оғирлик)
 1. силлиқ мушаклар спазми (бачадон, бронхлар, ичаклар)
 2. юрак ритмининг бузилиши
 3. шиллиқ пардалар шиши
- 3 даражали реакция (оғир шакли)
 1. анафилактик шок

Асосан гемодинамик вариант

- 1 даража - 50% беморларда,
 - 2 даража - 30%,
 - 3 даража - 20% беморларда қайд этилади
- Хушдан кетиш - 40%
Талвасага тушиш - 9%
Сийиб куйиш - 28% беморларда кузатилади.

ИНСЕКТ АЛЛЕРГИЯ ТАШҲИСИ.

Энг аввало тўғри аллергоанамнез йиғиш ва тери аллергик синамаларни куйиш.

ДАВОЛАШ.

1. Нишни олиш.
2. Муз ёки жгут кўйиш: зарарланган жойга 0,1% адреналин эритмаси суриш.
3. Антигистамин дорилар 0,01 мг/кг болаларга 0,3 - 0,5 мг/кг катталарга.
4. Кортикостероидлар 1-5 мг/кг.
5. Юрак - қон томир препаратлари.
6. Специфик гипосенсибилизация - инъекция 5 кунда 1 марта қилиш.
7. Шок бўлишини олдини олиш.

ПРОФИЛАКТИКА.

Ҳашоратлар чиқишидан сақланиш:

1. Уй ойналарига марлилар тутиб кўйиши учувчи ҳашоратларни кўришини тақиб қилади.
2. Чақувчи ҳашоратлар бор жойда юрмаслик.
3. Яшаш жойларнинг ҳамма текшиқларини бекитиш керак ҳашоратлар кирмаслиги учун.
4. Уйларни ҳар ойда бир марта ҳашоратларга қарши дезинфекция қилиш керак.

5. Уйда аптечка бўлиши керак.

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

1. Бир йилда 4 марта аллерголог маслаҳати.

2. Биринчи

2 - йилликда «Диспансер қаровига» олиниб, соғломлаштириш режасини тузиб ҳамма тор мутахассислар кўригидан ўтказиб, инфекция ўчоғларини даволаймиз.

3. Бир йилда 1 марта десенсибилизацияловчи даволаш.

4. Бир йилда 1 марта махсус даволаш.

5. Санатор курорт даволаш.

ЗАРДОБ КАСАЛЛИГИ.

Хозирги пайтда зардоб касаллиги факат зардоб киритилиши билан боглик булган алохида касаллик тури деб хисобланмаяпти. Бу синдром иммиун бирикмалар таъсири натижасида юзага келади. Зардоб касаллиги зардоб киритилиши натижасида (бунда купинча уткир кечиши) ҳамда кимёвий препаратлар ва дори моддалар (бунда купрок сурункали зардоб касаллиги) вужудга келади. Зардоб касаллигининг уткир кечадиган турларида уткир гломерулонефрит, геморрагик васкулит юзага келиши мумкин. Сурункали касалликларда аутоиммун касалликлар, зардоб коллагенози кузатилади. Зардоб касаллиги келиб чиқиш холларининг микдори зардобнинг сифатига боглик. Масалан, Францияда зардоб касаллиги сунгги 50 йил ичида эмланганлар орасида 7,4% дан 2% гача камайди.

Зардоб оксигени инсон конида бир ой мобайнида аникланиши мумкин. Касалликнинг ривожланиши зардобнинг таркибига боглик. От кони зардобининг оксиген бирикмаси ва приципитинлар антиген булиб хисобланади. Улар зардоб касаллигидаги аллергик реакцияда шу иммун бирикмага жавобан пайдо булувчи иккиламчи антитело булиб хизмат килади. Конда эрувчи иммун бирикмалар хосил булади. Шунинг учун реакция 10-15 кундан кейин ривожланади. Зардоб касаллиги ривожланишида иммуноглобулинларининг М ва G синфига кирувчи антитело ҳамда комплемент иштирок этади. Антитело микдори аллергик реакция ривожланиши учун 8-10 кундан кейин етарли даражада булади. Эрувчан иммун бирикмалар ички аъзолар ва капиллярларнинг эндотелий (ички катлам тукумаси) мембранасига чукиб (утириб) қолади. Улар шикастланганда (бузилганда) зардоб касаллигининг клиник белгилари юзага чиқади.

Касаллик кайталланишининг пайдо булиши IgC кайтадан йигилишига боглик. У кон таркибида колган зардоб оксигени билан узаро таъсирлашади. Бундай холларда касаллик чузилиши мумкин (бир неча ой давомида).

Хозирги пайтда эмлаш учун кулланилаётган деярли барча вакциналар ва зардоблар сенсибилизациялаш хусусиятига эга. Таркибида бир неча антиген сакловчи вакциналар – юкори даражали аллергенлар булиб хисобланади. Вакциналар киритилганда бир вақтнинг узида организмдаги бошка хама антигенларга (микроб, озик овкатга оид) нисбатан ҳам антитело пайдо булиши

кучаяди. Организм тукумалари билан бир хил умумий антгенга эга булган вакциналарни киритиш купинча аутоиммун бузилишлар ривожланишига олиб келади. Иммунизация максадида вакцина киритилгандан кейин хам сенсбилизацияга хос реакция ривожланиши мумкинлиги аникланган. Конда аллергик реакция медиаторларининг микдори купаяди, гистамин, ацетилхолин микдори хам ортади. Вакцина ва зардоб киритилишига коннинг шлаккли элементлари хам узларининг жавоб реакцияларини курсатишлари мумкин. Периферик конда тромбоцитлар ва лейкоцитлар микдорининг пасайиши, эозинофиллар ва лимфокинлар микдорининг купайиши юз беради. Зардоб касаллигини турли клиник курунишлари, одатда 7-кун ривожланади ва «Зардоб касаллиги синдроми» деб юритилади. Организмдаги аллергик узгаришлар биринчи навбатда организмнинг реактивлиги узгарган болаларда юзага келади. Эмлаш натижасида аллергик реакция вужудга келган болаларда ирсий мойиллик, экссудатив диатезлар, бурун бушлигидаги инфекция учоклари кузатилган. Бу болаларнинг оналари анамнезида хомиладорлик токсикозлари ёки бола кони билан резус омилининг тугри келмаслик холати кайд этилади. Организмга зардоб киритилгандан тахминан 7-20 кун утгач, тана терисида тошма пайдо булади, иситма, лимфа безларининг катталашуви, бугимларнинг зичлашуви юз беради. Нефрит, васкулит, коронарит хам вужудга келиши мумкин. КГД ва АКДС вакциналарига аллергик реакциялар купинча улар организмга кайта киритилганда кузатилади. Реакциялар организмга вакциналар киритилгандан кейин дархол юз бериши ёки бирнеча соатдан кейин пайдо булиши мумкин. Анафилактик шок, одатда вакцина киритилгандан 1-7 соатдан кейин юз беради. Вакцина киритилгандан кейин каварчиклар, Квинке шиши, экзема хам ривожланиши мумкин. Бирок, купчилик болаларда аллергик реакция эмлангандан 2-4 кун утгач ривожланади ва умумий реакция харорат кутарилиши, иштаха пасайиши билан бирга кушилиб келиб, реакция 4-5 кун давом этади. Айрим холларда реакция 8-16 кундан кейин хам юзага келиши мумкин. Конда ёт зардобга нисбатан антитело аникланади, у куп микдорда антиген организмга тушганда эрувчан иммун бирикмалар хосил килади. Аллергик реакцияларни Е иммуноглобулинларининг Гс таркибий кисми амалга оширади. Зардоб касаллигининг клиник манзараси куп белгиллиги билан тавсифланади. 85% холларда терида узгаришлар, 70% холларда иситма, 5% холларда лимфа безларидаги узгаришлар, 20% холларда бугимларда узгаришлар кузатилади. Бундан ташкари бошка аьзолар хам зарарланиши мумкин.

Кукйуталга (коклюш) карши вакцинани киритиш бронхиал астма хуружи ривожланиши билан кузатилиши мумкин. Бунга организмнинг гистаминга нисбатан сезувчанлиги ортиши ва кукйутал антигенининг нафас йули лимфа тугунларига жойлашиб олиши сабаб булади.

Касаллик хатто биринчи марта эмлашдан кейин хам ривожланиши мумкин. Бундан ташкари болаларда сохта бугилиш спастик трахеит кузатилади. Зардоб реакцияси геморрагик васкулит курунишида хам юзага келиш эхтимали йук эмас. Нефропатия, нерв тизимидаги зарарланишлар (энцефолитлар,

энцефаломиелитлар) куриншидаги анча огир ва кам учрайдигани ҳам кайд этилади. Улим окибатлари ҳам булиши мумкин. Энцефалитлар одатда секи наста содир буладиган аллергик реакциялар куринишида кечади. ҚДС вакцинасига аллергик реакциялар купрок унинг кукйутал таркибий кисми таъсирида вужудга келади. Бирок дифтерия ва столбняк вакциналари кукйутал антигенидан ажратилаган холда алохида киритилганда ҳам тез содир буладиган аллергик реакцияларни келтириб чикаради. Улар кукйутал вакцинаси киритилганига караганда анча кам холларда кузатилади.

Зардоб касаллигининг кечиш огирлигига кура уч шакли мавжуд.

Оғир шаклларида харорат жуда юкори булади, баданнинг хама сохаларини камраб олувчи турли куринишдаги тошмалар, тананинг айрим кисмларида шишлар, огиз бушлигининг шиллик каватида энантемалар, юкори нафас йулларида катарал узгаришлар кузатилади.

Ошкозон ичак йулида энтерит куринишидаги узгаришлар булади. Миокардит ва энцефаломенингит ҳам кузатилади. Лимфатик безлари яллигланишининг ҳам эхтимоли бор.

Уртача огирликдаги шаклларида юкоридаги барча белгилар камрок ривожланади, теридаги узгаришлар устунрок булади. Хама белгилар тез орада камаяди. У икки хафтагача чузилиши мумкин.

Енгил шаклларида теридаги тошмалар каварчиклар куринишида булиб, бу асосан препарат киритилган жойда кузатилади. Бунда лимфа безлари катталашини мумкин. Шунини таъкидлаб утиш лозимки, куп холларда зардоб касаллиги тугри ташхисланмайди.

Зардоб касаллигини даволаш макседида гистаминга карши препаратлар, эфэдрин, кортикостероидлар кулланилади.

Зардоб касаллигини олдини олиш эмлашдан кейин юзага келадиган хар кандай реакциялар, эмлаш давом эттириш масаласини ,хал килиш учун аллерголог билан маслахатлашини лозимлигини талаб килади.

Бирор кушимча касалликлар булган холларда эмлаш макседга мувофик эмас. Аллергик яллигланишни бошидан утказгандан кейин 1-2 йилгача эмлаш муолажалари тухтатилади. Эмлашдан олдин инфекция учоклари даволаш, тозалаш ишларини утказиш, бунда турли витамин бирикмаларини белгилаш мухим ахамиятга эга. Периферик кон таркибида узгаришлар булган болаларда (тромбоцитопения, лейкопения, диспротеинемия) эмлаш муолажалари утказилмайди. Эмлашдан олдин синама утказилади (тери ичига физиологик эритма билан 1:10 нисбатдаги 0,1 мл эритилган вакцина киритилади). Синама утказилгандан 5 кун кейин эмлаш учун лозим булган микдордаги вакцинани киритиш мумкин. Узига хос ута сезувчаниликни пасайтириш макседида эмлашдан олдин антигистамин препаратларни белгилаш мумкин. Болаларда эмлашдан олдинги даврда овкатланиш режими (аллерген махсулотларини истисно килиш) тавсия этилади. Турли вакциналар билан эмлаш орасидаги вакт 2 ойдан кам булмаслиги керак. Зардоб касаллигини олдини олиш учун диккат билан анамнез йигиш, Безредка усули ёрдамида ёки гистаминга карши препаратлар таъсири остида эмлаш, зардобни глобулинлардан тозалашни

яхшилаш тавсия килинади. Зардоб касаллиги булган беморларда от зардобига нисбатан сенсбилизация мавжудлигини эсда тутиш лозим. Баъзи мутахассислар бир неча вакцинани бир вақтда киритиш, кетма-кет киритилишига караганда хавфсизрок деб ҳисобллайдилар. Аллергик реакциянинг ривожланиши вакцина ва зардобнинг турига ҳам боғлиқдир.

Кокшолга қарши зардоб бугма (дифтерия) зардобига караганда купрок аллергик реакцияларга сабаб булади. Кукйуталга қарши эмлаш муолажалари нафас йуллари аллергик касалликларини кузгатиши мумкин. Чечакка (оспа) қарши эмлаш дерматозлар кузгалишига сабаб булади. Энг яхши эмлаш муолажаларини икки боскичда: дастлаб улдирилган вакциналар билан, кейин эса тирик вакциналар билан утказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Эмлашга мутлоқ монеликлар булган болаларда юкумли касалликларни олдини олиш мақсадида инсон конидан тайёрланган юкори иммун хусусиятига эга булган гаммаглобулин киритиш мумкин. Бу аллергик касаллик бўлиб, организмга ҳар хил зардоблар ва препаратлар юборилганда ривожланиб, бириктирувчи тўқима ва қон томирларининг яллиғланиб шикастланиши билан характерланади. Биринчи бўлиб Пирке аниқлаган ва Артүс феноменининг генерализацияланган шакл деб қаралган. Зардоб касаллигини сони оқсил препаратларининг хилига ва дозасига боғлиқ. Ҳозирда эса нозологик бирлик ҳисобланади.

1. Дифтерияни даволашда зардоб касаллиги 20-85% ҳолларда кузатилади. Зардоб касаллигининг сони зардобларни ферментатив гидролиз электродиализ йўллари билан тозалаш натижасида 1-10% гача камайди.

2. Иммунологубулин препаратларига реакция 0,06-0,06% ҳолларда кузатилади.

3. Гўдак ёшидаги болаларда кам учрайди.

4. Зардоб касаллигидан ўлим жуда кам, 50-100 мингдан 1 та ҳол, у ҳам бўлса анафилактик шокдан келиб чиқади.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

Гетерологик ёки гомологик оқсил препаратлари антитоксик зардоб ҳисобланади:

- қокшолга қарши
- дифтерияга қарши
- ботулизмга қарши
- газли гангренага
- стафилакоккли инфекцияга
- илон захрига

Антилимфоцитар зардоблар. Асосий зардоб гипериммунланган отларнинг қонидан тайёрланади. Бу зардоб оқсиллари антиген ҳисобланади ва зардоб касаллигини чақиради.

ПАТОГЕНЕЗИ.

Зардоб касаллиги ривожланишда бир қанча иммун механизмлар иштирок этиши натижасида антитела ишлаб чиқарилади.

КЛИНИКАСИ.

Касаллик кечишида бир қанча белгилар намоён бўлади. Полиморфизм 85% тери ўзгариши 70% истма, 25% лимфа бойламлари ўзгариши, 20% бўғимларда ўзгариш.

1. Инкубацион давр (инекциядан сунг 7-10 сутка)
2. Продромал даврида «кичик симптоматика» кузатилади
 - тери гиперемияси ва гиперстезияси
 - регионар лимфатик боғламларнинг катталашганлиги
 - инъекция ўрнида ва атрофида тошмалар пайдо бўлиши

3. Уткир даврда касаллик

- температуранинг 39-40 градусга кўтарилиши
- бўғимлар қакшаши билан характерланади, кейинчалик қичийдиган тошмалар (уртикария) пайдо бўлади

Тошмалар - қизамиқ симон

- скарлатина симон
- папулавизикулез
- геморрагик типда бўлади

Тошма тошганда температура пасаяди. Бемор ҳолсизлик, ҳансираш, юрак тез уриши, юрак соҳасида оғрик, А/д босимининг пасайишига шикоят қилади. Аускультатив юрак тоналарининг бўғилиши. ЭКГ да вольтажнинг пасайиши (миокард, ишемия, инфаркт). Касалликнинг оғир кечишида:

- овқат ҳазм қилиш системаси томонидан кўнгил айниш, қусиш, диарея
- чиқарув системасидан: ўчоқли диффуз гломерулонефрит
- нафас системаси томонидан: эмфизема, ўпка шиши
- жигар томонидан: гепатит ЭЧТ
- қон томонидан: лейкоцитоз, юқори Уткир давр 5-7 сутка давом этади.

ДАВОЛАШ:

Касалликнинг энгил шаклида

калций препаратлари, аскорутин, антигистамин дорилар: " Димедрол суперастин, тавегил, пипольфен, эфедрин - Кортикостероидлар

Терисида кичишни камайтириш учун иссиқ ваннача, 5% ментол спирти билан терини артиш.

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Санация қилиш
2. Эмлаганда реакция кузатилса аллерголог маслаҳати
3. Лейкопения, тромбоцитопения бўлганда эмлаш мумкин эмас
4. Тез кечар аллергик реакцияни олдини олиш учун зардоб билан бирга адреналин (тери орасига) ва антигистамин дори юборилади зардоб юборилгандан кейин
 - антигистамин дорилар
 - калций препаратлари
 - эфедрен юборилади.

АТОПИК ДЕРМАТИТ.

Атопик дерматит тери ва унинг хосилалари касаллиги булиб, ер юзида кенг тарқалган. Лекин унинг нечоглик кенг тарқалганлигини аниқлаш жуда мураккаб. Чунки дерматит ташхисини куйишда аниқ стандартлар ва хамжихатлик хужжатлари ишлаб чиқилмаган. Хозирги вақтда атопик дерматит кеч гудаклик ва эрта болалик даврининг касаллиги сифатида қабул қилинади ва ер юзининг турли мамлакатларида болаларнинг 10 фоизидан 40 фоизигачаси ундан азият чекади. Атопик дерматит ёшлар орасида (25 ёшгача булган давр) тарқалган касалликлар ичида саккизинчи уринни эгаллайди. Эрта болалик даврида касалликка мубтало булганларнинг 40-60 фоизида улғайганидан кейин хам унинг мавжуд булиши хамда персистик равишда давом этиши эҳтимоли жуда юкори. Хамма аллергик касалликлар сингари атопик дерматит хам ер юзида кейинги 40 йил ичида авж олиб бормоқда. Инсон танаси ташки коплансида турли қуринишларда намоён булиб хаёт сифатига салбий курсатадиган бу касаллик унинг асаб тизимини ва рухий ҳолатини хам шикастлайди. Шу билан бирга атопик дерматит бошка турдаги атопик касалликлар, хусусан астманинг атопик шакли ва аллергик ринит касалликлари учун йуналиш нуқтаси булиши хам мумкин. Бундай ҳолат атопик дерматитни тиббиётда хал қилиниши зарур булган долзарб масалалар каторига қуяди.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ ТАСНИФИ.

Атопик дерматит терининг сурункали яллигланиши касаллиги булиб атопияга ирсий моиллиги булган одамларда эрта болалик давридан ривожланади ва одам ёшига қараб тананинг турли сохаларида турли морфологик қуринишда терининг қичишиши, симптомларнинг такрорланиб туриши билан намоён булади.

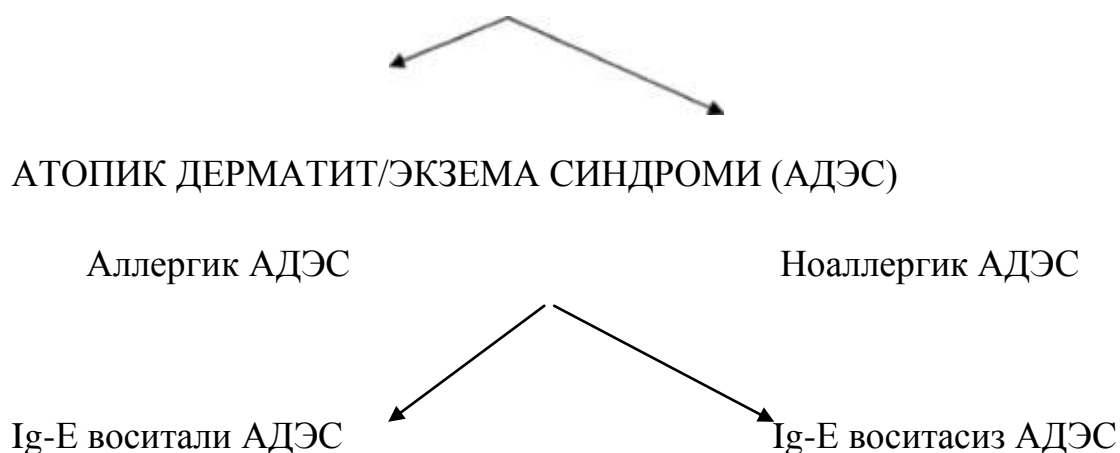
Атопик дерматитнинг яна бир тарқалган номи атопик экзема. Экзема сузи юнон тилидан олинган булиб қайнаб қичиш маъносини англатади ва танадаги хар қандай тошмага нисбатан қулланилиб келинади. Экзема сузи танадаги тошмаларнинг иммунологик ва патогисталогик асослари хали тулик урганилмаган даврда тиббиёт амалиётига татбиқ қилинган. Атопик дерматит экземанинг болалар орасида энг қуп тарқалган шакли булиб баъзан "экзематоз

дерматит", "инфантил экзема", "болалик экземаси" деб хам аталади. Бизда ва собик совет иттифокининг бошка республикаларида болалар терисидаги хар кандай тошмага нисбатан экссудатив диатез номи кулланилади.

Бундай хилма хил талкинлар касаллик патофизиологиясини тушунишдаги мавхумликни акс эттиради ва унинг ривожланиши механизмларийи тулик камраб ололмайди. Хрзирги вақтда касаллик иккита ном атопик дерматит ва атопик экзема номлари билан аталади.

Европа аллергология ва клиник иммунология академия (ЕАКИА)си 2001 йили атопик дерматитга нисбатан "атопик дерматит/экзема синдроми" (АДЭС) атамасини куллашни таклиф килган. Бу атамга асос килиб атопик дерматит клиник намоеън булиши жихатидан бир бирига ухшаш бир неча хил касалликларнинг мажмуаси эканлигини олишган. Атопик дерматит/экземанинг камида иккита тури мавжудлиги клиник изланишлар натижасида исботланган. Булар аллергик (экзоген) ва ноаллергик (эндоген) дерматит/экземалар. Беморларнинг 70-85 фоизида дерматит асосида аллергик жараён ётади: уларда маълум экзоаллергенларга богликлик, аллергик синамаларнинг мусбат жавоби ва иммуноглобулин Е микдорининг ошганлиги кайд килинган. 15-30 фоиз беморларда эса бундай холат кузатилмаган ва уларнинг холати ноаллергик дерматит тушунчаси остига киритилган. Лекин амалий шифокорлар учун АДЭС атамаси анча нокулайликлар тугдиради ва ундан деярли фойдаланишмайди. Касалликларнинг халқаро таснифи 10 кайта куриб чикилиши вақтида кабул килинган хужжатга биноан касалликка нисбатан атопик дерматит ибораси кулланилади.

Хрзирги вақтда атопик дерматитнинг хамма шифокорлар томонидан эътироф этилган ягона таснифи ишлаб чикилмаган. ЕАКИА томонидан АДЭС нинг ривожланишидаги маълум ёки тахминий иммун механизмларга асосланган куйидаги таснифи таклиф килинган:



Аллергик АДЭС бемор анамнезида атопияга мойиллик булган, экзоаллергенлар билан боглик холда ривожланган вазиятларни назарда тутати. Бунда бемор кобида махсус Ig-E аникланса Ig-E воситали АДЭС дейилади. Аллергик дерматитнинг бошка гурухи, унинг Ig-E воситасиз шаклига асосида

хужайра воситали иммунмеханизмлар ётадиган аллергия дерматитлар киради. Бунда беморнинг синамлари мусбат курсаткичларга эга булади, терисидан олинган биоптатларда ёки конида махсус аллергияли Т хужайралар куринади, лекин конида махсус Ig-E топилмайди. Ноаллергия АДЭС тушунчаси эндоген ёки криптоген аллергия дерматит ибораларини урнига кулланилиши керак.

Тасниф ва ундаги иборалар аллергия дерматит хақидаги хозирги билимлар ва тушунчаларни инобатга олиб, вақтинча кулланилиш учун қабул қилинган. Дунё шифокорлари олдида аллергия дерматитни қайтадан қуриб чиқиш, унинг иммунологик ва микрогистологик механизмларини урганиш қаби улкан вазифа мавжуд.

Бу таснифни билиш атопик дерматит генезини яхши тушуниш, унга ташхис қуиш ҳамда даволаш учун зарур.

Атопик дерматитга бағишланган ва Россияда эълон қилинган "Болаларда атопик дерматит" (2001 й., 2004 й.) дастури ҳамда "Атопик дерматит: ташки муолажа" (2002 й) хужжатиға биноан аллергия дерматитнинг кечиши,

Атопик дерматитнинг кечиши, даврлари ва огирлик даражаси бўйича таснифи

(2002 йил)

1.	Касалликнинг ёшга биноан даврланиши I давр (2 ёшгача) гудаклик II давр (2 ёшдан 13 ёшгача) болалик III давр (13 ёш ва ундан катталар) усмирлик даври ва катталар
2	Касалликнинг стадиялари Авж олиш стадияси Ремиссия стадияси (тулик булмаган ремиссия ёки тулик ремиссия)
3.	Жараённинг тарқалганлиги Чегараланган (худудий) Таркок (чегараланмаган) Диффуз
4.	Жараённинг огирлик даражаси Енгил кечуви У рта огирликда кечуви Огир кечуви

асаллик даврлари ва тери белгиларининг тарқалганлигига асосланган таснифи қабул қилинган.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ.

Хдмма аллергик касалликлар сингари атопик дерматитнинг асосида ҳам ирсий омиллар, мураккаб иммунологик жараёнлар ва ташки мухит омилларининг узаро ҳамкорликдаги таъсири ётади. Атопик дерматит омилларини иккига булиш мумкин: атопик дерматит ривожланишига мойиллик омиллари; хатарли (калтис) омиллар;

Атопик дерматитнинг этиологик омиллари Атопик дерматит ривожланишига мойиллик омиллари, Атопик касалликларга ирсий мойиллик Ксероз (терининг куруклиги)

Атопик дерматит ривожланишини чакирувчи омиллар

1. Бактериал булмаган аллергенлар

а). Овкат аллерген лари

б). Ингаляцион (уй чангги каналари, уй хайвонларининг юнгги ва эпидермиси, суварак аллергенлари, усимликларнинг чангги) аллергенлар

2. Бактериал ва замбурут аллергенлар

а). *Staph. Aureus*

б). *Malassezia sympodialis*
(*M.furfur*) в). *Candida albicans*

3. Аутоантигенлар

Атопик дерматит чакириш хатари мавжуд омиллар

1. Ххомиладорлик давридаги касалликлар ва токсикоз

2. Ххомиладорлик ва болани эмизиш даврида пархезни бузиш, чекиш ва бошка турдаги зарарли одатлар

3. Болани овкатлантиришда сунъий бокиш услубидан жуда эрта фойдаланиш.

4. Ижтимоий ва экологик омиллар (ёмон хаётгий шарт шароитлар).

5. Овкат хазм килиш тизимидаги аъзоларнинг сурункали ва функционал касалликлари

6. Паразитар инвазиялар.

7. Инфекциянинг сурункали учоклари

Бронхиал астмада булгани каби атопик дерматитда ҳам ривожланиб улгурган касалликни авж олдирувчи, бошкача айтганда узи аслида аллергенлик хусусиятига эга булмаган, лекин шу билан бирга, мавжуд касалликни кучайтирадиган (махсус булмаган триггерлар) омиллар мавжуд.

Аллергенлик хусусиятига эга булмаган, лекин мавжуд атопик дерматитни авж олишига сабаб буладиган омиллар

1. Ирритантлар

2. Иклим ва об хаво шароитлари

3. Рухий омиллар.

4. Эндокрин омиллар

5. Касб кор билан боглик омиллар

6. Вирусли омиллар

Ксероз (теринин куруклиги) атопик дерматитнинг асосий белгиларидан бири хисобланади. Терининг хаддан зиёд куру К булиши унинг химоя вазифасини издан чиқаради ва тери аэроаллергенлар ва ирритантларнинг утиб кетишига тускинлик кила олмай қолади. Атопик дерматит билан огриган беморларнинг купчилигида ксероз тугулиши билан ёки бир оз муддат утгач пайдо булади ва бутун умр, атроф мухит шароитларига боглик равишда, гоҳ сусайиб (иссик ва нам фаслларда), гоҳ авжига чикиб (совук ва курук фаслларда) давом этади. Ксероз кератиноцитларнинг сувни боглаш хусусиятининг ирсий равишда суёт булиши туфайли ривожланади. Бундан ташқари атопик дерматит билан огриган беморларда сувни транэпидермал йул орқали куп йукотиш ва тер без лари суюклик ишлаб чиқариш фаолиятининг сустлиги кузатилади. Аникланишича, бундай беморлар эпидермисининг мугуз катламида керамидлар кам булади. Керамидлар мугуз катламнинг трансцеллюляр бушлигида сувни боглаб турувчи асосий молекулалар хисобланади ва уларнинг етишмовчилиги тери куруклиги ривожланишига ва у орқали аллергенларнинг утиб кетишига биринчи сабаб булиб хизмат қилади.

Атопик дерматит омиллар.

Нобактериал аллергенлар. Овкат аллергенлари гудакларда ва хаётининг дастлабки йилларини яшаётган кичик ёшдаги болаларда атопик дерматит ривожланишини бошлаб берувчи энг асосий омил хисобланади. Бу овкат аллергенлари ёрдамида сунъий услубда касаллик чақириш синамасини утказиш орқали аникланган. 75 фоиз болаларда синамага жавобан атопик дерматитга хос белгилар ривожланган. Булардан 85 фоизда тухумга нисбатан сезувчанлик энг юкори булган. Кейинги утказилган элиминацион пархез тадбирлари атопик дерматит белгиларига ижобий таъсир курсатган. Овкат аллергенлари натижасида ривожланган урта огирликдаги ва огир атопик дерматит касалликнинг 33 39 фоизини ташкил қилади. Тухум, сут, ерёнгок ва ёнгокларнинг бошка турлари, соя, мош, нухат, ловия, бугдой, балик атопик дерматит ривожланишига ва/ёки уни авж олишига энг куп сабаб буладиган овкат махсулотлари хисобланади. Атопик дерматит ривожланишида овкат махсулотлари бола хаётининг дастлабки йилларида ахамиятга эга. 5 ёшга етгач болаларда илгари кутара олмаган овкат махсулотларига нисбатан, айникса элиминацион пархезга амал қилиб юрилса, куникма хосил булади. Леки» атопик дерматит билан огриётган болаларнинг учдан бир қисмида овкат аллергияси ёки озука махсулотларига нисбатан ноаллергик табиатли гиперсезувчанлик мавжуд булиши мумкин ва бу уларда купинча эшакеми ёки Квинке шиши, ошкозон ичак йулидаги узгаришлар, респиратор симптомлар, огир холатларда эса анафилактик реакциялар қуринишида намоён булади.

Овкат аллергияси булмаган ёки озука махсулотларига нисбатан гиперсезувчанлиги булмаган холатларда ҳам баъзи овкат махсулотлари атопик дерматит кечишини огирлаштириши мумкин. Иссик. ва аччик, овқдтлар терида эритема чақириб атопик дерматитнинг кичимасини кучайтириши, таркибида салицилатлар тутадиган махсулотлар (айникса мевалар) эса семиз

хужайралардан гистамин ажралйшини рахбатлантириб атопик дерматитни авж олдириши мумкин. Баъзан бола рационига илк бор кушилган махсулотлар ҳам атопик дерматит белгиларини кучайишига сабаб булиши мумкин. Бу ҳолат уша махсулотга нисбатан болада аллергия борлигидан эмас, балки унда янги овкатга куникма йуклигидан ҳам юзага келади. Гудакларнинг териси ва овкат хазм килиш тизими янги турдаги овкатга куникиши учун бир оз муддат керак булади.5 ёшдан катта болалардаги атопик дерматит генезида ингаляцион аллергенлар: уй ва кутубхона чангги, уй чангги каналари, уй хайвонларининг юнги ва эпидермиси ёстикларнинг пари, усимликларнинг чангги муҳим ахамият касб этади.

Атопик дерматитнинг ривожланиши ва унинг авж олишига энг куп сабаб буладиган ингаляцион аллергенлар уй чанги каналари (*Dermatophagoides pteronissinus* ва *farinae*) ҳамда уй хайвонлари эпидермиси хисобланади. Атопик дерматитнинг тананинг шу аллергенлар билан энг куп мулокот килиши мумкин булган кисмларида: юзда, буйинда, бошда ва кулларда ривожланиши айнан уша аллергенларга нисбатан сезувчанликнинг ошиб кетганлиги эхтимолини оширади. Бу аллергенлар купинча урта огирликдаги ва огир шаклдаги атопик дерматитларга олиб келади. Уйни аллерген л ардан тозалаш тадбирлари касалликнинг кечишига ижобий таъсир этади.

Усимликлар чангги, хусусан бошокликларнинг чангги ва атопик дерматит уртасида богликлик борлигини 1949 йилда Tuft L. намойиш килиб берган. Мавсумий атопик дерматитга чалинган беморларда усимлик чангги билан утказилган аллергик синамларнинг мусбат натижалари, баъзи беморларда аллергик дерматит симптомларининг дарахтлар гуллаши даврида авж олиши бу богликликни тасдиқлайди. Бундан ташкари бир кием беморларнинг конида усимлик чангларига нисбатан махсус IgE антителоларининг ва махсус аллергенли Т лимфоцитларнинг топилганлиги дерматит генезида усимликлар чанггининг ахамиятини таъкидлайди.

Бактериал ва замбуругли аллергенлар. Кейинги йилларда атопик дерматит патогенезида микроорганизмларнинг ахамияти кенг куламда урганилмокда. Микроорганизмлар атопик дерматит кечувига асоратлар чакирувчи омил сифатида, аллерген сифатида ва суперантигенлик хусусиятига эга токсинлар ишлаб чиқарувчи омил сифатида таъсир этиши маълум. Микроорганизмлар дан энг ахамиятли ва энг куп урганилгани олтинтусли стафилокок (*Staphylococcus aureus*) хисобланади. Атопик дерматитга чалинган беморлар терисининг шикастланган ва шикастланмаган кисмларида *S.aures* колониялари сони ортади. 10 та касалдан 9 тасида тери копламасининг 90 фоизи бу микроорганизмлар томонидан эгаллаб олинган булади. Соғлом одамлар терисида эса бу курсаткич 5 фоизни ташкил килади. Бундан ташкари, купчилик беморлар конининг зардобидида стафилококка карши махсус Ig E антителолар микдори баланд курсаткичларга эга булади. Лекин, шу билан бирга, атопик дерматит патогенезига энг ахамиятли таъсирни *S.aures* ишлаб чиқарадиган, суперантигенлик хусусиятига эга булган экзотоксинлар курсатади. Улар оддий аллергик механизмларни инкор этган холда Т

лимфоцитлар кайта такеимланишини рахбатлантириш йули билан иммунжавоб чакириш кобилиятига эга. Бунда улар кератиноцитларни ва антигенлик хусусиятини намоён килдирувчи хужайраларни фаоллаштириб, ёки узлари бевосита аллерген сифатида таъсир этиб махсус Ig E антителолар ишлаб чиқарилишини чакиради. Стафилококкларнинг экзотоксинлари CLA+T лимфоцитларининг апоптоз жараёнини камайтириб атопик дерматитдаги яллигланиш сурункали шаклга утиб кетишига сабаб булади. Бундан ташқари стафилококкларнинг суперантигенлари ноаллергик атопик дерматитда T лимфоцитларини фаоллаштириб яллигланиш цитокинларини ишлаб чиқарилишида ва терида яллигланиш жараёни ривожланишида иштирок этади. *Pityrosporum ovale* ёки *Pityrosporum orbiculares* номи билан ҳам аталадиган *Malassesia sympodialis* (*M.furfur*) номли липофил замбуруглар себореяли дерматитга чалинган беморларнинг терисига урнашиб олиб бош, юз, буйин ва тананинг юкори кисмида дерматит чакиради. Атопик дерматитга чалинган беморларнинг 49 фоизда юкоридаги замбуругларга нисбатан махсус IgE антителолар топилади. Бошка турдаги дерматофилардан *Candida albicans* атопик дерматитда энг куп учрайдиган замбуруглар хисобланади.

Асабийлашиш атопик дерматитнинг авж олишига сабаб буладиган мухим рухий омил хисобланади. Аксарият беморларда касалликнинг авж олиши асабийлашиш холатидан сунг кузатилади. Болаларда гипоталамус адреналин тизими охиригача ривожланиб улгурмаганлиги туфайли асабийлашиш вақтида уларда норадреналин ишлаб чиқарилиши ва шу тарика дерматитдаги тери яллигланиши белгиларини камайтирилиши етарли даражада булмайди. Окибатда рухий азият чекиш болалардаги атопик дерматит белгиларини кучлироқ авж олдиради. Урта огир ва огир турдаги атопик дерматитда беморларнинг тунги уйкуси бузилади ва кундуз кундаги фаолликлари салбий тарафга узгаради. Бу уз навбатида депрессия холатини чакиради..

Атопик дерматита бор беморлар терининг таъсирланиши билан борадиган хар кандай иш фаолияти (жумладан тез тез кулни ювиш, резина кулкопларини узок вақт такиб юриш, грим килиш) дан воз кечишлари ва асабийлашиш холатлари юз бериши мумкин булган вазиятлардан узларини олиб кочишлари керак.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ.

Атопик дерматит ривожланиши омиллари куп булган, асосида ирсий мойиллик ҳамда тери тускинлик фаолиятининг нукоони ётадиган касаллик. Тускинлик фаолияти бузулиши экзоаллергенларнинг тери орқали утиб иммунтизимни фаоллашишига олиб келади. Атопик дерматитга чалинган беморларнинг 80 фоизда тез турдаги аллергик реакция чакириб, реакция белгиларини терида намоён килувчи турли аллергенларга нисбатан махсус IgE антителолар микдорининг юкорилиги аниқланган. Аэроаллергенлар ингаляция усулида киради ёки тери орқали ҳам утиши мумкин. Теридаги Лангерганс эпидермал хужайралари тери иммунтизимининг таркибий кисмига киради. Улар тери орқали утган аллерген л арии тутиб қолиб Тери иммунтизимининг

аркибий кисмини ташкил килувчи эпидермал хужайралар кирган аллергенларни тутиб

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ ТАШХИСИЙ МЕЗОНЛАРИ.

1980 йилда Hanifin ва Rajica атопик дерматитнинг ташхисий мезонларини таклиф килишган. Бу мезонларга бир неча бор узгартиришлар киритилган ва тулдирилган. Америка Дерматологлар Академияси 2003 йилда атопик дерматитга багишланган конференцияда ташхис мезонларининг энг замонавий шаклини таклиф килди:

Атопик дерматитнинг клиник мезонлари (Eichenfield L.F., Hanifin J.M. et al, 2003)

А. Асосий мезонлар (доимий равишда булади)

1. Кичима

2. Экзема (уткир, уткир ости, сурункали)

а) Типик морфология ва ёш шикастланишнинг специфик паттерни

б) Сурункали ёки кайталанувчи кечуви

Шикастланишнинг махсус паттернлари (андозаси):

1). Гудакларда ва болаларда юз, буйин ва ёзилувчи юзаларни коплайди. 2). Букулувчи юзалар хар кандай ёшда шикастланиши мумкин. 3). Чов ва култикости сохаларининг шикастланишидан кочиш.

В. Мухим мезонлар (куп холатларда мавжуд булади, кушимча равишда ташхисни тасдиқлайди)

1. Касалликнинг эрта болалик даврда бошланиши

2. Атопия

а) Анамнезида булиши ва/ёки ирсий мойиллик

б) IgE сезувчанликнинг мавжудлиги

3. Ксероз (терининг куруклиги)

С. Ёшимча мезонлар (хос булмаган, лекин ташхисни тасдиқдашга кумакдош)

1. Томирлар таъсирчалигининг издан чикиши (юзнинг синикканлиги, ок дермографизм)

2. Терида ифодали фолликуляр суърат (keratosis pilaris/ кафт териси куринишидаги кучли узгариш/ихтиоз)

3. Кузда ва унинг атрофида (периорбитал) узгаришлар

4. Бошка махаллий узгаришлар (огиз атрофи/кулок атрофидага шикастланишлар)

5. Перифолликуляр акцентуация/лихенификация/пруриго

Бунда атопик дерматитнинг асосий 6 та белгиси:

1. эритема (гиперемия)

2. шиш/папула
3. экссудация/каткалок
4. эксфолиация
5. лихенификация
6. тери куруклиги асос килиб олинади.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ.

Атопик дерматитнинг клиник белгилари беморнинг ёшига ва касалликнинг даврига караб турли хил куринишда намоён булиши мумкин. Атопик дерматит аксарият холларда эрта болалик даврдан бошланади. Булади. Болаларда 3 ойлик давр касаллик бошланишининг илк даври хисобланади. Таъкидлаш жоизки, касаллик канча эрта бошланса, унинг кечиши шунча огир булади.

Кичима атопик дерматит намоён булишининг энг асосий белгиларидан бири хисобланади. Атопик дерматитнинг урта огир ва огир шаклларидаги кичима беморлар хаётининг сифатига салбий таъсир курсатади. Куп холларда беморлар теридаги тошмаларга эмас балки, кечки пайт ва айникеа тунда бошланиб авж оладган, чидаб булмайдиган даражада кучли кичимага шикоят киладилар. Шу билан бирга, атопик дерматитда кичима бесабаб, уз узидан бошланиши мумкинлигини хам эътироф этиш керак. атопик дерматитнинг тана буйлаб таркалиши ва тери жараёнларининг бошланиши механизми хисобланади. Кичиманинг патофизиологияси аник эмас. Замонавий изланишлар натижасига кура, бошка аллергик дерматозлар, хусусан эшак еми ва Квинке шишидан фаркли уларок, атопик дерматитдаги кичимада гистамин асосий медиатор хисобланмайди. Бу касалликда протеазалар, простагландинлар, нейропептидлар, кининлар, ацетилхолин ва цитокинлар кичима чакириши ёки гистамин ишлаб чикарилишини кучайтириши мумкин. Шу сабаб дан атопик дерматит кичимасида гистаминга карши дори воситалар эмас балки глюкокортикостероидлар, калциневрин ингибиторлари ва фототерапия самаралирок таъсир курсатади.

Экзема тери шикастланишининг турли тузилишли тошмалар билан намоён булувчи белгилари мажмуасидир. Атопик дерматитнинг уткир даврида эритема папула, везикула, инфилтрация ва шиш куринишида, сурункали даврида эса лихенификация куринишида булади. Атопик дерматит кичима чакирувчи тошма эмас, балки тошмага олиб келувчи кичима деган умумий фикр хакикатдан бир оз йирок, чунки енгил папулали тошмалар терининг атопик дерматитдаги бирламчи шикастланиши хисобланади. Шу билан бирга атопик дерматитда тери шикастланиши узига хос ва турлича булиши мумкин.

Ксероз (терининг куруклиги) атопик дерматитнинг кушимча мезони булсада, хамма беморларда кузатиладиган белги хисобланади. Терининг

куруклиги терининг нафакат шикастланган кисмларида , балки унинг бошка, соглом жойларида ҳам куринади.

Тери фолликуляр куринишининг кучайиши (keratosis pelaris) соч фолликулаларини кератинлашишидаги етишмовчилик натижасида юзага келади ва одам териси "товук тери" ёки кумкоғоз куринишга эга булиб қолади. Бу белги атопик дерматит билан оғриган беморларнинг тахминан 55 фоизда булади ва одатда кулларнинг ёзилувчи юзаларида, сонда, белнинг пастки кисмларида ҳамда юзда, купинча болаларда ва усмирларда кузатилади.

Атопик дерматитнинг куз ва куз атрофи (периорбитал) белгилари аллергик соялар, Денни Морган чизиклари, атопик кератоконъюнктивит, катаракта ҳамда кератоконус куринишларида намоён булиши мумкин. Аллергик соялар куз атрофида, куп холларда эса пастки ковокдарда куринади ва 60 фоиз холларда ҳамма атопик касалликлар, жумладан атопик дерматитда ҳам кузатилади.

Атопик дерматитнинг (даврий) белгилари.

Атопик дерматитда шикастланиш тарқалишининг ва морфологиясининг ёшга боғлиқ холдаги маълум хусусиятлари, бошкача айтганда махсус "андозавий" куринишга эга булган (махсус паттерн) даврий шакллари мавжуд. Ёшга боғлиқликда учта давр таффовут этилади: гудаклик даври (тугулишдан 2 ёшгача), болалик даври (2 ёшдан 12 13 ёшгача), усмирлик ва етуклик даври (12 ёшдан катта болалар ва катталар). Атопик дерматитнинг даврларга булиниши клиник жихатдан асосли булсада, шартли хисобланади. Чунки даврийлик, андоза ҳамма холатларга ҳам аниқ мое келавермайди, яъни бундай булинишда конуният мавжуд эмас.

I - даврда атопик дерматит купрок терининг кизариши, шиши, тез ривожланиб каткалоқларга айланувчи эксудатив шаклда намоён булади. Шикастланиш ёноклар, ияк, баъзан бошнинг сочли кисми, пешона ва энса сохаларини эгаллайди. Жараёнга кул ва оёқларнинг ёзилувчи юзалари ва белнинг пастки кисмлари жалб этилиши мумкин. Дастлаб чегарасиз шиш, эритема пайдо булади. Кейин тез ёрилиб сувланадиган папула ва везикула тошмалари чиқади. Одатда жараён симметрик булади ва кучли кичишиш билан давом этади.

II - даврда тери яллигланишининг эксудатив компоненти камрок ифодаланган куриниш олади ва олдинги уринга лихенификация чиқади. Бу холат яллигланишнинг сурункали куриниш олаётганига ишора қилади. Жараён тирсак - билак бугимининг юзаси, таким , кулокорти ва буйин, билак - кафт ва тупик бугимларининг букилувчи юзаларида намоён булади. Эритема, папула, эксориация, терининг калинлашиши ва унинг куринишининг кучайиши (лихенификация) , терининг ёрилиши, унда балик тангаси куринишли ва кипикданувчи казголарнинг пайдо булиши шу даврга хос белгилар хисобланади. Одатда бу даврда беморнинг юзи тоза булади, лекин,

урта огир ва айникеа, огир атопик дерматитда facies atohicus шаклланиши мумкин. Бунда беморнинг юзи оқиш ёки куқимтир туге олади, кузларининг остида тук рангли дойра ("чарчок, назар") пайдо булади, пастки ковокда бурмалар (Денни-Морган чизикчалари) хосил булади, лаблар ёрилади, атопик хейлит (лабни хадеб ялайвериш оқибатида) ривожланади.

III - даврга факат лихенификация хос. Лекин касаллик авж олганда намланувчи везикула ва папулалар пайдо булиши мумкин. Шикастланиш тананинг юкори кисмида: юз, бошнинг сочли кисми, буйин, кулларнинг хамма томоннида жойлашиш мумкин.

IV Ёшга боғлиқ булган даврий белгиларни жадвал шаклида келтирамиз:

АД нинг ёшга боғлиқ даврий белгилари

АД нинг белгилари	I-давр (гудаклик) тугулишдан 2 ёшгача	II-давр (болалик) 2 ёшдан 12 13 ёшгача	III-давр (усмирлик ва етуклик) 12 ёшдан катталар
Кичппни	+++	-/+	-
Тошмалар	эритема, папула, везикула	тургун эритема,папула, экскориация	урта огир ва огир шаклида сувли папула,везикула
Эксудация/лихенификация	++/-	-/++	-/+
Сурункали шакл олиши	-	++	++
Терининг ёрилиши	-	++	-
	-	+++	-
Шикастланиш сохалари	яноклар,ияк, бошнинг сочли кисми,пешона,энса сохаси	тирсак билак бугими, takim,билак кафт бугимилупик	тананинг юкори кисмида
Facies atopicus	шаклланмайди	шаклланади	шаклланиши мумкин

Атопик дерматитнинг кечиши.

Атопик дерматит сурункали, такрорланиб туришга мойил булган холда, баъзан авж олиб кечиши, баъзан эса сабабсиз, уз узидан тинчиб колиши билан ифодаланади. Баъзи холларда атопик дерматитнинг киска муддатли шакллари хам учрайди. Болаларнинг ёнокларидаги чегарали уткир тошмалар ва таркок

экзематоз тошмалар одатда из колдирмай ортга кайтиб кетади. Тахминан болалар 2 ёшга кирганларида ёки 5 ёшга етгунларигача булган даврда согайиб кетадилар. Колганларида эса касаллик узок вақт, такрорланиб туришга мойил равишда кечади. Шу билан бирга, кун холларда атопик дерматит энгил шаклда кечади ва осон даволанади. Бола атопик дерматитга хаётининг 1 йилида чалинса, унинг даволаниши шунча энгил булади деган тахмин мавжуд булсада, касаллик канча эрта бошланса унинг кечиши шунча огир булади ва у персистик шаклга утишга мойил булади деган умумий фикр сакланиб колган. Атопик дерматит наслдан наслга берилиш хусусиятига эга ва куп холларда унга бошка аллергик касалликлар, жумладан бронхиал астма, овкат аллергияси, аллергик ринит, терининг такрорланиб турувчи инфекциялари хамрох булиши мумкин.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ АСОРАТЛАРИ.

1. Эритродермия.
2. Иккиламчи инфекциялар: бактериал, замбуругли ва вирусли инфекцияларнинг кушилиши. «
3. Кузда намоён буладиган асоратлар.
4. Рухий холат асоратлари.
5. Болаларнинг усишида руй берадиган асоратлар.

Эритродермия атопик дерматитнинг энг огир асоратларидан бири хисобланади. У бемор тери копламаси умумий майдонининг эритема, эксудацияли инфилтрация, лихенификация ва кипикланиш куринишида борадиган шикастланиши куринишида намоён булади. Шикастланиш захарланишнинг умумий белгилари: тана хароратининг кутарилши, эт ивишиши, лимфоаденопатия, кон формуласининг узгариши билан боради. Бундай холат жуда огир булиб, баъзан беморнинг улими билан яқунланиши мумкин. Эритродермия атопик дерматитнинг огир ёки муқим булмаган шакларида ривожланиши мумкин. Эритродермия ривожланган бемор гидротацион муолажа, тана хароратини назорат килиб туришга йуналтирилган даво чоралари, глюкокортикостероид ва бактерияга карши даво воситаларини куллаш учун зудлик билан шифохонага олиб борилиши керак.

Атопик дерматит купинча и к кил а мчи инфекциялар: бактериялар, замбуруглар ва вирусларнинг кушилиши куринишида асоратлар беради. Бактериялардан стафилакокклар ва стерптококклар тегишличи стафилодермия ва стерптодермия чакириши хамда импететиго, фолликулитлар, фурункуллар куринишида намоён булиши мумкин. Буларнинг натижасида баъзан септицемия ривожланиши мумкин. Болаларда атопик дерматитнинг инфекцияли асоратлари жуда тез вужудга келиш хусусиятига эга. Замбуруглар хам атопик дерматитни асоратли кечишига сабаб булиши мумкин. Замбуругларнинг кушилиши натижасида атопик дерматитнинг авж олиши тез тез намоён булади, терининг эксудатив жараёнлари даври чузилади.

Могорсимон замбуруглар (*Candida albicans*) ва могор замбуруглари атопик дерматитда энг куп асорат берадиган замбуруглар жумласига киради. Терининг шикастланиши аник чегаравий куриниш олади, яраларнинг атрофлари бир оз кутарилиб қолади, баъзан шикастланиш ерларида уйилишлар кузга ташланади, шикастланиш кулок орти бурмасида, чов сон бурмасида, жинсий аъзолар атрофида ва бармоқлар ҳамда оёк панжалари ораллигида жойлашиши мумкин. Замбуругли асоратлар натижасида шикастланган сохалардан узига хос бадбуй хид келади. Болаларда атопик дерматитнинг замбуругли асоратлари шиллик каватлар (огиз бушлиги, ичак ва аногенитал сохалар)нинг замбуругли шикастланиши билан ҳамкор равишда кечиши мумкин. Вируслар атопик дерматитда огир кечадиган асоратларга сабаб булиши мумкин. Энг куп учрайдиган вируслардан учук вируси (*Herpes simplex*), сугал вируси ҳамда контагиоз моллюск вирусларини келтириш мумкин. Булар атопик дерматитдаги тери яллигланиши жараёнларини авж олишига олиб келади. Учук виру ели инфекция атопик дерматитда огир кечиши, тананинг ҳамма сохаларига таркаб кетиши ва Капоши учукли экземасига сабаб булиши мумкин. Клиник жихатдан гурухланган сувли пуфакчалар куринишида кечади ва одатда беморнинг юзида намоён булади. Сугалли вирус купинча 5 ёшдан катта болаларда ривожланиши мумкин.

Куздаги асоратлар кератоконус ва катаракта куринишида намоён булади. Кератоконус куз соккаси шаклининг бузилиши булиб, огир кечадиган атопик дерматитда ривожланади. У куз шох пардасининг дегенратив узгариши ва сусайиши натижасида шаклланади ва куриш кобилиятининг пасайишиги олиб келади..

Атопик дерматитдаги азобли кичима, уйкунинг бузилиши ва ташки куринишдаги узгаришлар беморларнинг ва айникеа болаларнинг рухий холатига салбий таъсир курсатади. Уларда хаддан ташкари уятчанлик, журъатсизлик ва одамовулик шаклланиб боради. Бундай беморлар доимий рухий далдага, баъзан эса рухшунос мутахассис ёрдамига мухтож буладилар.

Атопик дерматитнинг огир кечувли шакли билан огриган болаларнинг баъзилари усишдан ортда қоладилар. Бунга биринчи сабаб бевосита атопик дерматитнинг узи булса, иккинчи сабаб даволаш мақсадида хаддан зиёд куп кулланиладиган тизимли глюкокортикостероидлар булиши мумкин.

КИЁСИЙ ТАШХИСИ.

Атопик дерматитнинг клиник белгилари узига хос белгилар мажмуасидан иборат булса, тери жараёнларининг жойлашиш урни ёшга мое равишда намоён булса касалликни ташхиси кийинчиликлар тугдирмайди. Лекин баъзан атопик дерматитни тери яллигланиши билан борадиган бошка касалликлардан фарклаш зарурияти мавжуд булади. Гудаклик даврида ривожланган атопик дерматитни **себореяли дерматитдан** фарклаш керак. Дерматитнинг иккала шаклида ҳам касалликнинг тери белгилари бошни, унинг сочли қисмини шикастлайди. Лекин атопик дерматитдан фарқди уларок себореяли

дерматитда бошдаги тошмалар ёгли, сарик рангли яралардан иборат булади, кучли кичишиш ва ксероз кузатилмайди.

Қўтир касаллигида беморни каттик кичима безовта килади, касаллик болаларда ҳам катталарда ҳам учраши мумкин. Шу билан бирга, кутир юкумли касалликлар сирасига кирганлиги сабабли, бир вақтнинг узида у оиланинг бошқа аъзоларида ҳам кузатилиши мумкин. Тошмалар асосан кул ва оёқларда жойлашади, атопик дерматитдан фаркли равишда, юз терисини шикастламайди, ва унда ксероз кузатилмайди.

Атопик дерматитда махсус алергологик текширув.

Терида алергик синамалар утказиш, алергенлар воситасида сунъий равишда касаллик чакириш (провокацион синама) учун синамалар утказиш ҳамда лаборатор услубда махсус алергенли IgE-антителолар мавжудлигини аниклаш киради. Атопик дерматитнинг урта огир ва огир турларига чалинган болаларнинг учдан бир қисмида овкат алергенларига нисбатан сезувчанлик баланд булади ва бу сезувчанлик билан атопик дерматит орасида бевосита боғлиқлик кузатилади. Бундай беморларда қайси махсулотларга нисбатан сезувчанлик мавжудлигини аниклаш ва шунга биноан элиминация тадбирларини куллаш атопик дерматитдаги тери белгиларини кескин камайишига ёрдам беради. Овкат алергенларига нисбатан сезувчанлик ошиб кетганлигини аниклаш учун овкат алергенлари билан тери синамалари ва провокацион синамалар утказилади. Овкат махсулотларига нисбатан сезувчанликнинг ошиб кетиши одатда гудакларда ҳамда кичик ёшдаги болаларда кузатилади. Катта ёшли болалар ва катталарда сезувчанлик асосан ингалацион алергенларга нисбатан ривожланади ва уларда алергия факат атопик дерматит курунишида эмас балки респиратор белгилар билан ҳам намоён булиши мумкин. Ингалацион алергенларга сезувчанликнинг ошиб кетганлигини шу турдаги алергенлар воситасида терида алергик синамалар утказиш, ва агар респиратор белгилар ҳам кузатилса, заруриятга қараб, провокацион синамалар утказиш билан аникланилади. Атопик дерматитда ҳамма синамалар касалликнинг ремиссия даврида, тери синамалари эса терининг шикастланмаган сохаларида утказилиши керак булади.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ.

Даволашнинг умумий тадбирлари: махсус алергологик синамалар натижасида аниқланган алергенларга нисбатан элиминация тадбирлар махсус булмаган иритантлардан муҳофазаланиш терини намлашга ва уни юмшатишга йуналтирилган чоралар катта ёшли беморларга ва атопик дерматитга чалинган болаларнинг ота оналарига парвариш усулларини ургатиш. Овкат алергенлари туфайли ривожланган атопик дерматит ва овкат махсулотларига сезувчанлиги ошиб кетган, лекин асосида алергик жараёнлар ётмайдиган алергик дерматитда махсус элиминацион пархез буюриш мақсадга мувофиқ

булади. Бу пархезда бемор факат узвда касалликнинг белгилари авж олиб кетишига сабаб буладиган махсулотларни истеъмол қилишдан сакланади. Атопик дерматитга бевосита алоқаси йук булган овқатлардан узок вақт сакланиб юриш, бошқача айтганда, махсус булмаган пархез беморда витаминлар ва минераллар танқислигини келтириб чиқариши ва тегишлича, даво самарасини пасайтириши мумкин. Гипоаллерген пархез касаллик «авж олган даврда

буюрилади, бошқа вақтларда уни кенгайтириш керак булади. Беморлар гистаминга бой махсулотларни ёки гистамин ишлаб чиқарилишини рахбатлантирадиган махсулотларни, иссик ва аччик таомларни истеъмол қилмасликлари лозим. Баъзи махсулотларни, масалан бета керотинга бой булган сабзи шарбати, асосий ёғ кислоталари тутадиган махсулотларни (қора смородина уругининг ёғи, ласос балигининг мойи) истеъмол қилиб туриш тавсия қилинади. Денгиз сув утлари йод ва бошқа минералларга бойлиги билан фойдали ҳисобланади. В гуруҳи витаминлари, айниқеа В6 ва В5, А витамини, Е ҳамда С витамин лари атопик дерматитда фойдали.

Уй чангги каналарига нисбатан сезувчанлиги ошиб кетиши натижасида ривожланган атопик дерматит ва респиратор белгилар билан ҳамкорликда кечаётган атопик дерматитда элиминация тадбирлари каналарни йукотишга қаратилган булиши керак. Бунинг аҳамияти қатта, чунки беморда кейинчалик респиратор аллергия, хусусан бронхиал астма ривожланишини олдини олади.

Атопик дерматитда тери парвариши тадбирлари Терлашга сабаб буладиган жисмоний меҳнат ва машқлар билан шугулланмаслик. Каттик ва юнгли матолардан тикилган кийимлар киймаслик. Ётоқхоналарни совуқроқ ушлаш (20 С даражадан баланд эмас).

Кийимларни ва ётоқ анжомларини ювишда ферментли қушимчалар тутадиган ювиш воситаларидан фойдаланмаслик.

Ювиниш вақтида каттик ва дагал мочалқалар билан ишқаланмаслик. Ванна ёки душ қабул қилишда сувни иситиб юбормаслик.

Болалардаги аллергия касалликларнинг турлари ва давоси.

Экссудатив диатез. бу касалликда тери ва шилли парда жуда тасирчан болиб олади, шу сабабли организмнинг инфекцияга аршилик қорсатиш қучи сусаяди. Бола аллергияга мойил бўлса, экссудатив диатезнинг белгилари бола туилгандан кейин биринчи афталаридаё пайдо болади. Бу белгилар бола 2-3 ойлик бўлганда рўйирост юзага чиади. 5-бойликдан бошлаб зўраяди, 3-5 ёшда йўола бошлайди. Экссудатив диатезнинг клиник белгилари юзага сизан ватдан бошлаб ўтказиладиган лабаратория текширувлари бола организмда ката ўзгаришлар борлигини кўрсатади. моддалар алмашинуви протсессии, шу жумладан, аввало туз сув алмашинуви издан чиади. Экссудатив диатези бор болаларнинг вазни нормада бўлмайди. Экссудатив диатез билан ориган болаларда ёнинг сингиши секинлашади. онда ё моддалари 250-300% мг ўрнига 450-600 мг% йетади. Натижада капиллярларда он арақати анча секинлашиши

мумкин. Шунинг учун ам кейинг ватлаарда эксудатив диатез аллергис олатдир, деган фикр илгари сурилмода. айтдан ам кўпчилик болалардаги аллергис касалликлар (эсзема, бронхиал астма ва бошалар)нинг юзага келишида эксудатив диатез малум рол ўйнайди.

Эксудатив диатез белгиларида гап кетганда энг аввало бола терисида рўй берадиган ўзгаришларга аамият бериш керак. Боланинг териси ва шилли аватлари оимтир бўлади. Бола вазни нормадан орти бўлади, бази бир болаларда бунинг акси ам бўлиши мумкин.

Бола туьгилгандан сўнг биринчи афтадаё тизза бўими ва ошлари устида саримтир рангли доллар (мейергофер долари) пайдо бўлади. Болага анча яши аршмасин, барибир унинг ўлтида, чотида бўйнида ва улолар орасидаги тери сувчираб туради.

Бола 1.5-2 ойлик бўлгандан бошлаб, лунжи кепакланиб изаради. ошлари устида, бош лиилдоИ (бош тепа) атрофида ёли асмо пайдо бўлади.

Эксудатив диатез билан ориган болалар тез тез шамоллайди. Бундай болалар зотилжам билан ориб олса касалик оир кечиб узо давом етиши мумкин. Меда ичаклардаги ўзгаришлар тез тез ич кетишига, бази оларда еса абзиятга олиб келади.

Эксудатив диатезнинг олдини олиш ва даволашда аввало боланинг оватланиш режимига аамият бериш керак. Болага адеб бир ил оват бераверилса у ёмон ўсади, болани кўкракдан беват ажратиш ёмон барват ажратмаслик керак. Хеч андай оват она сути ўрнини боса олмайди. Болани вати-беват, пала-партиш, жуда тўйдириб емизиш ярамайди. 2-3 ёшга йетмаган болаларга кучли аллергенлик усусиятига ега бўлган оват (тухум, асал, шоколад, какао) бермаган маул, чунки улар диатезни зўрайтириб юбориши мумкин. Бола бир ёшдан ошгач ўсимлик мойи ўшиб тайёрланган оватларни бериш тавсия илинади.

Булардан ташари болаг бериладиган оватлар витамин А, К, В2, В6, С ва П га бой бўлиши керак.

Бола терисининг бичилган жойларига кун ора содали ва маргансовкали ванна илиб туриши керак.

Бунда ўсимлик мойи, болалар кремидан суртиш керак. Болаларда ичишиш пайдо бўлса албатта уни врачга олиб боориш керек.

БОЛАЛАРДА ТЕРИНИГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Болаларда тери аллергик касалликларининг пайдо бўлиши жуда мураккаб ва бир-бирига ўхшамайди. Умуман болаларда строфулулс, эсзема каби касалликлар катталарга араганда кўп учрайди. Кўкрак ёшидаги болалар терисида пайдо бўладиган аллергик просессларнинг юзага келишида аксари (тухум, сут, картошка, жўхори, бали, кофе, апелсин ва бошалар) нинг аллерген бўлиши сабаб бо;лади. Сидир сутига сезгирлик суньий оватлантириладиган болаларда емадиган болаларга нисбатан кўпро бўлади.

экзема терида пуфакчалар хосил бўлиши, терининг яллиланиши, терининг уриб олиши, ора-ўтир ва катта-кичик пўст пайдо бўлиши билан кечадиган касалликдир. Кўпинча сурункали давом етиб, тез-тез айталаниб туради. Болалардаги экземанинг келиб чиқиш сабалари тули туғман. Экзема кўпинча экссудатив диатез билан ориб турадиган, омсемиз, ичи отадиган ёки ичи тез-тез бузилиб турадиган болаларда учрайди. Аксари чилласи чимаган чаалода ам учрайди ва у “чилла яра” деб аталади. Касаллик белгиларига кўра а) чин экзема б) дерматитли экзема в) микробли экземмага бўлинади

Чин экзема бола уч-тўрт ойлик бўлганда бошланиб, болаликнинг амма даврида давом етиши мумкин. Бу илдаги экзема кўкрак ёшидаги болаларда уларнинг юзидан бошланади, юз териси сувчираб туради амда ора-ўтир хосил илади Чин экзема баданнинг амма исмига тез орада таралиб кетиши мумкин.

Белгилари. Боланинг лунжи ва пешонаси изаради, шишади, кейинчалик у йерда пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ўз-ўзидан ёрилиб, сувчирайди. Тери ичиб, болага анча азоб беради.

экзема юздан бошланиб бошга, уло орасига. Тирсак ва тиззага тез таралиб кетади. Кейинчалик терининг ўткир яллиланиши тўтайди. Бунда тери оариб, ора-ўтир пайдо бўлади ва кепакланади. Лекин бу олат узо давим етмасдан касалликнинг янги уружи бошланади. Бола безовталаниб тез-тез ашиниши натижасида терида йирингли яралар осил бўлиши мумкин.

Чин экзема катта ёшдаги болаларда кўпинча ўл оёлардан бошланади.

Дерматитли экзема аллерген бола терисига айта таъсир етганда пайдо бўлади. Касалликнинг лелтириб чиарувчи аллергенларга кимёвий моддалар, ўсимлик ёлари, аёлларнинг пардоз буюмлари, дори-дармонлар, ар ил бўёлар, совун ва синтетик моддалар киради. Терининг жароатланиши, шилиниши ам дерматитли экземанинг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Дерматитли экземанинг белгилари чин экземаникига ўшаб кетади, лекин яра тошадиган жой касалликни келтириб чиарувчи аллергенни терининг айерига тушишига боли бўлади.

Микробли экземанинг келиб чиқишига стафилококк, стрептококк бактериялар амда касаллик пайдо илувчи замбурулар сабаб бўлади. Тўла, омсемиз болаларда терининг бичилган жойларига микроб тушиб экземани келтириб чиариши мумкин. Терининг жароатланган жойларидан йиринг ажралади, булар баданнинг турли исмларида параллел жойлашиб, кейинчалик бир-бирига ўшилиб, баданнинг кўп жойига таралиб кетади.

экземани даволашда боланинг онасидан тўли маълумот йииб, беморни текширилади амда унга кучли аллергенлик усусиятига ега оватларни берилмайди.

Касалликни даволашда антигистамин дорилар ўлланилади. Микробли экземада еса микробларнинг тури ва андай антибиотикка сезгирлигини анилаб, антибиотиклар ва сулфаниламидлар ўлланилади.

эшакем терига, баъзан шилли пардаларга тошади. Эшакем организмга аллерген тушгандан кейин 15-20 минут ичида тоша бошлайди.

Тошма терининг турли жойларига тошиши мумкин. Тери олдин ичишади, кейин майда-майда изил доллар тошади. Бу изил доллар шишиб бўртиб чиади. Улар бир-бирига ўшилиб йелкага, белга, думбага ёйилади.

эшакем меъда-ичак йўлларига тошса, касаллик усиш ва ич кетиш билан ўтади.

эшакемнинг кўринишларидан бири бўлган Квинке шиши (ангионевротик шиш) да ам касаллик белгилари аллерген таъсаир кўрсаткандан кейин иса ват ичида пайдо бўлади ва ривожланади. Бунда одамнинг юзи (лаблари, тили ва чаккалари) шишиб кетади. Бу аломатлар 2-3 кунда йўолиб, яна айталаши мумкин. Эшакемни даволаш учун касалликга сабаб бўлган аллергенни топиш ва шунга араб беморга терига суртиладиган, ичиладиган дори-дармонлар тайинлаш лозим.

Невродермит. Бу касаллик болаларда терининг боша акасалликлари билан кечади. Невродермитда тери чидаб бўлмайдиган даражада ичийди. Бунда беморнинг асаби жуда бузилади.

Невродермитда одатда тирсак, тиззанинг ора томони, бўйин ва юз зарарланади. Касалликни даволашда болага ширин муомалада бўлиш, кун тартибини тўри таскил илиш, йетарлича улаш, тоза авода бўлиш, бадан тарбия билан шуулланиш катта аамиятга ега.

Строфулус 1-7 ёшли болаларда учрайдиган тугунчали тери тошмаси бўлиб, унинг келиб чишига кўпинча кучли аллергенлик усусиятига ега бўлган оватар: тухум, шоколад ва боша ширинликлар сабаб бўлади.

Теридаги тошмалар бўртиб чиади ёки тугунча-тугунса бўлиб, катталиги нўхотдек хатто 2-3 тийинлик чаадек бўлиши мумкин. Бу тошмалар сувсиз ёки сувли бўлиши мумкин. Тошмалар тирсак ва тиззага, оё-ўл кафтига тошади. тошма болаларга ётишидан олдин ёки кечаси тошиб, атти ичиб азоб беради.

ТАБИЙ ОМИЛЛАР ВА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК МУОЛАЖАЛАР.

Санаторийда беморнинг овкатланиши, хлаши, дам олиши, муолажалар кабул килиши аник белгиланади. Санаторий режимига катъий риоя килиши натижасида организмнинг химоя кучлари фаоллашиб, бемор тезрок согаяди.

Болаларнинг умумий ахволини касалликнинг турини, кушимча касалликлари бор-йуклигини хисобга олган холда чиниктирвчи, тонусини оширувчи, огир ботмайдиган режим белгиланади.

Чиниктирувчи ва тонуси оширвчи, огир булмайдиган режим белгиланади. Чиниктирвчи ва тонусини оширувчи режимда минерал сув ванналари, илик молажалари, фискултура билан даволаш, спорт йинлари, экскурсиялар, чумилиш ва бошкалар бюрилади.

Бемор врач буюрган муолажаларни вактида кабл килиши, даволаш гимнастикаси билан шугулланиш, даволаш тартибига риоя килиши зарур. Беморни вактида ухлаб вахтида дам олиши мухим.

Пархез хар бир беморга ахволига караб буюрилади.

Экзема ва нейродермит билан огриган болалар ширинликлар, асал, шоколад, какао, мол ёги, тузланган ва консерваланган сабзавотлар, лимон,

апельсин, мандарин, кулупнай, урик, шафтоли, тузланган балик истемол килинмаслик керак.

Иклим билан даволаш беморни курортда комплекс даволашнинг ажралмас кисмидир. Куёш нури, йил фасилларининг алмашилиши, хаво харорати, харакати, намлиги, физик-химявий таркиби, хаво босими, ёгин сочинлар, туғман тушиши, булут, жойнинг географик рельефи, симликлар дунёси, сув хавзалри иклим омиллари хисобланади. Иклим омиллари инсон организмга турлича тасир килади, ташки мхит тасирига булган чидамлиликни оширади, организмни чиниктиради.

Аэротерапия деб организмга ёруглик ва хавонинг комплекс тасир этишига йтилди. Бу муолажа организмнинг химоя ва ташки шароитга мослашиш хусусиятини активлаштириб, чидмлиликни оширади. Терида иссиклик алмашинувини ва кон айланишини яхшилйди.

Аэротерапия муолажалрига куйидгилар киради: тоза хавода сайр килиш; айвонда, хаво яхши булганда эса очик жойда хаво ваннаси кабул килиш.

Беморнинг мумий ахволига, касалликнинг турига, огир-енгиллигига караб илик (23°C дан юкори), муътадил (21-22°C), салкин (17-20°C), уртача совукликдаги (13-16°C) хаво ванналари бюрилади. Хаво ваннасини 10-15 минутдан бошлаб, кейинчалик хар гал 3-5 минутдан кушиб борилди. Аммо хаво ваннаси мддатини 2-3 соатдан ошириб юбормаслик керак. Хаво ваннасидан кейин душда ювиниш ёки хул сочик билан баданни артиш тавсия килинади.

Куёш нурлари билан даволаш (гелиотерапия) тери касалликларини даволашда катта ахамиятга эга. Куёш нурлри биологик актив кисми ультрабинафша нурлар булиб, яни кон ва нерв системси оркали таъсир этади. Беморнинг умумий холатинива тери касаллигини кечишини хисобга олган холда ультрабинафша нурлари турли дозаларда буюрилди. Фотодерматоз, пеллагра, ёзда кузийдиган псориаз касалликларида гелиотерапия куллаш мумкин эмас.

Агар касаллик терининг маълум бир жойида булиб, сурункали ва киш пайтида кузийдиган (масалан, псориазнинг рбилф кузийдиган тури) булса, гелиотерапиянинг нафи кпрок блади. Куёш нуридан меъеридан ортикча фойдланиш организмга салбий таъсир этиши мумкин.

Офтобда тобланишда бемор доимо врач назорти остид булиши керак. Беморнинг умумий ахволи ёмонлашса, уйкуси бузилса, терида бирон-бир фнкционал узгаришлар пайдо булиб, касллик кузгалса, конд салбий узгриш булиб, эритроитларнинг чукиш (СОЭ) тезлашса офтобда тобланиш дархол тухтатилади. Уч ёшгача булган боллар салкинда (таркок куёш нурлрида), 7 ёшгача булган болалар эхтиётловчи режимда куёш ваннасини тулалигича очик хавод кабл килдилар.

Ультрабинафша нурлар хам тери касалликларини даволашда энг куп кулланадиган физиотерапевтик молажалардан бири хисобланади. Ультрабинафша нурлар бемор организмга яаллигланишга карши, огрик колдирувчи, сенсбилловчи, яъни ута сезгирликни камайтирувчи ,

бактериологик, тетиклаштирувчи таъсир курсатиб, моддалар алмашинувини яхшилади ва организмни энергия балансини нормлаштиради. Беморни ультрабинфша нурлари билан даволашдан олдин биодоза аникланади. Терида бир текис кизариш пайдо булишига сарф булган вақт 1 биодоза дейилиб, ундан озроги *субэритема* доза дкйилади. 1 дан 4 гачаси эритем, 5 биодоз ва ундан юкориси гиперэритем доза деб аталади.

Зарарланган тукумаларнинг кайта тикланиши учун субэритем биодоза, уткир яллигланиш жараёнида гиперэритем, бошка сурункали тери касалликларини даволашда уртача эритем доза буюрилади. Одатдаги даволаш усулида белгиланган биодозага кунора ёки хар куни 0,25 ёки 0,5 биодозадан кушиб борилади ва терининг маълум сохасига хаммаси булиб 5-6 мартагача ультрабинфша нурлар берилади.

Кейинги йилларда псориазни даволашда янги-фотохимотерапия усули муваффақиятли кулланилмокда. Бу усулда беморга 0,6 мг/кг микдорда (вазнига караб) пувален берилади, снгра «Пива-22» аппаратида 320-390 мм узун тулкинли ультрабинафша нурлар кулланилади.

Упка сили булган, рак билан огриган, теросклероз, юрак фаолияти етишмовчилиги, гипертириоз, ута тасирчанлик, буйрк фаолияти етишмовчилиги билан огриган беморларни ультрабинафша нурлар билан даволаш мумкин эмас.

Куйида тери касалликларини даволашда нисбатан кенг кулланиладиган физиотерапевтик усуллар хакида кискача тухталиб утамиз.

Гальваник ток ёки электрофорез усулида дори юборишда организмга кучсиз доимий ток тасир эттирилади, натижада кон, лимфа айланиши, тукумаларда моддалар алмашинуви, озикланиш ва тикланиш жараёнлари яхшиланади, огриклар йуколади. Тери касаллиги бор беморнинг нерв системси фаолиятида хам салбий узгаришлар булганда буйин сохсини гльваник ток билан даволаш (гальваник ёка усули) яхши натижа беради.

Электрофорез усулида гальваник ток ёрдамида организмга дори юбориш усули анча афзалликларга эга. Юборилган дори ионларига тери остига йигилиб, «тери ости депоси» ни хосил килади ва уч хафта давомида организмга аста-секин сурилиб, шифобахш тасир этади. Экзема ва нейродермит касаллигида терининг маълум кисмида тошган тошмалар каттик кичиб азоб берганда махаллий электрофорез усули билн 2% ли димедрол, новокаин ёки кальций хлорид эритмаси юбориш яхши натижа беради, бадан кичишиши тезда тухтайди, тошмалар сурила бошлайди. Бу муолажаларни болаларга хар куни ёки кунора минерл ванналар билан алмашлаб брилади. Муолажа муддати 15-20 мин, даво курси 8-12 муолажадан иборат. Даво курсини 2-6 ойдан кейин яна такрорлаш мумкин.

Уткир йирингли яллигланиш касалликларида, рак олди касалликларига гумон килинган беморларга, уткир таркок тери касалликларида, ички азолардан кон кетишига мойиллик булганда, юрак фаолияти суст, бемор хаддан ташкари озгин булганда гальваник ток ёки юборилган доринини кутара олмаган холларда электрофорез усулини куллаб булмаиди.

Диадинамик ток терининг ташки рецепторлрига ва мускул-нерв аппртига кузгатувчи таъсир этади. Натижада ток тасир килаган сохада кон айланиш кучаяди, тукималарнинг озикланиши яхшиланади, яллигланиш, огрик, ачишиш тез йуколади.

Электр уйку. Импульс даври ва амплитудаси ута паст булган кучсиз ток организмга бир маромда таъсир этади. Бундай ток бош мия ярим шарлари пуствлогигади тормозланиш жараёнини кучайтирди ва уйку келтиради.

Одатда экземаси ва нейродермити бор болаларда нерв системасидаги кузгалиш жараёни суст булиб, ута таъсирчанлик, жиззакилик, жахилдорлик, уйкусизлик кузатилди. Бу муолжа беморлар нерв системасига тинчлантирувчи таъсир этади, бош миянинг биоэлектрик активлигини нормаллаштиради, натижада кичишиш камайиб, бемор узини яхши сезади, уйкуси яхшиланади, теридаги тошмалар эрта сурила бошлайди. Муолажа хар куни ёки кун ора 30-60 мин дан берилади, бир дво курси 10-15 сеанс.

Кон айланишнинг бузилиши билан кечаётган бош мия склерозида, юрак тож томир склерозида, гипертония касаллигид, кузнинг конъюктивит, ирит , катаракта касалликларида, кулокнинг сурункали касалликларида, кулокнинг сурункали йиринглаш (отит) касаллигида, юзда тери касаллиги булганда электр уйку ва диадинамик ток билан дволаш мумкин эмас.

«Амплипульс» аппарати ёрдамида даволашда урта частотали синусоидал модуллашган узгарувчан токдан фойдаланилади. Бляшкасимон склеродермия, псориаз, артрит касалликларида зрарланган тери юзасига шифобахш балчик куйиб, сунг «Амплипульс» аппаратининг электроди оркали ток тъсир эттирилса, яхши натижаларга эришиш мумкин. Юкори частотали в кучланишли ток билан даволашнинг куйидаги усуллари тери ксалликларини даволашда кенг кулланилади.

Дарсонвализация усулидан кучсиз импульсли (бир неча миллиампер), бирок юкори частотали ва кучланишли (унг минг вольт) ток томирлар торайиши, кон айланишнинг бузилиши, тукималар йомон озикланиши билин кечадиган сурункали тери касалликларини даволашда куллаланиши мумкин. Муолажа пайтида хосил булган импульслар марказий нерв системасига таъсир килади, кайтган жавоб импульслри эса кон томирлар деворидаги силлик мускул толаларини бушаштириб, томирларни кенгайтиради, натижада тукималарда кон айланиши яхшиланиб, озикланиш кучаяди, огрик йуколади. Муолажа давомийлиги 3-10 мин, бир даво курси 5 тадан 15 тагача муолажадан иборат.

Магнитотерапия усулида беморларни даволашда паст, юкори, ультраюкори узгарувчан магнит майдондан фойдланилади. Паст частотали узгарувчан магнит майдони организмда моддалар алмашинувини кучайтиради, кон айланиши ва тукималарнинг озикланишини яхшилади, тинчлантирувчи ваогрик колдирувчи тасир курсатади.

А. Б. Брайцев ва бошкалар (1974) «Полус-1» аппарати оркали паст частотали узгарувчан магнит майдондан фойдаланиб, экзема, нейродермит ва бошка турли тери касалликларини муваффакиятли даволаганлар.

Авторларнинг кузатишича, даволанган беморларнинг уйкуси ва кайфияти яхшиланган, бадан териси кичишиши камайган.

Юкори частотали узгарувчан магнит майдонида индуктотермия дейилади. Индуктор электрод атрофида пайдо булган айланма тоқлар туқималар ичида иссиқлик хосил қилади, нерв тоқларининг салбий таъсирловчиларига нисбатан сезгирлигини камайтиради.

Ультраюкори частотали (УВЧ) индуктотермия – яллиғланишга қарши, оғриқ қолдирувчи таъсир курсатади, бактерияларнинг ривожланишини тухтатади, организмнинг сенсibiliзация ҳолатини камайтириб, иммунитетини оширади ҳамда лейкоцитларнинг микроб ютувчанлик (фагоцитоз) активлигини қучайтиради. УВЧ асосан терининг уткир яллиғланиш ва йирингли қасаллиқларида қулланилади.

Микротуқинлар билан даволаш ҳам яллиғланишга қарши таъсир қилиб, туқималарда қон айланишни яхшилади, натижада ҳужайраларнинг қислород билан таъминланиши, моддалар алмашинуви яхшиланади. Организмнинг ташиқи муҳитга мослашуви ва муҳофаз қобилияти активлашади, қон томирларнинг шартли ва шартсиз таъсирловчиларга нисбатан салбий реакцияси қамаяди.

Микротуқинлар билан қузида қасаллиқи бор беморларни даволаш мумкин эмас.

Ультратовуш ёки вибротерпия туқима ва ҳужайраларни микромасаж қилади. Ультратовуш яллиғланишга қарши, сенсibiliзацияни камайтирувчи, оғриқ қолдирувчи таъсир этиб, вегетатив реакцияларни, буйрак усти беши фаолиятини яхшилади. Натижада организмда фосфор ва ёғ алмашинуви нормаллашиб, теридаги шишлар сурилади, организм қераксиз моддалардан тозаланади.

Лазер нурлари билан даволаш физиотерпияда янги преспектив усул булиб, тери қасаллиқларини даволашда синаб қурилмоқда.

Инғалция усули сурункали тери қасаллиқларини даволашда организмга дори юбориш мақсадида ва тонзилит, гайморит фарингит қаби қушимча қасаллиқларни даволаш учун қурортология ва дерматологияд қенг қулланилмоқда. Бу усулд антибиотиклар, алое экстракти, фитонцидлар, димедрол эритмаси, минерал сувлар нафас йуллари орқали организмга юборилди.

Минерал сувлар беморларни даволаш учун минерал ванналар ва турли муолажалар ҳолида буюрилади. Айниқса минерал сувлар ичиш учун қупроқ берилди.

Тери қасаллиқларига овқат ҳазим қилиш органларининг турли қасаллиқлари сабаб булиши ҳақида айтиб утган эдик. Дарҳақиқат, қупчилик татқиқотчиларнинг фикрига қура, экзем ва нейродермит билан оғриган болаларнинг қупчилигида жигар, ут пуфақи ва меъда-ичақ қасаллиқлари учрайди. Шунинг учун бундай беморларни иложи булса, тери ива меъда-ичақ қасаллиқлари буйича ихтисослашган санаторийларга юбориб, даволаса яхши булади. Уларга минерал сувлардан ванна қабул қили шва ичишдан ташқари, қушимча қасаллиқларни ҳисобга олган ҳолда меъдани ювиш, ун икки

бармокли ичакка зонд юбориш, тюбаж килиш, ичакни ювиш, микроклизма килиш каби турли муолажалар буюрилади.

Экзема ва нейродермит касаллиги сурункали холеистит, гастрит, колит касаллиги билан бирга кечадиган минерал сувларни врач тавсияси билан ичилса яхши натижа беради.

Минерал сув билан меъдани ювиш хам тавсия этилади. Ун икки бармокли ичакка зонд билан минерал сув юбориш ут пуфагидан ва ут йулларидан ут ажрлишини тезлаштиради.

Тюбаж – ут йулларини зонд юбормасдан ювиш усули. Бунда беморга 500 мл илитилган ва магний сульфат эритмаси билан туйинтирилган минерал сув (аввл 1 стакан сувни хуплаб-хуплаб кейин колганини) ичирилади. Бемор жигарини устига грелка куйиб ётади. Тюбаждан сунг куп микдорд ут ажралди ва ут йулларидаги яллигланиш камаяди. Микроклизма усулида йугон ичакка оз микдорда минерал сув юборилади, сув таркибидаги минерал моддалар организмга сурилиб, шифобахш тасир курсатади.

Тери касалликларини курортларда даволашда минерал сувлардан ташкари шифобахш балчик, нафталин ва озокеритдан хам фойдаланилади.

Шифобахш балчик тери касалликларини даволовчи кучли омиллардан биридир. Псориаз, нейродермит, экзема касалликларини балчик билан даволаш жуда куп курортларда яхши йулга куйилган. Балчик организмда оксидланиш-кайтарилиш ва моддалар алмшинуви жараёнини яхшилади, иммунитетни оширади, аллергик реакцияларни камайтиради, теридги шишларни сурилишини тезлаштиради. Балчик таркибидаги куплаб минерал тузлар, микроэлементлар организмга сурилиб шифобахш тасир килади. Балчикни тери юзасига лой сувагандек ёпиштириб (апликация) усули кенг кулланилади; баъзн балчик беморга электрофорез усулида хам буюрилди.

Тери касаллиги кузиб турганда балчик билан даволаб булмаиди.

Нафтадан – нефть махсулоти булиб, марказий нерв системасига, эндокрин безлар фаолиятига, кон ишлаб чикаришга, юрак фаолиятига ижобий таъсир курсатади. Шунингдек у яллигланишни, кичишишни ва организмдаги аллергия холтини камайтиради.

Озокерит – мумсимон нефть махсулоти булиб, экзем, псориаз, нейродермит касаллигини даволашда курортларда ва бошка шароитларда кулланилдиган турли-туғман табиий омиллар, изиотерапевтик ва минерал сув муолажалари хакида кискача тухталиб утдик. Тери касалликларини даволашда ишлатилдиган асосий минерал сувларнинг турларига тухталиб утамиз:

Таркибида юкори концентрацияда минерал тузлар ва органик моддалар булган, озод, водород сульфид, карбонат ангидрит, родон каби газларга туйинган, биологик ва физиологик жихатдан шифобахш хусусиятга эга булган табиий сувлар минерал сувлар деб аталади.

Тери юзаси минерал сувлар таркибидаги турли моддаларнинг организмга таъсир этиш нуктаси хисобланди. Минерал сувлардан ташкари, газлар, сувнинг гидростатик босими, харорати хам ванна кабул килиш пайтида организмга актив таъсир курсатади.

Тери касалликларининг турига, жойлашган ерига караб беморларга умумий ванна, ярим ванна ёки белгача ванна, оёк-кул ваннаси; юз, буйин, бошни ювиш; бассейнда чумилиш, душ, массаж каби бальнеологик муолажалар буюрилади.

Ванна кабул килиш пайтида минерал сувдаги моддалар нерв рецепторлиг яхши тасир этади. Сувда эриган электролитлар, баъзи газлар (водород сульфид, родон), йод, бром ва хакозо моддалар тери оркали организмга сурилиб, шифобахш тасир курсатади.

АЛЛЕРГЕН - ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ.

АЛЛЕРГЕН - ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ.

Синонимлари:

Махсус гипосенсибилизатсия, аллерговакцинатсия, аллергиянинг махсус ваксинатсияси.

Тавсифи:

АСИТ илк бор 1911 йилда мавсумий АР ни даволаш учун ўлланган. Услубнинг мохияти шундан иборатки, бемор организмига аста-секинлик билан аллергиянинг юори сезувчанлик чаирувчи дозаси киритиб борилади. Ўз ватида ўтказилган АСИТ биринчидан: касаллик оир формаларининг нисбатан енгил формасига ўтишга икинчидан: дори воситаларига булган етиёжини камайишига (базан умуман йўолишига) олиб келади. АСИТ олган беморларга касалликнинг узо мудатли ремиссияси кузатилади ва янги аллергенларга нисбатан сенсibiliзатсиялар осил булмайди.

АЛЛЕРГЕН - ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ ЎТКАЗИШНИНГ ТАРИХИ ҲАКИДА МАЪЛУМОТЛАР:

Атопик касалликларни даволашда аллерген - хос терапия патогенези асосида XIX - XX - асрлардаги буюк иммунологик кашфиёт ётади. 1819 йилда Лондонлик шифокор Джон Босток ўзида пичан иситмасининг клиник манзарасини ёзиб ўтган. Орадан 17 йил ўтгач (Босток маоласидан) Вайман мавсумий АР да организмнинг реактсияси ўсимликлар чангига еканлигини

кўрсатиб ўтди. XIX аср охирларида Босток ихтироси Блекли ишларида ўз тасдиғини топди. У биринчи бўлиб алерген имунотерапиядан тавсиялар берди, яъни, пичан иситмаси бўлган беморларга ўсимлик чанглари билан аппликация бўлгандан сўнг провокацияловчи агентга нисбатан терида мааллий реакциялар пасайганлигини айтди. 1900 йилда Куртис АР ва БА булган беморларга сувли экстрактлар билан айта инекция илинганда ижобий эффект булишини исботлади. Бироз кейинро 1902 йил франтсуз физиологлари П. Порте ва Ш. Ришелар итларга актиний дамламаси (шупалетс) айта юборганда кутилган токсинга чидамлик эмас, ўлим билан тугалланувчи кескин токсик реакция булганлигини кузатишди. Бу ўзгаришларни Рише анафилаксия (грекча ана - юк, тескари, пйлахсис - имоя) деб атади. Олинган маълумотлар алергенларга нисбатан сезгирлиги бўлган одамларда от зардоби асосида тайёрланган анатоксинлар инекциясидан тўсатдан ўлим сабабини тушунтириб беради. Турт йил ўтгач Малтсер (Малтзер) хулосаларига кўра одамлардаги алергик астманинг ривожланиши худди денгиз чучаларида яратилган АШ реакциясига ўхшаш еканлиги аниланди. Бу ватда Отто муим кашфиёт, яни анафилаксия ўтказган айвонлар шу факторга нисбатан айта юборилганда ватинчалик чидамлик намоён илишини айтди. 1908 йилда А. Н. Безредко денгиз чучаларида антигеннинг ўсиб боровчи дозасини юбориш уларни анафилаксиядан имоя килишини тажрибада кўрсатиб берди. Йирилган маълумотлар асосида 1910 йил инглиз олими Леонард Нун чанг экстрактларидан тайёрланган ўсиб боровчи дозадан мавсумулди инекцияси пичан иситмасини даволашда ёрдам беришини айтиб ўтди. аиятдан ам 1914 йил унинг амкаси Джон Фримен 84та пичан иситмаси бўлган беморларга бошоли усимликлар чангига нисбатан юори сезувчанлик бор еканлигини аниклади. Беморларга ўсимлик чанглариининг сувли экстракти билан уч йиллик курс терапия ўтказилди. Даволаш жуда мувоффаиятли чиди. Бундан ташари даволаш курси самарадорлиги 1 йил давомида саланиб турди. Шунда АСИТнинг самарадорлиги киритилаётган алергеннинг дозасига болилиги хар-бир инекция орасидаги оптимал интервал 1-2 афта еканлиги дозанинг ортиб кетиши тизимли реакциялар келтириб чиариши мумкинлиги аниланди. Натижада бутун жахон тадкикотчилари ушбу даволаш услубини акомиллаштириш кераклигини таклиф етишди. 1924 йил Томмен (Томен) илк бор ушбу оидаларни, яни пичан иситмаси чаирувчи ўсимлиларни гуллаш даврига кўра гурухларга ажратишни таклиф килди (дарахтлар, ўтлоқлар, ёввойи ўтлар). Бу ватда Керн (Керн) еса беморларга доимий, мавсумдан атгий-назар таъсир илувчи алергенларни айтиб ўтди(уларга асосан майиший уй чанглари киради) йил давомида АР ва БА булган беморларга чанг алергенлари билан мавсумулди гипосенсибилизатсия принтсиплари ўтгазилган. Орадан 30 йилдан кўпрок ват утгач Лоуелл (лоуелл)ва Франклин (Франклин)лар АСИТнинг самарадорлигини “кушалок кур-курона платсебо-назорат“ услубда тасдилашдилар. Хозирги кунда АР ва БА даволашда ушбу услуб самарадорлиги аида ўта ишонарли ва исботланган кўплаб назорат-тадиот маълумотлари чоп етилган. Ўтган асрнинг 50-йилларида Лавлес (Ловелесс)

илк бор чаувчи хашоратлар анафилактик реакциясида пардаанотлилар зари билан АСИТ ўтказиш фойдали эканини тасдилади. 1978 йил Хант(унт)ва боша муаллифлар заар билан АСИТ ўтказиш ари танаси экстракти ва платсебо билан АСИТ ўтказишга араганда анча самарали эканлигини исботлашдилар.ИгЕнинг топилиши ва аллергияк реактсиялар механизмида ИгЕ аамиятини чуурро тушиниш айнан шу патологияк олатларда АСИТ янада самарали эканлигини тасдилади.

АЛЛЕРГЕН-ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ МЕХАНИЗМИ

Ўтган бир-анча ўн йиллар мобайнида олимларнинг еътибори АСИТ нинг иммунологияк механизмларини ўрганишга аратилди. Кук (Сооке) ва боша муаллифларнинг 1935 йилги тадиотлари натижасида полинозга чалинган беморларга чанг аллергиялари билан тери остига инектсия илинганда алоида аллергияга нисбатан тери реактсиясини блокловчи антителолар осил булиши аниланди. 1937 йилда Харли (арлей) махсус гипосенсибилизатсия механизмининг икки хил тахминини айтиб ўтди:

-Табиий кисман десенсибилизатсия (тери сенсibilловчи антителоларнинг мидорини камайтириш)-химоя блокловчи антителоларнинг осил бўлиши. Узо муддат давомида олиб борилган тадиотлар кўрсатадики, махсус-аллерген-хос ИгЕ камайиши, аллергияк-хос ИгГ нинг айникса ИгГ4 синфининг ортиши билан кечади. Охиргиси аллергияк блокловчи антитело тўималарни сенсibilлизатсиялаш хусусиятидан марум булган, биро аллергияк-боловчи фаолликка ега. Демак антиген-хос ИгГ худди ИгЕ нинг антогонистидек бўлиб, унинг масулотлари ИгЕ ва аллергияк контактидан юзага келадиган кетма-кет реактсияларни блоклайди. Сублингвал АСИТ ўтказилганда ИгГ дан ташари аллергияк-хос ИгА нинг мидори ам ортади. Шуни такидлаб ўтиш лозимки, ИгА ва ИгГ4 лар яллиланиш реактсияларнинг активатори емас ва комплементни фаолламайди, ушбу ватда ИгГ1, ИгГ2, ИгГ3 лар еса комплемент тизимини фаоллайди ва ужайрага болик ситотоксиклик намоён илади. Шундай килиб, ИгГ4 ва ИгЕ лар мувозанатининг ўзгариши АСИТ самарадорлиги асосида ётади. Охирги ватлардаги малумотларга кўра анти-ИгЕ антителоси осил бўлиши амАСИТ самарадорлигида ўзининг ўрнига ега.

Биро аллергияк-хос ИгЕ нинг тормозланиши ва аллергияк-хос ИгГ нинг ортиши орасидаги боликлик АСИТ нинг ижобий самарасини белгилаб бериши ам тулалигича ўз тасдиини топмаган. Антителолар муносабатлари хаидаги маълумотлар турлича ва базан бир-бирига зиддир: бази тадикотлар ИгГ4 микдори ўзгарганини кўрсатса, бошаси ИгГ4 ва ИгЕ нинг деярли ўзгармаганлигини айтмода. Баъзи маълумотлар еса ИгЕГ`ИгГ4 нисбатининг камайганлигини кўрсатади. Яинда олинган маълумотларга кўра БА га чалинган болалар уй чанги канаси билан сублингвал АСИТ ўтказгандан сўнг аллергияк-хос ИгЕ он зардобида сезиларли даражада камайган, ушбу ватда аллергияк-хос ИгА кам микдорда ортган, ИгГ4 ва ИгГ1 лар мидори еса ўзгармасдан олган. Узо муддатли текширувлар курсатадики, аллергиякларга

нисбатан сезувчанликнинг пасайишини фаат АСИТ нинг антителолар осил илиш жараёнига тасири билан болаб бўлмайди.

Охирги ўн йилликлар малумотига кура АСИТ ўтказилгандан сунг аллергик реактсия соасидаги Т-лимфотсит вакиллари айта тасимланади. АСИТ дан клиник яол ижобий натижа берган беморлардан (териға аллерген юборилгандан 24 соат ўтгач) тери биоптат инфилтратларидан иммуноцитологик текширув ўтказиди. Анализ натижалари кўрсатишича СД3ва СД4 хужайралари сезиларли даражада камайди (бир ватда фаол еозинофиллар мидори ам камайди). Бундан ташари ИЛ-2 (СД25)учун ретсепторлар экспрессияси ортади, ЛА-РД (антиген тадим илувчи ужайралар) учун ам ва ИЛ-12 нинг локал мидори ортади, улар Т1-га болик жавобда атнашади (ушлаб туради). АСИТ ўтказгандан сўнг 50% беморларда матритсали РНК (мРНК) ИЛ-2 ва ИФ-γ екпрессияси ва Т1 ужайраларига хос ИгГ изотоп антителаси осил илувчи ва ушлаб турилишини блокловчи масулотлар мидори сезиларли даражада ортди. Т1 ужайраларни фаолловчи ИЛ-12 ситокин ам. Атопик БА булган беморларга ИЛ-12 тавсия илиш бронх реактивлигини пасайтирмаса ам, онда еозинофиллар мидорини камайтиради.АСИТ механизмида ИЛ-12 билан бир аторда ИЛ-18 осил индуктор,ИФ- γ Т-,ужайраларда, НК- ужайралар ва β-ужайралар ам муим ўрин тутуди. Активланган Т-ужайраларда ИЛ-18 ИФ- γ.ва ИЛ-12 га араганда 10-100 марта кўп индутсирлайди, натижада ИгЕ синтези ингибирланади. Сичонларда ИЛ-18 юборилганда нафас йўллари шилли пардасининг аллерген инкутсирланган гипперреактивлиги ингибирланди. Охирги йиллар мобайнида ўтказилган тадиотлар шуни курсатадики, АСИТ механизмида аллергологик сўнишида регулятор Т-ужайра (Трег) лар муим ўрин тутуди. Трег-нинг икки хилдаги кичик типлари бор: доимий СД4, СД25 ва индуктсирланган Трег1 кичик типлари. Доимий кичик типи транскрипцион Фох П3 факторнинг экспрессияси, индутсирланган ИЛ-10 секретсияси ва В-ўсмалар ўсиш факторлари билан характерланади. Регулятор Т-хужайралар аллергик жавобни бошаради(маълум механизмлар орали), Т- хужайраларга хос толерантликни, яни антиген ва ўз орган-туималари детерминантларига жавоб бермасликни. Т-ужайраларга хос толерантлик ИЛ-10 ва В- ўсмалар ўсиш факторининг тўридан-тўри тасиридан ам чаирилиши мумкин. ИЛ-10-ИгЕ масулотлари супрессори бўлиб (ам умумий ,ам аллерген хос) ИгГ4 синтезни оширади, бу ватда еса В-ўсмалар ўсиш фактори ИгА масулотларини оширади. Ушбу омиллар: ИгА, В-ўсмалар ўсиш фактори ИЛ-10 ва ИгГ4 лар соглом одамлар шилли авати иммун жавобини таминлайди.

Юорида айтилганидек, ИгА, ИгЕ ва ИгГ лар мувозанати АСИТ самарадорлигини белгилайди. АСИТ ўтказилганда ИФ- γ дан хосил бўлувчи СД8-супрессор ужайралар мидори ортади. Акдис (Акдис) ва боша муаллифлар тахминига кўра аллергия регулятор Т-ужайралар йетишмовчилиги натижаси исобланиб, бу ватда «солом иммун жавоб» учун хос бўлган (етарлича супрессор фаол) антиген- хос Трег сони ортади. айвонларда ўтказилган тажрибалар курсатадики, шилли ават орали илинган аллерген вактсинатсия

(АСИТ нинг сублингвал услуоби) дан сўнг шилли аватларда толерантлик ривожланган айин дарахти чангига аллергияси бўлган сичонларда Бет В1 (айин чангли антигенли) интраназал аппликатсиядан сўнг базофилларнинг ИгЕ га боли дегранулятсияси пасайди, аллерген -хос ИгГ1 ва ИгГ2 титрлари пасайди, ин витро ИЛ5 масулотлари ам пасайди.

Тало макрофакларининг тескари транскриптаза полимераз реактсияси кўрсатадики, толерантлик индуктсияси ИЛ-10 экспрессияси, В- ўсмалар ўсиш факторининг, Фох ПЗ мРНК (СД4 Т-ужайралардаги)нинг ортиши кузатилди. АСИТ нинг суплингвал услуобида оиз бушлии шилли аватларининг аллерген билан бевосита контакти исобига ўшимча тарзда даволаниш самарадорлигини оширади.Суплингвал АСИТ нинг тасирларидан бири-бу оиз бушлии шилли аватидаги Лангерганс хужайраларининг теридаги ўз аналогларидан фар илишидир. Орал дендрит ужайраларида оиз бўшлии шилли авати мааллий иммунитети билан болик ФсеРИ ретсептор экспрессияси, МНС И ва ИИ синф молекулалари, шунингдек, костимулловчи молекулалар (СД40,СД80 Г`Б7.1 СД86Г`7.2) нинг доимий юори даражасидир.

Адабиётлар маълумотларига араганда ўз юзасида назал ва орал дендрит ужайралар тутувчи липополисахарид СД14 ретсептор кўпро мидорда орал ужайраларда экспрессияланади. Аллергеннинг тилости-ютин йўллари билан бориши алоида тилости ёки перорал йўлларга араганда анча самарали бўлиб чиди. Бу шундан дарак берадики, аллергеннинг азм тизими орали мажбурий атсорбтсияси оиз бушлии шиллик каватида толерантлик ривожланишини кучайтиради.

Беморлар ахволида сезиларли даражада яхшиланиш кузатилади, чунки АСИТ аллергиясининг еффектор босичларида атнашувчи хужайра бирликларига таъсир кўрсатиб, аллергик реактсиялар сўнишига (сунъий проватсияланган ёки таббий экспозитсияланган аллергенлар орали) сабаб бўлади. АСИТдан сўнг семиз хужайралар мидори камаяди ва яллиғланиш хужайралари (еозинофил, нейтрофиллар) тўпланади, нишон хужайралар (семиз хужайра, базофил) дан медиатрлар ажралиши тормозланади (махсус аллергенлар ва махсус бўлмаган активаторлар билан стимулланганда). Еозинафиллар фаоллиги сўнишини куйидаги маълумот кўрсатади: полинозга чалиниб самарали АСИТ ўтказган беморларда бронх суюлигининг катион осил маркери секретисидаги еозинофиллар фаоллигининг мавсумий сўниши кучайб борди. АСИТ ўтказилгандан сўнг аллергик реаксияда катнашувчи хужайралар фаоллиги, базофиллар дегранулятсияси ва тромбоцитлар ситотоксиклиги сўнганлиги тажрибада кўрсатилди. Бундан ташари мувоффаиятли ўтказилган АСИТдан сўнг “шок” аъзоларида метохроматик бўялган хужайралар (семиз хужайра, базофил) мидори камайди. Кўрсатиб ўтилган еффектор аллерген таъсирида чакирилган провакатсион синаманинг ват ўтиши билан номаён бўлиши камайши ҳамда аллерген билан стимулятсия килинганда семиз хужайра ва базофиллардан ажраладиган медиаторларнинг тормозланишига мос келмода.

Вантке ва бошка муаллифлар маълумотича АСИТ ўтказилгандан 4 ой ўтказ АР бўлган беморлар конида спонтан гистамин ажралиши пасаяди. Атопик БА ва АР бўлган беморларда АСИТ ўтказилгандан сунг аллерген ва метохолинга нисбатан сезувчанлиги ишонарли даражада пасайганлигини бронхиал провакатсион тест маълумотлари тасдилайди. АСИТ самарадорлигини ифодоловчи яна бир мумкин булган механизм - бу периферик ондаги Т-лимфотситлар хемокинли ретсепторлари экспресияси ўзгараишидир, бу еса ўз навбатида нишон аъзоларда аллерген-хос Т-лимфотситлар мигратсиясини сусайтиради. Полинозга чалинган беморларга сабаб булувчи ўсимликлар гуллаганда периферик CD4T лимфотситлар мембранасида CXCR1 хемокин ретсептори ИЛ-8га экспресиясининг юори мидори аниланди. АСИТ ўтказган беморларда еса бу мидор паст ёки солом одамлар сингари умуман кузатилмади. Аллерген билан АСИТ ўтказган беморлар бурун шилли авати АСИТгача ва ундан кейнги гистоморфологик манзараси солиштирма анализ илиб кўрилганда шилли ават эпителиал оплами тикланаётганлиги, унга лимфотситлар мигратсияси кучайганлиги, еозинофил ва дегранулятсияланаётган ужайралар сони камаяётгани ва атто тули юоалаётгани кузатилди.

Эпителийда етук плазматик ужайралар пайдо бўлган. АСИТ давосини ўтказган беморларда ўз шилли авати плазматизатсияси кучайган, шилли аватининг юмшаш даражаси еса пасайган. Шундай илиб, АСИТ Т-лимфотситлар субпопулятсиясида ўзгаришлар олиб келадики, бу ўз навбатида ИгЕ, ИгГ иммун жавоб ва Т-лимфотситларга хос телерантликни келтириб чиаради.

АЛЛЕРГЕНГА ХОС ИММУНОТЕРАПИЯГА ТАЪСИРИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

АСИТ нинг клиник самарадорлиги 70-90 % га етади ва касаллик таши белгиларининг юолиши, дори воситаларига нисбатан талабнинг камайши билан ифодаланади. Бу АСИТ нинг учта асосий таъсири билан боли: -аллерген экспозитсияларга нисбатан туима (аъзо) сезувчанлигининг пасайши, бу кўп марталик клиник кузатувлар ва аллерген провакатсион тестлар ердамида тасдикланган-аллергиянинг ар-хил медиаторларига нисбатан сезувчанлик пасайишини белгилайдиган носпетсифик туима гиперреактивлиги пасайиши. -аллергик ялиланиш белгиларини сўниши

Куплаб текширувлар тасдилайдики, носпетсифик тўкима гиперреактивлиги пасайиши, ялиланишга арши таъсири, аллерген-хос гипосенсибилизатсия АСИТ тугагандан сўнг ам узо йиллар давомида саланиб туради. Бунда АСИТнинг самарадорлиги аллергик жараённинг у ёки бу звеносига танлаб таъсир кўрсатувчи замонавий дори воситаларининг таъсирини ўзида мужассамлаштирганини осон англаш мумкин.

АСИТ нинг терапевтик самараси аллергик жавобнинг барча этапларини амраб олади, бу еса маълум замонавий дори воситаларининг еч бири учун хос емас. АСИТ таъсири айнан иммунолагик босични ўз ичига олади, Т-ужайра толерантлиги шакилланишидаги иммун жавобнинг Т2 типи Т1 типга ўтишига

сабаб бўлади, ИгЕ-га болик аллергияларни ерта ва кеч босичларида тормозлайди, аллергия яллиланишнинг ужайра механизмлари ва нонспесифик туима гиперреактивлигини сўндиради. АСИТнинг фармокотерапиядан асосий фари шундаки, даво курси тугагандан сўнг ам узо муддат саланиб олади. Айнан ушбу холатлар аллергияда аллергияга хос терапия (АСИТ) ни ертаро бошлаш зарурлигини тасдилайди. Ишнинг масади - табиий маълум аллергияга нисбатан сезувчанлигини пасайтириш- аллергия-хос гипосенсибилизация.

Кўрсатма:

АСИТ услуги ИгЕ га болик механизм билан ривожланувчи уйдаги аллергия касалликларда ўлланилади:

-АР (риноконюнктивитда)

-Адекват фармокотерапиядан сўнг ОФВ1 мумкин бўлган кўрсаткичдан 70% дан кам бўлмаган атопик БА нинг энгил ва ўртача формаларида.

-Аллерген элиминатсиясидан кейин ам симптомлар назорат килинмайдиган аллергия касалликларда.

-Бронхиал ва риноконюнктивал симптомлар билан кузатиладиган аллергия касалликларда

-Узо ват давомида фармокологик воситалар абул илиш иложи бўлмаганда

- Фармокотерапия кутилмаган, нохуш аломатлар чаирган аллергия касалликларда

- Чаувчи асоратлар зари га нисбатан анафилактик реакциялар бўлганда

Монъеликлар (карги кўрсатма):

АСИТ билан даволаш уйдаги холатларда тавсия етилмайди:

-Оир иммунопатологик ва иммунотанис олатлар:

-Ўсма касалликлари;

-Оир руий ўзгаришлар;

-В- адреноретсептор блокаторлари, топик шакллари билан даволанган;

-Моноаминооксидазалар ингибиторлари билан симпатомиметинлар

комбинатсияси ўлланганда;

-Белгиланган схематик даво ни беморда салаш иложи бўлмаганда;

-БА нинг оир формалари, назорат килинмайдиган фармокотерапия (ОФВ, 70% дан кам, адекват фармокотерапиядан сўнг) да

-Юрак он-томир касалликларида, адреналин (епинефрин) ўлланиб асоратлар чаирса;

-5 ёшдан кичикларда

-омиладорлик- ушлаб турувчи АСИТ ни давом еттириш мумкин, биро, омиладорлик ватида ўсиб борувчи дозани ўллаш тавсия етилмайди.

Бъази маълумотларга кўра АПФ ингибиторлари абули фониди АСИТ ўлланганда тизимли реакциялар ривожланиши, артериал босим тушиб кетиши ва буни баргараф илиш ийинчилик тудириши мумкин.

Буни базисли гипотензия масадида АПФ ингибиторлари олаётган беморлар есда тутиши ва уларга АСИТ ўтказилаётганда ўта етиёт бўлиш лозим.

Ўта сезувчан ва тизимли реактсиялар ривожланиши, артериал босим пасайиши мумкин бўлган беморларга алтернатив гипотензив терапия танлаш тавсия етилади.

Аллерген-хос иммунотерапия ўтгазишга тайёрлаш:

АСИТ ўтказиш учун аллергиялар махсус хос-аллергологик таъхис асосида танланиб, улар ушбу компонентларни ўз ичига олади:

-аллергологик анамнез йиши;

-аллергенлар билан тери тести ўйиш;

-лаборатор таъхис-аллергенга нисбатан аллергия-хос ИгЕ титрини анилаш, беморда клиник белгиларни анилаш;

-тери тести манфий бўлиб, анамнезида бўлса, ёки тери тести ижобий бўлиб, клиник белгилар бўлмаганда назал ва конъюнктивал тестлар ўтказиш. АСИТ ўтказиш учун беморда шубасиз аллергия касаллик симптомларини чаирувчи аллергиялар танлаб олинадил (ўсимлик чанглари, уй чанги каналари, замбруғ споралари, ашоратлар зари). Аллергологик анамнез, тери синамаси, назал ва конъюнктивал провокатсион тестлар асосида кўплаб турлари ичидан юори сезувчан аллергиянинг клиник ахамияти аникланади.

АСИТ буюришга атий шароит-аллергиянинг даво шаклига нисбатан беморнинг индивидуал сезгирлигини олдиндан анилаш, яни терини ёки аллергияни 10 мартаб суюлтириб прик-тест ўтказиш учун. АСИТ биринчи шубали ёки кучсиз мусбат реактсия чаирувчи суюлтиришдан бошланади. архил сохта реактсиялардан очиш учун тест бошланишидан 1-14 кун олдин антистамин дорилардан воз кечилади. (муддат бемор ўллаётган дори турига боғлиқ).

Шунингдек тестга 1 кун олганда адреналин ам тавсия етилмайди.

Аллерген-хос иммунотерапия ўтказишнинг услублари ва схемаси:

Аллергияларнинг даво шакллари

Клиник аллергиялогиянинг бутун тарихи давомида аллергия-хос таъхисот ва даволаш учун кўпинча фаол таъсир илувчи сув-тузли еритмалар экстрактсиясидан фойдаланиб келинган бўлиб, улар аллергия реактсия ёки касаллик чаирувчи турли моддалардир (ўсимлик ёки айвон масулотлари). Бу сув-тузли экстрактлар таркибида аллергиялардан боша моддалар ам тутган бўлиб, улар восита сифатига таъсир етган. Шунинг учун аллергия воситаларни махсус тозалаш услубни мукаммаллаштиришнинг асосий омили исобланади. Аллергия воситаларни стандартлаштириш, уларнинг сифатини назорат илиш озирда ўз ечимини топмаган. озирги ватда уйидаги белгиларни исобга олиб аллергия воситаларни бутунжахон стандартлаштириш стратегияси мавжуд:

-умумий аллергиялогик фаоллик;

-биология фаоллиги ;

-ажм бирлигида асосий аллергиянинг мидорига араб.

Воситанинг умумий аллергиялогик фаоллиги унинг тери аллергиялогик реактсия чаиришининг (прик тест) беморларда гистаминга нисбатан сезгирлигига араб сандатланади. Аллергия воситанинг таркиби

изоеликтрофукурлаш поликурамидли гелда електрофарез (додетситсулфат натрий билан), ЖгЕ иммунобулотинг кесишган радиоиммуноелектрофарез услублари ёрдамида аниланса, унинг иммуноглобулин Е болаш хусияти радиоаллергосорбент тест (РАСТ) воситасида бооланади. озирги ватда мураккаб таркибга ега бўлган ва организмда юори сезувчанлик чаирувчи воситаларидаги асосий аллергияни анилашнинг саноатда имконияти туилган. Шу масадида турли мамлакатларда мос аллергиянинг мидорига араб халаро рефиренс стандарт (ВОЗ) лар тадби етилган. Дунёда аллергияни стандартлашнинг икки хил тизими кенг таралган:

-АУ(Аллергий Унитс-аллерген бирлик) АШ FDA Туркелтауб лабораториясида ишлаб чиилган. Беморда тери реактсиянинг намоён бўлиши ин виво бооланади.

Аллергиянинг тери ичи тестида жавобан еритемаларнинг умумий диаметри мм да

- БУ(Биологикал Унитс-биологик бирлик) Европада ишлаб чиилган тери прик-тести ўтказилганда тери реактсиялари намоён иладиган аллергиянинг биоэквивалент бирлиги.

Бемор тери реактсиясининг 1000 ВУГ`мл дагиси 10 мгГ`мл гистамин еритмаси концентраттсиясига эквивалент исобланади. озирда янги технологиялар асосида осил молекуласини клонлаштириш орали кўплаб (ўсимлик чанги аллергиялари, ёток каналари, айвон епидермиси, ашоротлар ва пардаанотлилар зари) индивидуал реконбинатив, аллергияк фаолликка ега ва таббий осил аллергияларига ўхшаш муим аллергиялар олинган. Бу технология аллергия воситаларини стандартлаштиришни енгиллаштиради, дори формалари серияларида асосий аллергия микдрини аниклашга ёрдам беради. Илк бор ўсимлик чангининг сув-тузли екстиракт аллергияни даво масадида кенг ўлланилган. Кейинчалик аллергия воситаларнинг даво шакиллари мукаммаллатирилди, яъни уларнинг хафсизлиги саланиб асосий хусусияти-иммуногенлиги оширилади. Кўплаб урунишлар натижасида аллергияларнинг турли модификаттсияси, масалан: Полимерлаш орали (формалалдегид, глутар алдегидлар) Сорбировали форма (Л-трозин, гидроксид алюминий) пролонгировали формалар оркали таббий ва сунъий ташувчилардан олинди. озирги ватда АСИТ учун сув-тузли екстирактлар аллергия ва аллергия бўлмаган воситалар аралашмаси даво аллергияларининг деполанувчи ва модификаттсияланувчи шакиллари ўлланилмоқда. Улардан аллергияк респиратор касалликларни даволаш масадида амда чаувчи ашоротлар захридан анафилактик реактсияларга арши масадда ўлланилади. Деполанувчи ва модифитсрланувчи даво аллергиялари кам аллергиялик ва юори иммунологик хусусиятини намоён илади, натижада улар нисбатан самарали ва АСИТ ўтказилганда камро ножўя ўзгаришлар келтириб чиаради. Клиник амалиётда кўпро аллергияидлар ва деполанувчи аллергиялар (суспензия шаклидаги аллергиялар ,гидроксид алюминийга адсорбсияланган ёки фосфат калийга ва гулутар алдегид ёрдамида химик модификаттсияланган) ўлланилади.

Шунингдек аллергияларнинг конюгатсияланган турли шакиллари яратиш учун иммуномодулятор ёрдамида (полиоксидонли) осилларни модификатсия илиш устида ишлар олиб борилмода. Яратилган воситаларнинг клиник таъдиоти-аллерготропинлар махсус аллергия детерминант билан ва полиоксидонли комплекс билан АСИТ учун жуда самарали, хавсиз еканлиги айтилмоқда амда бу кейинчалик такомиллаштириши лозимдир.

Модификатсияланган аллергияларни стандартлаш учун уйдаги оидаларга амал илиш лозим:

- Дастлабки аллергиянинг модификатсиягача стандартизатсияси;
- Охириги масулотда асосий аллергия епитопини салаган олда модификатсия жараёнини яратиш ;
- Дастлабки ва охириги масулотлар хусусиятлари (иммуногенлик) мос келиши .

Беморларда бир-анча аллергияларга нисбатан юори сезувчанлик бўлганда даволаш масадида аллергия аралашмаларидан фойдаланилади, биро бунда иккита муаммо пайдо бўлади:

- Биринчидан: аралашмада ар-бир аллергия дозаси алоида араганда анча кам ва бу асосий аллергиянинг оптимал дозасига етишини ийинлаштиради;
- Иккинчидан: оптимал дозага кеч еришилганлиги учун аралашмалар АСИТга кеч самара беради .

Есда тутиш лозим : Якин бўлмаган аллергияларни аралаштириш тавсия етилмайди ,чунки улар ўзаро бир-бирининг таъсирини бўйб ўйиши мумкин, (Масалан: ўсимлик чанги аллергиялари уй чанги каналари ,моор, суварак аллергияларини пасайтириб ўяди).

АЛЛЕРГЕН-ХОС ИММУНО ТЕРАПИЯНИНГ ИНЪЕКЦИОН УСЛУБЛАРИ :АСИТ нинг асосий услуби- классик парентерал услуб бўлиб ,унга кўра киритилаётган аллергия тури ва беморнинг индивидуал сезувчанлигини инобатга олиб ,схема тарзда аллергиянинг ўсиб борувчи дозасини тери остига киритишдир. АСИТ ўллаш тарихи ва унинг услублари академик А.Д.Адо ва унинг мактаби билан боли .Илмий таъдиот аллергология лаборатория ходимлари Ю.А.Порошиной, Н.В.Адрианова ва С.М.Титовлар 1961 йилда

АСИТ нинг классик схемасини клиникада кенг кўламда ўллади (3.1 жадвал).

АСИТ услуби ташхис ўйилгандан сўнг, ушбу давога кўрсатма ва монейликлар анилангандан сўнг бошланади .Ўсимлик чангларига нисбатан АСИТ шу ўсимлик гуллашидан 1,5 ой илгари бошланади .Инъектсия тери остига билакнинг учдан-бир исмига то латерал юзасигача илинади. Инектсия учун беморнинг индивидуал сезувчанлигини исобга олиб аралашма тайёрланади. Биринчи инъектсия ар куни ёки кунора илинса, кейингилари 7-10 кун интервал билан илинади . Аллергени ушлаб турувчи дозага (1:10 га суюлтирилгандан 0,9-1,0 мл) етгунча то гуллаш мавсумигача 5-7кун интервали билан инъектсия такрорланиб туради .ар-бир инъектсиядан олдин

шифокор беморнинг умумий ахволини назорат илиш, физикал текширувлар ўтказиши , артериал босимини назорат илиш , инъексиядан кейин еса 40-60мин давомида кузатиши лозим , чунки шу ват давомида тизимли реаксиялар бўлиши мумкин. Бундан ташари он клиник талили назорати, сийдик умумий анализи , он биохимик текшируви ,ЕКГ текшируви ,ФВД ам ар-бир 10 инъексиядан сўнг ўтказилиши лозим .

3.1 ЖАДВАЛ. АЛЛЕРГЕНГА ХОС ИММУНОТЕРАПИЯНИНГ КЛАССИК СХЕМАСИ.

Аллерген аралашмаси	1 мл да ПНУ	Мидори, мл
1: 100 000	0,1	0,1
		0,2
		0,4
		0,8
1 : 10 000	1,0	0,1
		0,2
		0,4
		0,8
1 :1000	10,0	0,1
		0,2
		0,4
		0,8
1 : 100	100,0	0,1
		0,2
		0,3
		0,4
		0,5
		0,6
		0,7
		0,8
		0,9
		1,0
1 : 10	1000,0	0,1
		0,2
		0,3
		0,4
		0,5
		0,6
		0,7
		0,8
		0,9
		1,0
Жами		ПНУ 5987

Стандарт АСИТ схемаларидан ташкари яна куйидаги тезлаштирилган АСИТ схемалари кўлланилади :

-Тезлаштирилган-аллергенни кунига 2-3 марта тери остига юбориш билан
 -Яшин тезликдаги- барча терапевтик доза 3 кун давомида ар 3 соатда адреналин микдорида тери остига юборилади .

-Шок услуб аллергиянинг курс дозаси 1 кун давомида ар 2 соатда адреналин микдорида тери остига юборилади .

Барча киска муддатли АСИТ лар факат стерилизатсиялашган статсионар шароитда ўтказилади. Ушбу исартирилган услублар тезрок муддатда аллергиянинг ушлаб турувчи дозасига еришиш учун кўлланилади. Услублар аллергия реаксиялар чакирувчи ўсимликлар гуллашига оз муддат олган бўлса ёки бемор хошишига кўра тезрок ўтказиш зарурати туғилсагина ўтказилади Тезлаштирилган АСИТ услублардан кўпрок .Ю.А .Порошиной ва бошка муаллифлар 1988 йилда ишлаб чиан аллергиянинг сув-тузли экстракти тезлаштирилган услубидан фойдаланилади . Аллергенли аралашмалар беморнинг индивидуал сезувчалик ва клиник аҳамиятга хос тарзда тайёрланади.Аллергиянинг бошланч дозаси 10-6 суюлтирилган 0.2 мл ,яъни 0,002 РНУ га мос келса, охири дозаси -10-1 суюлтирилган 1,0 мл яъни 1000 РНУ га мос келади. Беморлар аллергия инъекциясини кунига 2-3 марта 2 соат интервал билан абул иладилар (3.2- жадвал). Беморнинг индивидуал чидамлилиги инобатга олиб (даволовчи шифокор назорати остида)муддат 1 кунга кискартирилиши ёки кунорага ўтказилиши мумкин . Аллергиянинг умумлаштирилган курс дозаси 5955,55 РНУ ни ташкил илади. Статсионардан чикгандан сўнг ам 14 кунда 1 мартадан аллергиянинг ушлаб турувчи дозаси тавсия етилади .Ушлаб турувчи доза тарикасида аллергияга максимал чидамлилик дозаси танланади. Даволаш юкори сезувчанлик намоён илувчи ўсимликлар гуллашига 1-2 хафта колганда тўхтатилади

3.2 жадвал .Тезлаштирилган АСИТ нинг сув-туз аллергияли схема наъмунаси .(Ю.А. Порошиной ва боша муаллифлар бўйича 1988 й)

Даволанган кун	Инъекциялар сони	Аллерген аралашмаси	Микдор, мл	РНУ дозада
1	1	1 : 1 000 000	0,2	0,002
	2		0,4	0,004
	3		0,8	0,008
2	4	1 : 100 000	0,2	0,02
	5		0,4	0,04
	6		0,8	0,08
3	7	1 : 10 000	0,2	0,2
	8		0,4	0,4
	9		0,8	0,8
4	10	1 : 1000	0,2	2
	11		0,4	4

	12		0,8	8
5	13	1 : 100	0,2	20
	14		0,3	30
	15		0,4	40
6	16	1 : 100	0,5	50
	17		0,6	60
	18		0,7	70
7	19	1 : 100	0,8	80
	20		0,9	90
	21		1,0	100
8	22	1 : 10	0,2	200
	23		0,3	300
	24		0,4	400
9	25	1 : 10	0,5	500
	26		0,6	600
	27		0,7	700
10	28	1 : 10	0,8	800
	26		0,9	900
	27		1,0	1000
Жами				ПНУ 5976

Тезлаштирилган АСИТ бемор умумий аҳволини назорат қилган ҳолда 5 кунда 1 мартадан кон ва сийдикнинг килиник таҳлили кўриб турилади . АСИТ

тугагандан сўнг ҳам коннинг биохимик таҳлили , ЕКГ ва ФВД текширувлари ўтказилиб кўрилади .Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки , юқоридаги схема наъмуна схемасидир. Аллерголог беморни кузатиш, натижасида АСИТ схемасини ўзгартириши-навбатдаги инъексияда алерген дозасини камайтириш , ёки аллергия симптомлари пайдо бўлганда навбатдаги инъексиядан бошлариди салаб олиши инфетсион, тизимли касалликлар ва бошлар пайдо булганда интервалларни узайтириш мумкин. Мутахасислар ишлари кўрсатадики, АСИТ ни β-каротин ва аскорбин кислота билан бирга ўллаш услубнинг клиник самарасини ошириш ва поллиноз бўлган беморларда ножуя реакцияларни камайтиради. Ҳозирги кунда модифитсирланган алергенлардан алергоидлар кенг миёсида ўлланилмокда. Алергенларни формалдегид ёки глутар алдегид билан химик модифитсирлашда уларнинг иммунологик хусусияти саланган олда алергенлик хусусияти пасаяди . Бу еса АСИТ ўтказишда ножуя таъсирларни камайтиради, алергенни юқори дозада кўллашга имкон беради ва даволаш самарасини оширади. Амалий алергология ўзининг бир-атор алерголоидларига ега . АСИТ ўтказишда алерголоидларига инексияни елканинг пастки учдан -бир қисмига тери остига илинади. Бошлангич доза алергоматрик титрлаш услуби орали анилаб олинади Биринчи инексия ар куни ёки кунора илинади . Инексиялар 1:100 ва 1:10 нисбатларда суолтирилиб , 3кун интервалда илинади . Агар чидамлилиқ

яхши бўлса, терапияни суюлтирилмаган (тўли) аллергоид билан 7кун интервалда инексияни такрорланади (3.3 жадвал). Аллергоидлар билан АСИТ ўтказилган бемор аволи худди АСИТ нинг сув -туз аллерген экстрактли классик тури меъзонлари асосида баоланади. Охирги йигирма йиллик давомида мутахасислар структураси назорат илинувчи полиелектролит асосида олинган иммуномодуловчи воситалар ва ваксиналарни клиник амалиётда қўллаш асосида ишлар олиб боришмодалар. Ушбу гурунинг асосий маълум вакиллардан бири -полиоксиднинг физиологик фаол бирикмасидир. Полиоксидан билан конюгатсияланган ўсимлик чанги ҳосиллари аллерготропинлар деб аталади . Тимофевка (лу) чанги (Тимпол), кайин (Берпол) ва шуво (Полпол) асосида олинган аллерготропинлар мос сенсibiliзаттсияси булган респиратор аллергик касалликларда АСИТ учун қўлланилади. АСИТ курси 1 ҳафта интервал билан ўсиб борувчи 15та курс инексияни ташкил килади . Битта беморга юборилган аллергенниг умумий курс дозаси 4555 РНУ ни ташкил килади . Аллерготропин билан АСИТ ўтказилган беморлар аҳволи худди илгаргидек сув-туз аллерген экстрактли АСИТ меъзонларидек баҳоланади. Қўплаб текширувлар кўрсатиб турибтики, ушбу модификатсия воситанинг аллергенлик хусусиятини камайтиради ва иммунологик хусусиятини оширади . Бу еса юкори клиник самарадорликка ва даволашнинг хафсизлигига сабаб бўлади .

3.3 жадвал .Аллергоидлар билан АСИТ нинг наъмунавий жадвали

Аллергенни суюлтириш	1 мл да ПНУ	Мидори, мл
1 : 10 000	1,0	0,1
		0,3
		0,7
1 :1000	10	0,1
		0,3
		0,7
1 : 100	100	0,1
		0,3
		0,5
		0,7
1 : 10	1000	0,1
		0,3

		0,5
		0,7
		0,9
Масад	10000	0,1
		0,2
		0,3
		0,4
		0,5
		0,6
		0,7
		0,8
		0,9
		1,0

Аллергенга -хос терапиянинг ноинъектсон услуги озирги ватда АСИТ нинг куйидаги ноинъектсион услублари мавжуд:

- Перорал, бир марта ютишга мулжалланган томчи ,капсула таблетка шаклларда;

-Сублингвал ,аллерген тил остида 1-2 минут ушлаб турилади ,сунг ютилади ёки туфлаб ташланади;

-Интраназал ,махсус курилма ёки пипетка ёрдамида суюк ёки кукун шаклида аллергия бурун ичига киритилади;

Эндобронхиал, махсус ингалятор ёрдамида суюк ёки кукун шаклидаги аллергия бронх ичига киритилади АСИТ нинг ноинъектсион услубида кўпинча шифокорнинг кайта -кайта ташрифи талаб қилинади, бу еса барча беморларда иложи юкдир. Инъектсия еса беморларда нокулай ва афсуски хафсиздир . Шунинг учун аллергияни алтернатив ноинектсон услубда киритиш саволи алергологлар олдида турубди . Биро перорал ,ендоназал ва эндобронхиал йўллар оркали аллергияни киритиш кам самаралидир . Шунинг учун амалиётда алергологлар ва аллергия ишлаб чиқарувчилар назари АСИТ нинг сублингвал услубига аратилган . Булардан ташқари АСИТ нинг боша услублари аида ам ёзувлар бор: интраназал ,ендоbronхиал. Аммо натижалардан хулоса қилганда шок аъзоларида реактсиялар хавфи юкори (анафилактик реактсия кам учраса ам), чунки аллергия билан бевосита контакта булинади шунинг учун клиник амалётда бу услублар хам кенг тарқалмаган. Аллерген -хос иммунотерапиянинг клиник самарадорлиги. АСИТ нинг клиник самарадорлиги турли муаллифлар маълумотига араганда

70-90 % га етади ва таши клиник белгиларнинг камайиши ва дори воситаларига ехтиёж сусайиши билан характерланади. Махсус гипосенсибилизатсия носпетсифик тукима гиперреактивлиги ва яллиланишига карши таъсири АСИТ ўтказилгандан сўнг кам узоқ муддат сақланиб туради . АСИТ самарасини тасдиқловчи илгарги олинган маълумотлар охириги йилларда қилинган махсус ишлар орқали тасдиқловчи тиббиётда ўз аксини топди. Бу тадқиқотлар -“бўш бўлмасдан пилатцебо - назорат” текшируви стандартлашган тозаланган аллергенлар билан етарли муддат давомида аллергенни ушлаб турувчи дозасига (тўли) эришиш, даво курси киради . Бунақа таъдқиқотлар учун беморлар гуруи ани клиник меъзонлар ва махсус аллергологик ташхисот асосида танланади. АСИТ нинг ингальятсион (чанглар ,эпидермал ,замбурули) аллергенлар ва пардаанотли ашоротлар заридан олинган аллергенлар айнан шу усулда ўрганилди . АСИТ нинг самарадорлигини характерловчи таъдиотлар уйидаги асосий хулосаларга олиб келади:

- Самарали ўтказилган АСИТ маълум аллергенга нисбатан бемор сезувчанликни пасайтиради .Бу аллерген- хос провокатсион синамада кўринади, таббий аллерген билан таъсирлашганда клиник симптомлар йўолади ёки камаяди ва дори воситаларига ехтиёж сусаяди;

- АСИТ мавсумий ва йил давомидаги ринитлар (риноконюктивитлар) атопик БА ва пардаанотлилар чаандаги анафилактик реактсиялар учун самаралидир;

- Аллергик касалликларни даволашнинг боша услублардан фарли равишда АСИТ нинг ижобий таъсири узо ват (бир неча йил) саланиб олади;

- АСИТ самараси бемор ёшига ва касаллик босичларига болик (ерта ёшли болаларда ва касаллик бошланич боскичларида АСИТ нисбатан самарали) ;

- Ўз ватида ўтказилган самарали АСИТ касаллик енгил шаклининг оир шаклига ўтишига АР, БА га трансформатсиясига йўл ўймайди;

- АСИТ нинг килиник даво таъсирига айта курсларда (3-5 курсда),баъзан 1курса ам еришилиши мумкин;

- АСИТ нинг кўп йиллар давомида турли мамлакатларда ўлланилиши унинг нафаат самарадорлигидан ,балки услубнинг болаларга ам ,катталарга ам бирдек хафсиз еканлигидандир . Парда аотлилар чаишидан анофилактик реаксия бўлганда аллерген-хос терапия.ашорат заарлари билан иммунотерапиянинг илк урунишлари 20 асрнинг 20йилларига тўри келади, биро кейин 50 йил давомида ашорот танаси аллерген экстрактдан фойдаланади 1970 йил охирида бир гуру таъдиотчилар бир-биридан бехабар олда ашорат танасидан олинган аллерген экстракти платсебодан зиёд емаслигини ва ашоротнинг тўли заридан олинган унинг танасидан олинганга араганда яол устун еканлигини кўрсатишди .Охириги йилларда буни тасдиловчи бир-канча маолалар чоп етилди ва заардан олинган аллерген осилининг 100 мкг ми 80% беморларда тизимли реактсиялардан салайди ва олган беморларда енгил тизимли реаксиялар бўлишлиги айтилди . Таъкидлаш лозимки, арилар билан кўп контакда бўлувчи шахсларда (ари боувчиларда,

ветинарлар ,ари уяси билан махсус даволанаётганлар ва бошалар) уларнинг зари га араганда кўпрок пардаанотлилар танаси ва аётий масулотлардан респиратор аллергик касалликлар кузатилади . Бу ватларда АСИТ индивидуал схема асосида ашорот танаси билан ўтказилади. Пардаанотлилар зари билан АСИТ ўтказишга абсолют кўрсатма - ашоротлар чагандаги оир тизимли реактсиялар, яни мусбат ташхис маълумотлари (мусбат тери тести ,он зардобида махсус Жг Е борлиги) бўлганда кузатиладиган респиратор ва кардиоваскуляр симптомларда. Енгил тизимли реактсиялар, яни ешакеми, Квинке шишига ўхшашлар катталарда, айникса, болаларда ёмон оибатларга олиб келмайди. Кўплаб таъдиотлар кўрсатишича фаат бир исми беморларгина айта чишларни сезади . Бу хавф кўпро ўзидан олдин ўтган реактсиянинг анчалик хафлилигига боли. Яккол мааллий реактсиялардан сўнг 5%дан кам беморларда тизимли реактсиялар ривожланса , енгил даражадаги реактсиядан сўнг 15-30 %, оир тизимли реактсиялардан сўнг еса 50% дан кўпродир. Шунинг учун ам кўплаб Европа аллергологлари юоридаги реактсия бир неча бор такрорланган ва айта-айта ашорат чаиш хавфи бўлган беморларга АСИТ ни тавсия етадилар . Яол мааллий реактсиялар, шунингдек, айриоддий реактсиялар (васкулит, иситма,неврит тронботситопения) АСИТ учун кўрсатма бўла олмайди . АСИТ пардаанотлилар заридан тайёрланган савдодаги аллерген билан ўтказилади . Бошланич доза маълум аллергенга нисбатан беморнинг индивидуал сезгирлигини баоловчи аллергометрик титрлаш натижалари асосида танланади . ашоротлар заридан АСИТ ўтказишда тафсия илинадиган мумкин доза 100 мкг заар осили бўлиб, у иккита асалари зари га, етимол кўпрок ари зари га мос келади. 100 мкг дозанинг 50 мкг дозага нисбатан кўплаб беморларни имоя илганлиги исботланган. 200мкг доза фаат ари боувчиларга тавсия илинади ,чунки уларни бир ватда кўплаб арилар чаиши мумкин. Ушлаб турувчи доза учун пардаанотлилар заридан иммунотерапиянинг кўплаб схемалари мавжуд.Схемалар максимал имоя, минимал ножўя таъсир ва беморларга улайлик тудириш масадида ишлаб чиарилади. “Секинлаштирилган” схемада ушлаб турувчи дозага бир неча ойда еришилади, тезлаштирилганда 3-4 кунда, ултра тезлаштирилганда еса кунига аллергеннинг 6 та инектсиясигача илинади .АСИТ нинг самарадорлиги таббий ёки интенсив терапия палатасида провокатсион тарзда айта ашорот чаанда баоланади. Кўплаб муаллифлар маълумотларига кўра ари зари билан АСИТ ўтказган 90 % , беморлар асалари зари билан даволанган 75-80% беморларда провокатсион тестларга нисбатан аллергик реактсиялар кузатилмаган. олган беморларда баъзан оир тизимли реаксиялар бўлган бўлсагина , асосан йенгил реактсиялар кузатилган .

АЛЛЕРГЕН -ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ АСОРАТЛАРИ

АСИТ ўтказиш учун аллерген организмга киритилганда кутилмаган ножўя мааллий ва тизимли реактсиялар бўлиши мумкин . Мааллийга шу аллерген киритилган жойдаги реактсиялар киради. Улар мааллий гиперемия , баъзан инъектсия ўрини ишиши ва тўймалар шиши кўринишида бўлиши

мумкин. Ушбу реаксиялар кўпинча дастлабки 30 мин давомида баъзи олардагина кечро юзага чиши мумкин. Мааллий реаксиялар алерген дозасини коррекция илиш (айтариш ёки камайтириш) учун омил бўлиб исобланади. Тизимли реаксиялар алерген юборилган соадан боша жойда осил бўладиган реаксиялардир. Агар бу реаксиялар пайдо бўлса, инъексиядан сўнг бир-неча минутда, камдан-кам олардагина 30 минутдан кейин юзага чиши мумкин. Тизимли реаксияларни аётга хавф тудирмайдиган ва хавф тудирадиганларга (АШ, аётгий зарур аъзолар шиши--масалан иилдо, бронхозпазм) ажратиш мумкин. Тизимли реаксияларга: бош ории, бўимлардаги ори, ноулайлик иссини киритиш мумкин. Тизимли реаксияларнинг ўртача белгиларига- энгил кечувчи ринит ёки БА (ПСВ меъёридан 60% дан кам емас ёки беморда турун ремиссия ватидан ам 60% дан кам емас), яхши назоратланадиган тегишли дори воситалари олгандаги (H1- гистаминоретсептор блокаторлари ёки β 2- адреморетсептор ингалатсион антогонистлари). Тизимли реаксияларнинг нисбатан яолро шаклларига: ешакеми, квинке шиши, бронх ўтказувчанлигининг бузилишлари (ПСВ меъёрий ёки турун ремиссия ватидаги 60% дан кам), назоратланган тегишли дори воситалар олгандагиларни киритиш мумкин. аётга хавф тудирувчи реаксиялар интенсив терапияни талаб етади. Тизимли реаксиялар кузатилганда шу беморда АСИТ дастурини албатта айта кўриб чиши лозимдир. Тизимли реаксияларнинг юзага чиши вати уларнинг оирлигига таъсир ўтказиши, биро ушбу реаксиялар баъзан алерген инъексиясидан 30-60 минутдан сўнг ам юзага чиши мумкин. Мааллий реаксияларнинг ўлчамига араб тизимли реаксиялар айда фикр юритиб бўлмаиди. Бир атор таъдиотлар кўрсатадики, кучли мааллий реасиясиз ам юзага келади. Тизимли реаксияларнинг талилича, кўп оларда АСИТ ўтказишда маълум оидаларга риоя илмаслик етади.

АСИТ ўтказишда тизимли реаксиялар пайдо бўлишининг сабаблари уйидагилардир:

-АСИТ ўтказиш протоколини бузиш, айнан:

юборилаётган алерген дозасида адашиш;

-АСИТ ўтказиш мобайнида янги флакондан фойдаланиш (боша серия ва боша фаолликдаги алергенга ўтиш);

-Алергенни беморга БА нинг клиник намоён бўлган ватида, навбатдаги алергеннинг даво дозасини касаллик хуруж ватида (алергик бўлмаган касалликларнинг хам) юбориш;

-Беморда сезувчанликнинг аддан ташари юорлиги (ва мос равешда яхши тартибга солинмаган доза режими);

-Беморларда β -адреноблокаторлар билан биргаликда ўллаш. Бутун жаонда ар йили илинадиган бир-неча миллионлаб алерген инъексияларига солиштириб кўрилганда, ножўя реаксиялар учраши жуда кам еканлигини кўриш мумкин. АСИТ дан оир тизимли реаксиялар кўринишидаги асоратларга еътибор берилса, улар: АСИТни мутахасис-шифокор (алерголог-иммунолог)лар емас, балки боша соа шифокорлари, ёки умумий амалиёт

шифокорлари (оилавий шифокорлар) ўтказадиган мамлакатларда кўпро кузатилган. Бунга арши мамлакатларда, яъни АСИТ ни ушбу иш жараёни билан таниш, тажрибали мутахасислар ўтказадиган, даволаш махсус тиббиёт муассасаларида ножўя таъсирлар юзага келса уларни бартараф етиш воситалари бўлган жойларда оир оибатлар кузатилмади. Л.Бусинко (Л.Бусинсо) ва боша муаллифлар ўтказган 12286 инъектсиядан (АСИТ олувчи 1056 бемор жами 10(0.07%) та тизимли реактсия, улардан 1(0.01%) та анафилактик реактсия кузатилган. АСИТ ўтказишда уйдаги оидалар маимдир:

-АСИТ ни фаат махсус тайёрланган мутахасис (аллерголок-шифокор) ўтказиш лозим;

-муолажа махсус аллерголик кабинет ёки статсионарда ўтказилиши лозим. Бу муассаларда фаат АСИТ ўтказиш емас, балки ножўя реактсиялар кузатилса уларни бартараф илиш воситаларини ам бўлмои керак. Ушбу оидаларга амал илиш АСИТ ни матахасис бўлмаган шифокорлар (Умумий амалиёт шифокорлари) ўтказадиган мамлакатларда юзага келиши мумкин бўлган кўнгилсиз оибатларни камайтиради. Умумий амалиёт шифокорининг вазифаси аллергик касаллик ташхиси ани бўлса ёки гумон илинса, ушбу масалани ал илиш , беморга АСИТ ўтказиш учун беморни аллерголик-шифокор кўригига юборишдир. АСИТ нинг “тезлаштирилган” услубида ножўя реактсияларни камайтириш учун Н1-гистамино ретсептор блокаторлари фонида ўтказиш ўзини олаган. Бунда метоболизланмайдиган охирги авлод Н1-гистаминоретсептор блокаторлари ўллаш афзалдир, чунки,ўта хос, тезда таъсир кўрсатади, давомли таъсирли амда МНСга таъсир кўрсатмайди. АСИТ нинг хавфсизлиги муокама етилаётганда сублингвал услубга алоида еътибор аратиш лозим. Охирги 20 йил ичида ўтказилагн сублингвал услубдан сўнг бирорта оир-аётга хавф тудирувчи асоратлар ва ўлим олатлари кузатилмаган. Бундан ташари сублингвал услубдан сўнг 10% дан кам беморларда реактсиялар учраган. Бир атор маълумотларга кўра Франтсия, Гретсия ва Италияда 39 % беморларда сублингвал АСИТ дан кейин, 29% беморларда платсебодан кейин ножўя реактсиялар кузатилган. Ушбу ножўя реактсияларнинг кўпчилиги арзимас даражада, носпетсифик ва сезилар-сезилмас тизимли реактсиялар шаклида учраган. Бирорта ам хавфли ва анафилактик реактсия олатлари кузатилмаган . Даводан бош тортишга асос диспептик ва мааллий (лунж) сабаблар бўлган. Тегишли аъзолар билан аллерген бевосита контактда бўлар екан, ножўя реактсиялар умуман кутилмаслиги мумкин емас. Сублингвал АСИТ да кўпро учрайдиган ножўя реактсия-оиз ичиши бўлиб, аллергеннинг биринчи дозасидан сўнг ўтиб кетади. Кейинро абдоминал белгилар (оринда ори, кўнгил айниши, диарея) пайдо бўлади ва улар аллерген дозасига болидир. Боша мааллий ва тизимли реактсияларнинг дозага болилиги кузатилмаган. Сублингвал услубда хавфсизлигининг анча юурилиги АСИТ ўтказиш учун ушбу услуб педиатрия амалиётида бирмунча улайдир

Аллерген-хос иммунотерапия ва яллиланишга арши терапиялар комплекси. АСИТ билан комплекс терапия ўтказилаётганда фармакологик воситалар ва аллергияларнинг иёсий ножўя таъсирларидан кўз юмиб бўлмайди. Яхши маълумки, β_2 -адреноретсептор антогонистларини узо муддат ёки доимий ўллаш БА дан беморларнинг тўсатдан ўлимини хавфини оширади. Боша блокаторлар: H1-гистамино ретсептор ва теофиллин абулидан кейин юзага келган ножўя реаксиялар айда ам маълумотлар бор. озиргидеки ватда мааллий таъсир етувчи глюкокортикоидлар кенг таралган. Ушбу воситаларнинг терапевтик самараси ва комплекс яллиланишга арши хусусиятларини инкор етмаган олда айтиш жоизки, узо муддат абул илганболаларда дори абули ватида реаксия йўлигига арамадан, ўпка-бронхапаратининг периферик бўлимларида яллиланиш белгилари йўолмайди. АСИТ ни етарлича билимга ега мутахасислар олиб борадиган мамлакатларда муолажа давомида еч анаа ножўя реаксиялар кузатилмаганлиги маълум. Жаон Солини Салаш ташкилоти (ВОЗ) нинг АСИТ га баишлаб чоп етилаб 1998 йилдаги маоласида тўри танланган чанг аллергиялари, уй чанги каналларига нисбатан сезгирлиги бўлаган аллергиялик респиратор касалликлар (АР, енгил кечувчи атопик БА) да АСИТ услуби шубасиз самарали еканлиги айтилган. Шунга арамадан АСИТ ингаляцион яллиланишга арши терапияга араганда анча кам ўлланилади. ўлланмаларда БА ва АР ни даволашда АСИТ охириги ўринга ўйилган бўлиб, бу услубга ёрдамчи ёки стандарт медикаментоз терапия самара бермаганда ўлланиладиган услуб сифатида аралган. Кўплаб халаро ва миллий маолаларда АСИТ фаат фармокотерапия фойда бермаганда ўлланилиши айда айтилган. Бу фаразлар тўри бўлиши мумкин емас, чунки АСИТ ни анча тез бошланса, шунча самарали бўлади. Юорида таъкидлаб ўтилганидек, замонавий ўтказилган АСИТ касаллик енгил шакллариининг оир шаклларига ўтишини, дори воситаларига нисбатан етиёжини камайтиради (атто йўотади). Охир-окибат АСИТ туфайли фаат дори воситаларининг ўзи билангина еришиб бўлмайдиган узо ва кўп йиллик ремиссияга еришилади. 1990 йилда ўтказилган “ўшалок билмасдан платсебо-назорат” таъдиотлари тасдилайдики, БА нинг ўртача-оир ва оир шакллариини даволашда АСИТ самаралидир. атто доимий АСИТ фонидеки ам ингаляцион глюкокортикоидлар ўллаб юрадиган беморларда ам бу боланиш самарали еканлиги кўрсатилган. АСИТ нинг профилактик самарасини кўрсатиши бу узо муддатли ремиссияга еришиш, янги аллергияларга нисбатан сезгирликнинг йўолиши ёки касаллик клиник манзарасининг ёмонлашувидир. Ретроспектив талил маълумотлари кўрсатишича, АСИТ билан даволанаётган БА беморларда 20йил мобайнида 75% да яол хуружлар кузатилмаган. Ушбу маълумотнинг тасдики педиатрия амалиётида алоида аамиятга ега. “Платсебо-назорат” текшируви кўрсатадики, АСИТ ўтказилгандан сўнг 60% болаларда БА симптомлари кузатилмаган бўлса, назорат гуруида еса бу кўрсаткич 20% дан ортмаган. Унутмаслик лозимки, АСИТ аллергиялик жараённинг барча звеноларига таъсир кўрсатади:

-айнан иммунологик звенога еффектор ужайраларга (семиз хужайра) бошланич фазада, боша атнашувчи ужайраларга аллергик жавобнинг кеч босичларида;

-тўиманинг нафаат аллерген-хос сезувчанлиги, балки носпетсифик гиперреактивлигини ам пасайтиради;

-юори сезувчанлик чаирувчи аллергенлар спектри кенгайишини тўхтатади. Хозирги ватда Аллергик касалликларга чалинган беморларга медикаментоз терапиялар асосида симптомларни енгиллаштириш етарли емас, улар узо муддатли ремиссияни, дориларга ехтиёжни камайтириш, профилактик таъсир етувчи воситалар ва атто аллергиядан батамом утулишни ўйлашмодалар. Бу ехтиёжларни фаат медикаментоз даволар асосида бартарф етишининг иложи йўқ.

Аллерген-хос иммунотерапияни такомиллаштириш йўллари (алтернатив стратегиялар): АСИТ ни ва аллергенларнинг даво шаклларини такомиллаштириш бир томондан дори воситаларининг аллергенлик хусусиятларини сусайтиришга аратилган бўлса, боша томондан уларнинг иммуногенлик хусусиятини салаш ва кучайтириш , АСИТ нинг терапевтик самарасини ошириш, аллергенлар даво шаклларининг хавфсизлигини яхшилашга аратилган. Аллергенни киритиш йўлларига араб бир-анча АСИТ турлари мавжуд: тери ости, перорал (сублингвал), ендоназол, ендобронхиал ва бошалар. Кўпро АСИТ нинг тери ости услуги таралган. Айтиб ўтиш жоизки, АСИТ нинг тери ости услуги яхши самара бериши учун 3-5 йил давомида 100га яин инъектсия олиш лозим. Охирги ўн йиллик мобайнида бутун жаон олимлари камро инъектсиялар ва иса ватда юори самарали АСИТ ўтказиш устида ишлар олиб бормодалар. Бу еса АСИТ услубининг янада ривожланишига туртки бўлади. Перорал (сублингвал) аллергенга - хос иммунотерапияни такомиллаштириш:

Перорал аллерген-хос даволашнинг замонавий алтернатив усулларида бири-бу капсулаланган аллергенни микрогранула (аллерген гранула ичида, диаметри 1мм дан ортмайди) ларда ўллашдир. Ушбу капсулалар ичишга буюрилади. оби аллергенни кислотали муитда муддатидан илгари дегранулятсияланишдан салайди. Ингичка ичакнинг проксимал исмида рН юори бўлган муитда оби ериб, аллерген фаол ажралади. Тепас (Тепас)ва боша муаллифлар бошоли ўсимликларга нисбатан сезувчанлиги юори бўлган АР беморларни даволаш жараёнида тимофевка (лу) чанги аллергени тутган микрогранулалардан фойдаланишди. Ушбу воситани абул илган беморлада 10 афта давомида АР нинг симптомлари намоён бўлиши сезиларли пасайди, илгаргига араганда ва платсебо абул илган беморларга араганда дори воситаларига нисбатан етиёж пасайган. Таъкидлаб ўтиш лозимки, ушбу услуб билан даволанган бирорта беморда ам сезиларли нохуш аломатлар кузатилмаган.

Рекомбенатив аллергенлар билан аллерген-хос иммунотерапия:

АСИТ билан даволашнинг механизмлари, уни клиник амалиётда ўллаш аида янги билимлар тўпланиб, услуб аста-секинлик билан такомиллашиб

бормода. Тўли аллерген билан даволаш биров бўлса ам тизимли реактсиялар (камдан-кам-анафилаксия) чаирсада, Жг Е га таъсир етмай, Т ужайра жавобига таъсир етувчи аллерген вактсиналари яратиш устида ишлар олиб борилмода, Бу йўналишда илинадиган ишлардан бири рекомбенатив генетик модифитсирланган Жг Есинтезини стимулламадан Т-ужайраларга таъсир етувчи аллерген осилини яратишдир. Валента (Валента) ва боша муаллифлар айиннинг бош аллерген осили асосида Бетв1 воситасини яратишдилар. Полиноз бўлган ва ушбу дарахт чангига сезгирчан бўлган беморларда Бетв1 воситаси тери ва провокатсион назал тестларда сезилар-сезилмас чаирди. Шу билан бирга ушбу восита юори терапевтик самара берди. Булардан ташари рекомбенатив осил аллергенлари билан АСИТ ўтказилганда тўли аллерген таркибига кирувчи компонентларга нисбатан сенсиблизатсия чаирилишидан очиш лозим. Аллерген пептидлар билан аллерген-хос терапия Жг Е болвчи (В-ужайрали) елитоплар-конформатсион структурали шунинг учун Т-ужайрали елитонлар пептид исмига нисбатан осон медицитсирланади. Т-ужайрали елитонларни салаган олда, ЖгЕ-болвчи елитонларнинг блоккланиши аллергик реактсияларга арши дори воситаларининг хавфсизлигини камайтиради. Бунда уларнинг иммуногенлик хусусияти саланиб олади (балки толерантлик ривожланиши мумкин). Семиз ужайралар фаоллашуви ва тезкор жавобдан очиш учун аллергенни иса пептидларга фрагментатсияланади. Бу пептидлар йетарли даражада кичик бўлиб, уларни аллерген-хос ЖгЕ таний олмайди. Охир-оибат ушбу семиз ужайралар дегранулятсияланишини тўхтатади. Бундан ташари алергенли пептидлар антигентадим илувчи ужайрасиз Т-ужайралар билан боланмайди, натижада Т-ужайралар интакт олади. Ушбу фаат тезкор реактсиялар емас, балки, аллергик жавобнинг секин босичларида ам самара беради. АСИТ учун кўпро маълум бўлган аллерген пептид сифатида мушук териси дериватлари- “мушук” антегени ёки Фел д1 биологик материали маълум. 12та аминокислота кетма-кетлигидан тузилган илгарги осил молекуласининг фаат бир учини оплаган пептидлардан фарли равишда молекулани тўлиича оплаган пептидлар серияси ўрганилди. “Мушук” аллергенлари билан сенсиблизатсиялашаган беморларга 2 афта давомида 4та инъектсиядан иборат Фел д1 шаклидаги опланган пептидлар юборилди. Ушбу воситалар билан даводан сўнг беморларда мушук жунларига арши тери реактсиясининг секин босичида авари-гиперемия соаси камайди. Бундан ташари шу беморларда таббий “мушук” аллергенлари экспозитсиясига нисбатан толерантлик шаклланди ва бу платсебо олган беморларда кузатилмади. Ушбу маълумотлар кўрсатиб турибдики, опланган Фел д1 пептидлари билан АСИТ ўтказиш самарали даво усулидир Адювантлар билан биргаликда аллерген-хос иммунотерапия:

Даво аллергенлари хозирги ватда маълум самарадорликка ега. Уларни иммун тизими ва иммуногенликни фаолловчи адювантлар билан биргаликда ўллаш АСИТ нинг самарадорлигини янада оширади. Адювантлар: Ситокинлар (ИЛ-12, ИЛ-18), СрГДНК (ДНК кетма-кетли динуклеоидлар, ситидин ва гуанозин тутувчи), термик ўзгараган Листерия моносйтогенс ва синтетик

иммуномодуляторлардан иборат. Ушбу адювантлар иммун тизимини, кўпроқ антитадимловчи ужайраларни стимуллайди, шунингдек имоё типини индутсирлайди, Т2 жавоб ривожланишини блоклайди ва еозинофиллар таъсирини пасайтиради. Аллерготропинлар билан алерген-хос иммунотерапия Охирги 20 йил давомида мутахасислар изланишлари янги йўналишга аратилган, яъни структурасини назоратловчи полиэлектролитлар асосида иммуномодуловчи воситалар ва вакциналар яратиш, уларни клиник амалиётда ўллашга. Осил антигенларининг синтетик полиэлектролитлар билан ўшилиши комплекснинг антиген исмига нисбатан кучли иммун жавоб шаклланишига сабаб бўлади. Ушбу принтсипдан фойдаланиш химик модифитсирланган алергенларнинг янги авлодини яратишга асос бўлди (аллерготропланган алерген-полимер комплекс ёки конъюгатлар) - алерговакцин, номланган алерготропинлар.

Полиоксидоний- иммуномодуловчи восита, унинг юори клиник самараси иммуномодуловчи хусусиятга детоксикатсион, антиоксидант ва мембранопротектив хусусиятлар ўшилиши билан боли. Полиоксидоний- физиологик юори молекулали фаол модда бўлиб, ўзида сополимер Н-окси 1.4- этиленпиперазин ва (Н-карбокситетил) ўртача молекуляр массаси 100 кДа бўлган 1.4-этиленпиперазин бромид тутати. Тажриба маълумотларича, полиоксидоний монотситлар билан юори фаолликда таъсирлашса, нейтрофиллар билан бироз кучсизро ва лимфоситлар билан еса монотситларга араганда 7-8 марта кучсиз таъсирлашади. Полмоксидоний яллиланишга арши ситокинлар ИЛ-1В ва ИЛ-6 синтезини стимуллайди ва ФНО-Л ин витро махсулотларига еса модуловчи самара беради. Тимофевка (лу), айин, шуво чанглари асосида олинган алерготропинлар юоридаги ўсимликларга мос сенсблизатсия бўлганда респиратор алергик касалликларга арши АСИТ воситаси сифатида ўлланади. Беморларни алерготропинлар билан даволагандан сўнг уларда хос алергенларга нисбатан тери ва тўйма сезувчанлиги пасайгани кузатилди. 2005 йилда “ўшало билмасдан платсебо- назорат” услуги орали Тимпол алерготропини билан АСИТ ўтказилиб унинг ўта хавфсиз ва юори самарадорликка ега еканлиги исботланди. Монокланал антителалар билан васинатсия стратегияси Замоनावий тиббиётда АСИТ нинг самарасини ошириш, оммабоплигини кучайтириш устида ишлар олиб борилмода. Кўпчиликлар бу йўлда моноклонал антителолар: антиИгЕ ва анти ИЛ-4лардан фойдаланишни талил илишмода. Анти-Иг Е моноклонал антитела (Холаир). Фоол анд Друг Администратион томонидан АШ да БА ни даволаш учун анти- Иг Е дан фойдаланишга рухсат етилган. Унинг алергик жавоб тезкор босичини блоклаши, айнан семиз ужайралар дегранулятсиясини секинлаштириши амда классик иммунотерапия ватида доза ортиб кетганда муаммони ал илишда аамияти маълум, АСИТ курсидан илгари анти Иг Е- антителани ўллаш зарур дозага еришиш босичини сезиларли даражада камайтиради. Бунда алергенларнинг регулятор Т-ужайраларни индутсирлаш хусусияти саланиб, Т2- хужайралар осил бўлиши ва кеч босичли реактсияларни блоклайди. Анти-ИЛ-4-антителаси Анти-ИЛ-4-антитела БА ни

даволашда синаб кўрилди. ИЛ-4- Т2-лимфоситлар табааланишида бирламчи омилдир. Уни анти-ИЛ-4 антителоси билан нейтраллаш Т2-лимфоситлар табааланишини секинлаштиради ва аллергия симптомлари ва астма номоён бўлишини камайтиради. Шунинг учун анти-ИЛ-4 антителоси билан АСИТ имоя иммунитетини индукцияси ва Т2 жавобнинг Т1 га айланишида самаралидир. Анти-ИЛ-4 антителосининг хавфсизлиги турли маолаларда чоп етилган, биро, бу даволашнинг самараси азда али етарли маълумотлар йў. АСИТ - аллергия касалликларнинг табиий кечишини ўзгартирувчи ягона самарали услубдир. Унинг самарадорлиги ичишга капсулаланган аллергиялар ўлланганда пептидлар, аллергиялар адювантлар (СпГ ёки Листерия) ёки АСИТ иммуномодуляторлар (полиоксидоний) билан биргаликда ўлланганда янада ортади. Келажакда АСИТ юори самарали, хавфсиз беморлар, аллергиялар шифокорлар учун ам бирдек оммабоп услуб бўлиб олади.

ТЕСТЛАР

1. Бронхиал астма бўғилиш хуружларини келиб чиқишида ВАТ нинг ҳолати қандай ахамиятга эга?

А. α – адренорецепторлар қўзғалувчан, холинергик фаоллик ва β – адренорецепторлар қўзғалувчанлиги пасайган

Б. α – адренорецепторлар ва β – адренорецепторлар қўзғалувчан, холинергик фаоллик қўзғалувчанлиги пасайган,

В. α – адренорецепторлар қўзғалувчан, β – адренорецепторлар қўзғалувчанлиги пасайган, холинергик фаоллик Г. α – адренорецепторлар қўзғалувчан, β – адренорецепторлар қўзғалувчанлиги пасайган, холинергик фаоллик

Д. Фарқи йўқ

Жавоб: а

2. Бронхиал астма хуружининг ривожланишида, ўпканинг фаолиятида қандай ўзгариш кузатилади?

А. Нафас олишда хаво оқимининг ўртача тезлиги пасаяди

Б. Ўпканинг қолдиқ ҳажми кўпаяди

В. Нафас олишда хавонинг сарфланиши юқори кўрсаткичи пасаяди

Г. Ўпканинг функционал қолдиқ кенглиги катталашган

Д. Юқорида келтирилганларнинг ҳаммасини ўрни бор

Жавоб: а

3. Атопик бронхиал астма хуружи даврида периферик қонда қандай кўринишлар кузатилади?

- А. Лейкоцитоз, нейтропения, нисбатан лимфоцитоз, эозинофилия, СОЭ меъёр чегарасида
- Б. Лейкоцитоз, нейтропения, абсолют лимфоцитоз, СОЭ тезлашган
- В. Лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофилия, СОЭ меъёр чегарасида
- Г. Лейкопения, нейтропения, нисбатан лимфоцитоз, СОЭ тезлашган

Жавоб: а

4. Инфекцион-аллергик бронхиал астма хуружи даврида периферик қонда қандай кўринишлар кузатилади?

- А. Лейкоцитоз, нейтрофилёз, юқори эозинофилия, СОЭ тезлашган
- Б. Лейкопения, нисбатан лимфоцитоз, эозинофилия, тезлашган СОЭ
- В. Лейкоцитоз, нейтропения, эозинофилия, СОЭ меъёрда
- Г. Лейкопения, юқори эозинофилия, СОЭ меъёр чегарасида
- Д. Лейкоцитоз, нейтропения, абсолют лимфоцитоз, тезлашган СОЭ

Жавоб: а

5. БА билан оғриган болалар учун эуфиллиннинг ўрта дозаси

- А. 4-6 мг/кг
- Б. 1-3 мг/кг
- В. 6-10 мг/кг
- Г. 2-4 мг/кг
- Д. 6-8 мг/кг

Жавоб: а

6. 9 ёшдан катта болалар БА касаллигини даволашда сальбутамолни перорал қандай дозаларда буюрилади

- А. 4 мгдан 3 марта кунига
- Б. 2 мг 3-4 марта кунига
- В. 5 мг 3-4 марта кунига
- Г. 1 мг 3-4 марта кунига
- Д. 2,5 мг 3-4 марта кунига

Жавоб: а

7. Астматик статусни даволашда эуфиллиннинг тўйиниш дозаси қандай

- А. 6 мг/кг
- Б. 3 мг/кг
- В. 12 мг/кг
- Г. 10 мг/кг
- Д. 5 мг/кг

Жавоб: а

8. БА глюкокортикоид гормонларни тавсия қилиш учун кўрсатмалар

- А. астматик статуснинг 2 – 3 босқичи
- Б. Астманинг олдинги хуружларини сўндириш мақсадида тез-тез қўллаш
- В. 12 соат давомида бронхолитиклар билан қолмаган оғир бўғилиш хуружи
- Г. Юқорида келтирилганларнинг ҳаммаси
- Д. Қўлланилмиди

Жавоб: а

9. Астматик статуснинг 2-3 босқичида преднизалон дозаси қандай

- А. 5-10 мг/кг
- Б. 1-2 мг/кг
- В. 2-3 мг/кг
- Г. 0,5-1 мг/кг
- Д. 3-5 мг/кг

Жавоб: а

10. БА да инталнинг даволаш курсини давомийлиги қанча?

- А. 1 – 3 ойдан 1 йилгача ва ундан ҳам кўп
- Б. 1-3 ойдан кўп эмас
- В. 7-10 кун
- Г. 10 кундан кўп эмас
- Д. 1-2 ой.

Жавоб: а

11. БА га ҳозирги вақтда қаралади:

- А. Бронхлар гиперреактивлиги билан кечадиган нафас йўлларининг сур. яллиғланиш касаллиги
- Б. Бўғилиш хуружлари билан кечадиган спорадик касаллик
- В. Нафас йўлларининг ўткир аллергик касаллиги
- Г. Ўпкани сур. интерстециал жарохатланиши
- Д. бириктирувчи тўқиманинг ўткирости жарохатланиши

Жавоб: а

12. Ташқи нафасни назорат қилиш учун БА беморига ўзи билан олиб юриши лозим:

- А. пикфлоуметр
- Б. бодиплетизмограф
- В. спирограф
- Г. пневмотахограф
- Д. қоннинг газ ҳолатини тахлили

Жавоб: а

13. БАнинг 2 босқичи:

- А. енгил кечувчи персистирланган астма
- Б. сур. ўпка юраги
- В. астматик статус
- Г. оғир интерметирланган БА
- Д. жисмоний зўриқиш БА си.

Жавоб: а

14. БАнинг 4 босқичи:

- А. оғир персистирланган БА
- Б. сур. ўпка юраги
- В. оғир интерметирланган БА
- Г. жисмоний зўриқиш БА си.
- Д. "Асперинли" БА.

Жавоб: а

15. БА даволаш даврида оғирлик даражасини аниқлаш асосланган:

- А. вентиляция кўрсаткичларининг бирлиги ва ўтказилаётган давонинг ангиомасига
- Б. фақатгина физикал текширув маълумотларига
- В. Форсирланган нафас чиқариш кўрсаткичларига
- Г. пикфлоуметр ва ЭКГ маълумотларининг бирга келишига
- Д. аллергенлар билан тери синамалари натижаларига

Жавоб: а

16. БАнинг базис давосига нима киради

- А. бенакорт, флунизалит, кромоглиц кислотаси
- Б. аминофиллин, астмопент и бронхолитин
- В. сальбутамол, бератек, сальбен
- Г. ипратропия бромид, беродуал
- Д. солутан, теофедрин, тусупрек

Жавоб: а

17. Пикфлоуметрия врачга ёрдам беради қуйидагидан ташқари:

- А. ЎТХ камайиши даражасини баҳолашни
- Б. касаллик кечиши оғирлигини баҳолашни
- В. БА эрта ташхислашни
- Г. бронхиал обструкцияни орқага қатишини аниқлаш
- Д. даволаш самарадорлигини баҳолаш

Жавоб: а

18. Бронхиал астма – қуйидагилар асосида ривожланадиган касаллик:

- а) Бронхларнинг сурункали аллергик яллиғланишидан
- б) Бронхларнинг сурункали бактериал яллиғланишида

- в) бронхлар гиперреактивлигидан
 - г) бронхлар гипореактивлигидан
- Жавоб: а*

19. бронхиал астмани ривожланишида келтириб чиқарувчи омиллар:

- а) атопия
- б) бронхлар гиперреактивлигидан
- в) наслий моиллик
- г) вируслар ва вакциналар
- д) кимёвий моддалар

Жавоб: а, б, в

20. бронхиал астманинг ташхиси қуйидаги маълумотларни баҳолашга асосланган:

- а) анамнезни
- б) аллергия ҳолатни
- в) ташқи нафас фаолияти
- г) сабабчига боғлиқ аллергия билан алоқасига
- д) Умумий қон таҳлилига
- е) пешоб таҳлилига

Жавоб: а, б, в, г

21. Замбуруғли аллергияларга сенсibiliзацияси билан боғлиқ бронхиал астманинг таалуқли:

- а) нам хоналарда қайта хуружи билан
- б) тез-тез қайталаниши ва оғир кечиши билан
- в) совуқ кунларда хуружларнинг қўпайиши билан
- г) пишлоқ, хамиртурушли нонларни еганда пайдо бўлиши билан
- д) витаминларни қўллаш билан

Жавоб: а, б, г

22. Махсус иммунотерапияда даволовчи аллергияларнинг киритиш йўллари:

- а) тери ичига
- б) эндоназал
- в) ингаляцион
- г) перорал
- д) сублингвал
- е) томир ичига

Жавоб: а, б, г,

23. Астманинг ўрта оғир кечишига НЮТ (тонги-тунги) кўрсаткичининг тарқоклиги:

- 1) 10-20% дан кўп,
- 2) 20-30 %,
- 3) 30% дан кўп

24. Астмани тўғри назоратида ушлаб турувчи давони қачон камайтириш мумкин:

- 1) 1 ойда,
- 2) 2 ойдан кейин,
- 3) 3 ойдан кейин,
- 4) ярим йилдан кейин

25. ГКС узок муддат ичгандан келиб чиқадиган асорат:

- 1) остеопороз
- 2) қандли диабет
- 3) ўсма касалликлари
- 4) катаракта
- 5) астигматизм
- 6) семизлик

26. БАни даволаш учун қўлланиладиган тизимли глюкокортикоидлар:

- 1) преднизолон
- 2) дексаметазон
- 3) метилпреднизолон

27. бета-2-агонистлардан қайси бири узок давом этувчи таъсирга эга:

- 1) Сальбутамол
- 2) Беротек
- 3) Сальметерол

28. Одатий дозада қўлланиладиган ингаляцион глюкокортикоидларда қандай ножўя таъсирлар келиб чиқади:

- а) Халқум кандидози
- б) ошқозон-ичак тизими яралари
- в) Дисфония
- г) Стероид диабет
- д) Бурун халқум инфекциялари

- 1) а, в
- 2) а, б, г, д
- 3) ҳамма жавоб тўғри
- 4) а, д
- 5) а, б, д

29. Қуйида келтирилган қайси касалликларда бронхиал обструкция синдромининг орқага қайтиши хос:

- 1) Сурункали обструктив бронхит
- 2) Бронхиал астма
- 3) ХОБЛ

30. Қайси дорилар бронхиал астма беморларни даволашда яллиғланишга қарши воситаси сифатида қўлланилади:

- а) Антибиотиклар
- б) Глюкокортикоидлар
- в) Кромогликат натрия
- г) Недокромил натрия
- д) Теофиллин

- 1) б, в, г
- 2) а, б
- 3) б, д
- 4) в, г
- 5) а, б, д

31. Бронхиал астма атопик турига тегишли қайси бири тўғри:

- а) Кўпинча қарилик даврида ривожланади
- б) бошқа атопик касалликлар билан бирга келади
- в) қонда Ig E даражасининг юқори
- г) қонда Ig E даражасининг паст
- д) қонда эозинофилия хос

Жавоблардан тўғри йиғинини топинг:

- 1) б, в, г, д
- 2) в, д
- 3) а, д
- 4) а, в, д
- 5) б, в, д

Жавоб: 2

32. Енгил персистирланган бронхиал астмани даволашда қандай даво ўтказилади:

- 1) Яллиғланишга қарши воситаларни ҳар куни юбориш
- 2) Бета2 агонистларни нерегуляр ингаляцияси
- 3) Таъсири вақти чўзилган бронходилататорни ҳар куни қўллаш
- 4) Тизимли глюкокортикоидларни тез-тез қўллаш

33. Оғир кечувчи бронхиал астма беморларини даволашда қандай даво ўтказилади:

- а) Яллиғланишга қарши воситаларни ҳар куни юбориш
- б) Бета2 агонистларни нерегуляр ингаляцияси

- в) Таъсири вақти чўзилган бронходиллятаторни ҳар куни қўллаш
- г) Тизимли глюкокортикоидларни тез-тез қўллаш

Жавоблардан тўғри йиғинини топинг:

- 1) а, в
- 2) б, г
- 3) в, г
- 4) а, в, г
- 5) а, б

34. Ўрта оғир кечувчи бронхиал астма беморларини даволашда қандай даво ўтказилади:

- а) Яллиғланишга қарши воситаларни ҳар куни юбориш
- б) Бета2 агонистларни нерегуляр ингаляцияси
- в) Таъсири вақти чўзилган бронходиллятаторни ҳар куни қўллаш

Жавоблардан тўғри йиғинини топинг:

- 1) а, б
- 2) а, б, в
- 3) б
- 4) б, в
- 5) а, в

35. Астма хуружининг жисмоний зўриқишдан кучаядиган турида, спортнинг қайси тури бу хуружларни кўпайтиради:

- а) узоқ масофага югуриш
- б) сузиш
- в) спортнинг велосипед тури
- г) чанғида югуриш
- д) сувдаги поло

Жавоблардан тўғри йиғинини топинг:

- 1) а, г
- 2) а, б, в, г
- 3) б, д
- 4) а, г
- 5) а, б

36. Атопик бронхиал астманинг ривожланиши боғлиқ

- а) бронхларнинг туғма В2-адренорецепторларини нотўлиқлиги
- б) организм сенсбилизацияси
- в) бронхларнинг иммунологик ҳимоя тизимининг бузилиши
- г) туғма гиперсимпатикотония билан
- д) аллергенлар билан узоқ муддат алоқада бўлиш
- е) тўғри жавоблар а, б, в

37. Бронхиал астманинг инфекцион-боғлиқ турига хос

- а) бронхиал астма бўйича наслий моиллик
- б) ўпка бронхларда яллиғланиш жараёни ўтказилгандан кейин касалликни ривожланиши
- в) бронх-ўпка тизимида турғун яллиғланиш ўчоғининг мавжудлиги
- г) организмда яллиғланиш ўчоғининг мавжудлиги
- д) рационал антибиотик даवони ўтказгандан сўнг тузалиши

38. Бронхиал астманинг бирламчи профилактикаси ўтказилади

- а) ҳамма соғлом одамларда
- б) аллергия касалликлар аниқланганда
- в) яқин қариндошларида бронхиал астма мавжуд бўлса
- г) сурункали нообструктив бронхит мавжуд бўлганида
- д) тез-тез шамоллаганда

39. Астмоген ноинфекцион ингаляцион аллергенларга хос, қуйида келтирилганлардан ташқари

- а) ўсимлик чанглари
- б) нопатоген қўзиқоринлар тухумлари
- в) одам ва хайвонлар эпидермиси бўлакчалари
- г) хашаротлар ва бошқа судралиб юрувчилар танасининг бўлакчалари, хайвонлар жунлари

40. Атопик бронхиал астманинг реагин механизмини тасдиқлайди:

- а) махсус аллергенга терининг пуфакчасимон турдаги жавоб реакцияси
- б) ингаляцион қўзғатувчи тестга тез жавоб реакцияси
- в) макрофаглар кўчиш факторининг секинланишини аниқланиши
- г) Прауснитц- Кюстнер бўйича ўтказишнинг мусбат реакцияси

41. α -адренорецепторларнинг таъсирланиши келтириб чиқаради

- а) томирлар спазмини
- б) томирлар кенгайишини
- в) бронхлар кенгайишини

42. β -адренорецептор стимуляцияси келтириб чиқаради

- а) бронхлар спазмини
- б) юрак қисқариш сонини кўпайтиради
- в) томирлар спазмини

43. Бронхиал астмани ўпканинг бошқа обструктив турдаги касалликларидан фарқлайди

- а) бронхлар деворида эозинофиллардаги IgE
- б) бронхлар базал мембранасининг қалинлашиши
- в) тери ости қавати безларининг гипертрофия ва гиперплазияси
- г) бронхлар силлиқ мушакларининг гипертрофияси

44. Атопик бронхиал астманинг аниқ махсус ташхислаш усули

- а) тери аллергик синамалари
- б) кўзғатувчи назал тест
- в) кўзғатувчи ингаляцион тест
- г) РАСТ

45. Бронхиал астманинг атопик турига хос

- а) хуруж ораси даврида йўтал
- б) бўғилиш хуружининг секин-аста ривожланиб бориши
- в) қайталанувчи астматик ҳолат
- г) келтирилганлардан ҳеч бири

46. Атопик бронхиал астманинг реактин механизмини тасдиқлайди, қуйидагилардан ташқари:

- а) тери аллергик синамалари
- б) кўзғатувчи аллергик тестлар
- в) преципитация реакциялари
- г) Прауснитц - Кюстнер реакциялари
- д) радиоаллергосорбент тести

47. Совуқ нам ҳаво ахволини ёмонлаштиради, қуйидагилардан ташқари

- а) бронхиал астма билан ҳамма беморларни
- б) бронхиал астманинг чангга боғлиқ турини
- в) эпидермал бронхиал астмани
- г) замбуруғли бронхиал астмани

48. Аспиринли бронхиал астма беморларига кўрсатмалар бериганида таркибида тартазин воситалари бўлган дориларни буюришдан чекланинг

- а) атромид-С
- б) индерале
- в) кондитер маҳсулотларини
- г) витаминлар дражеда
- д) юқорида келтирилганлардан ҳаммаси

49. Бронхиал астманинг клинико-патогенетик шаклида IgE ва IgG неспецифик давосида кўпроқ самарали

- а) ингаляцияда β -адреностимулятор
- б) антигистаминлар
- в) ксантин ишлаб чиқарувчилари
- г) инталотерапия
- д) тўғри жавоблар а, в

50. Бронхиал астманинг атопик генези реакцияларига хос

- а) цитотоксик тури
- б) реактин тури
- в) аллергик жараённинг ҳамма тури
- г) секинлашган аллергия
- д) иммун комплекслар билан жарохатланиш

51. Бронхиал астма хуружида ўпкада эшитилади

- а) майда пуфакчали жарангдор хириллашлар
- б) хуштаксимон қуруқ хириллашлар
- в) майда пуфакчали нам хириллашлар
- г) катта пуфакчали нам хириллашлар
- д) қуруқ ва нам хириллашлар

52. Бронхиал астманинг оғир кечишида кузатилмайди

- а) хуружларни узоқ давом этиши
- б) астматик статусни ривожланиши
- в) ўткир юрак етишмовчилигини ривожланиши
- г) стероид гормонларни қўллаш зарурлиги
- д) тўхтовсиз қусиш

53. Бронхиал астмани ривожланишида албатта бўлиши керак бўлган ўзгаришлар

- а) қон тизимида
- б) бронхлар реактивлиги
- в) вегетатив асаб тизими фаолиятида
- г) эндокрин тизими фаолиятида
- д) организмнинг нафас аллергенлари билан сенсibiliзацияси

54. Астма беморларида яллиғланиш жараёни, қуйидагилардан ташқари ҳаммасини фаоллигини баҳолаш имконини беради

- а) бронхоальвеоляр лаваж
- б) спирографик текширувлар
- в) бронхлар ва шиллиқ биопсияси
- г) балғамнинг цитологик текшируви

55. Астмаси бор беморда (аллергик механизм) хафтасига 2 марта хуружсимон йўтал, нафас олишнинг қийинлашуви β_2 -антагонистлар ингаляциясидан кейин ёки ўз-ўзидан йўқоладиган эпизодлари мавжуд. Бемор фаоллиги ва уйқуси ўзгармаган. Астманинг оғирлигини аниқланг

- а) оғир
- б) енгил
- в) ўрта оғир

56. Қуйида келтирилганидан қайси бир текширувлар астманинг оғирлик даражасини баҳолаш имконини беради?

- а) қоннинг клиник тахлили
- б) ФНХ-1ни ўзгариш даражаси
- в) кўкрак қафаси рентгенографияси
- г) балғам тахлили

57. Аллергик яллиғланишда қуйидагилардан ташқари ҳамма хужайралар иштирок этади

- а) шиш хужайралари
- б) базофиллар
- в) макрофаглар
- г) фибробластлар
- д) бронхлар шиллиқ эпителиал хужайралари

58. Астматик статус сабабчилари бўлиши мумкин

- а) бронх ўпка тизимида яллиғланиш жараёнининг қайталаниш
- б) узоқ муддат қабул қилинган глюкокортикоидларни тўхтатиш
- в) аллергияси бўлган дориларни қабул қилиш
- г) симпатомиметиклар передозировкаси
- д) ҳамма келтирилганлар

59. Астматик статусда ўрни бор

- а) α -адренорецепторлар блокадаси
- б) β_2 -рецепторлар фаоллигини ортиши
- в) β_1 -рецепторлар блокадаси
- г) β_2 -рецепторлар блокадаси
- д) α –адренорецепторлар фаоллигини ортиши

60. Астматик статусда бронхоскопия учун кўрсатма

- а) кўрсатмалар йўқ
- б) астматик статуснинг мавжудлиги
- в) преднизолон таъсирининг йўқлиги
- г) статуснинг давомийлиги
- д) енгил цианознинг мавжудлиги

61. Астматик статусда обструкция асосий механизми қандай

- а) бронхоспазм
- б) бронхиал деворда шиш-яллиғланиш ўзгаришлари
- в) майда бронхларнинг чўзилувчан балғам билан тиқилиб қолиши

62. Чўзилган бронхиал астма билан астматик статусни қонда қайси газ таркиби кўрсаткичи билан сиз қиёсий ташхисини ўтказасиз?

- а) PaCO₂
- б) PaO₂

63. Астматик статуси бор беморларда қандай асоратлар бўлиши мумкин?

- а) пневмоторакс
- б) ТЭЛА
- в) қоринчалар фибрилляцияси
- г) асфиксия
- д) ҳамма келтирилганлар

64. Астматик хуружи бўлган беморда ҳаётига хавф солувчи белгиларига хос:

- 1) бронхлар обструкция
 - 2) аускультацияда товушсиз сохаларни пайдо бўлиши
 - 3) PaCO₂ камайиши
 - 4) PaO₂ до 60 мм сим. уст. гача ва ундан ҳам паст бўлиши
 - 5) дақиқасига 36 мартагача хансираш
- а) ҳамма жавоблар тўғри
 - б) тўғри жавоблар 1, 2, 4
 - в) тўғри жавоблар ҳаммаси, 1, 2, 4 дан ташқари
 - г) тўғри жавоблар ҳаммаси, 5 дан ташқари
 - д) тўғри жавоблар 3, 5

65. Астматик статусни даволашда кислород қўллаш кенг тарқалган. Беморга кислородни қандай концентрацияси буюрилиши мақсадга мувофиқ

- а) ҳаво билан аралаштирилмаган, тоза ҳолда
- б) 80% кислород ва 20% ҳаво аралашмасида
- в) 50% кислород ва 50% ҳаво нисбатида
- г) 40% кислород ва 60% ҳаво нисбатида

66. Астматик статусда ўтказилаётган самарали давонинг клиник белгиларига хос

- а) кўчаётган балғам ҳажмининг ортиши
- б) балғам кўчишининг камайиши
- в) хансирашни камайиши

67. Енгил кечаётган бронхиал астманинг ремиссия даврида буюрилади

- а) сульфидли ванналар
- б) сувости массаж души
- в) кальций-электрофорез
- г) УВЧ-терапияни

68. Ўрта оғир кечаётган бронхиал астмада (инфекцион-аллергик тури) ремиссия даврида буюрилади

- а) сульфидли ванналар
- б) амплипульстерапияни
- в) ультратовушли даво
- г) циркуляр душ
- д) **углекислый** ванналар

69. Бронхиал астманинг инфекцион-аллергик шаклининг кечишига қуйида келтирилганлардан ташқари ҳаммаси хос,

- а) касаллик ёшлик даврида ривожланади
- б) тери аллергия синамаларининг юқори сезувчанлиги
- в) аллергияга пуфакчасимон тери реакцияси
- г) бўғилиш хуружини (5-7 сонияда) тез ривожланиши
- д) келтирилганлардан ҳеч бири

70. Атопик бронхиал астма касалларининг қонида аниқланади

- а) стафилококка нисбатан юқори титр
- б) тезлашган СОЭ
- в) IgE ни юқори даражаси
- г) лейкоцитозлар

71. Бронхиал астманинг IgE ва IgG-боғлиқ неинфекцион-аллергик турида экспиратор бўғилиш хуружигга қуйидагилар хос

- а) 1 соатгача бўлган латент давр
- б) хуружолди белгиларининг аниқ клиник кўринишлари
- в) 5-7 минут давомида хуружнинг ривожланиши
- г) хуружнинг спонтан ҳолатда тўхташи
- д) ҳамма келтирилганлар

72. Бронхиал астманинг атопик шаклида тери аллергия синамалари пайдо бўлади

- а) 10-20 дақиқадан кейин
- б) 4-6 соатдан кейин
- в) 10-20 дақиқадан кейин ва 4-6 соатдан кейин
- г) 12-24 соатдан кейин

73. Бронхиал астманинг IgE ва IgG-патогенетик турида кўзгатувчи ингаляцион тестлар мусбат

- а) бир соат давомида
- б) бир соат давомида ва 6-8 соатдан кейин
- в) 24 соатдан кейин
- г) ҳамма кўрсатилган муддатларда

74. "Аллергик бронхиал астма" синонимлари қуйидагилардан ташқарилар киради

- а) атопик бронхиал астма
- б) экзоген бронхиал астма
- в) ноинфекцион-аллергик бронхиал астма
- г) патергик бронхиал астма

75. Ингаляцион давонинг афзалликлари қуйидагилар

- а) таъсирнинг тез кузатилиши
- б) минимал тизимли таъсири
- в) таблеткаларга нисбатан қўллашнинг қулайлиги
- г) келтирилганларнинг ҳаммаси
- д) тўғри жавоблар а, б

76. Қисқа муддат таъсир қилувчи ингаляцион β_2 -агонистлар тавсия қилинадиган биринчи ёрдам дорилари ҳисобланадилар

- а) бронхиал астмани ушлаб турувчи давосида
- б) сурункали бронхитда
- в) бронхиаластма хуружини тўхтатишда

77. Қуйидаги воситалар М-холинолитик таъсирига эга

- а) сальбутамол
- б) теопэк
- в) беротек
- г) атровент

78. β –агонистларга киради

- а) динатрий хромоглицат
- б) фиупизолид
- в) сальбутамол
- г) недокромил натрий

79. Селектив β_2 -агонистларга киради

- а) адреналин
- б) астмопент
- в) беротек
- г) беродуал

80. β_2 -агонистларга қуйидаги ножўя таъсирлар таалуқли

- а) кардиостимуляция
- б) миокардга бўлган токсик таъсири
- в) қоринчалар фибрилляцияси
- г) "рикошет" синдроми
- д) бронхлар шиллиқости қавати қон томирларининг кенгайиши
- е) гипокалиемия
- ж) келтирилганларнинг ҳаммаси

81. Бронхиал астма хуружининг профилактикасида эуфиллинни қуйидаги турида қўллаш самарали

- а) ичишга
- б) томир ичига
- в) мушак орасига
- г) ректал (свеча, микроклизма)
- д) ингаляцион

82. Перорал β_2 -агонистлар биринчи гуруҳ воситалари ҳисобланадилар

- а) тунги хуружи ривожланиб бораётган бронхиал астмада
- б) сурункали обструктив бронхитда
- в) чанг бронхиал астмасида
- г) ҳамма келтирилганларда

83. Ингаляцион глюкокортикостероидлар қўлланилади

- а) ўткир пневмонияда
- б) атопик бронхиал астмада
- в) тизимли қиўил югурукда
- г) сурункали бронхитда

84. Атопик бронхиал астмада ингаляцион глюкокортикостероидлар қўлланилади

- а) енгил кечишида
- б) ўрта кечишида
- в) оғир кечишида
- г) 4 ҳафта давомида хромогликат натрий самарасиз бўлганида
- д) 2 ҳафта давомида хромогликат натрий самарасиз бўлганида
- е) тўғри жавоблар б,

85. Юқори нафас йўллари шиллиқ ишлаб чиқаришида асосий иммуноглобулинлар:

- а) IgG
- б) шиллиқ ишлаб чиқарувчилардаги IgA
- в) IgM
- г) IgE

Жавоб: б

86. Касаллик белгилари кузатилмаган, оғир турдаги БАси бор беморларда, ўпка фаолиятининг қайси кўрсаткичи меъёрга нисбатан фарқ қилади?

- а) НФХ 1с
- б) ЎТС
- в) ОО

г) ОЕЛ

Жавоб: в

87. Кортикостероидлар хатто қисқа муддат давомида қабул қилинганидан сўнг, тўхтатилса қуйидаги касаллик белгиларини кучаяди:

- а) атралгия
- б) қориндаги оғрик, кўнгил айнаш, қусиш
- в) бош оғриғи
- г) бўшашиш
- д) қуйида келтирилганлардан ҳеч бири
- е) қуйида келтирилганларнинг ҳаммаси

Жавоб: е

88. Бронхиал астмани даволашда яллиғланишга қарши дориларга киради:

- а) ингаляцион ГКС
- б) кромоглиц кислота воситалари
- в) лекотриенлар антогонистлари
- г) теофиллинлар
- д) 2 ҳафта давомида хромоглицат натрий самарасиз бўлганида
- е) қисқа муддат таъсир қилувчи селектив β_2 -антогонистлар

Жавоблар: а, б, в

89. Бронхиал астмани бошқа ўпка касалликларидан фарқловчи махсус рентгенологик белгиси нима?

- а) перибронхиал типда ўпка расмининг деформацияси
- б) ўпка чегараларининг ўтказувчанлиги ошган (эмфизема)
- в) диафрагманинг таранглашиши
- г) оралиқ бронх даражасида ўпка артерияси ровоғининг катталлашиши
- д) келтирилган белгиларнинг ҳаммаси
- е) белгилар йўқ

Жавоб: е

90. Болаларда аллергия касалликларга олиб келувчи омиллар:

- а) қариндошлардаги аллергия касалликлар
- б) IgE даражасининг пасайиши
- в) IgE даражасининг кўтарилиши
- г) эрта сунъий овқатлантириш

Жавоб: а, в, г

91. Атопик бронхиал астманинг хуруж даврида қайси антителоларнинг ишлаб чиқарилиши кўпаяди?

- а) IgG
- б) IgA
- в) IgM

г) IgE

Жавоб: 2

92. Белгиларни солиштиринг

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Сурункали бронхит | А. бир қатор ҳужайралар (шиш ҳужайралари, эозинофиллар) фаоллиги билан кечадиган нафас йўллариининг яллиғланиш касаллиги |
| 2. Крупоз зотилжам | Б. бронхлар яллиғланишининг узоқ давом этиши |
| 3. Бронхиал астма | В. Паренхима, мезинхима, ўпка бўлимлари қонтомирларининг яллиғланиш касаллиги |
| 4. Ўчоқли зотилжам | Г. ўпка бўлимининг яллиғланиш касаллиги |

Жавоб: 1б, 2в, 3а, 4г

93. Қуйидаги касалликлар маркеларини мослигини топинг:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| А) мусбат тер синамаси | 1. бронхиал астма |
| Б) миелопироксидазанинг кўтарилши | 2. сурункали бронхит |
| В) эозинофилия | 3. муковисцидоз |

Жавоб: 3а, 2б, 1в.

94. Патологик жараён физикал маълумотларини мослигини топинг

1. Товуш титрашининг кучайиши, тўмтоқ товуш, бронхиал нафас
 2. Аниқ ўпка товуши, дағал нафас, қуруқ хириллашлар
 3. Тимпаник товуш, амфорик нафас, ўрта- йирик пуфакчали хириллашлар
 4. товуш титрашининг пасайиши, ўпка экскурсиясининг чекланиши, нафас чиқаришнинг чўзилиши билан бирга везикуляр нафасни пасайиши, қупук хириллашлар
 5. аниқ ўпка товуши, везикуляр нафас, плевранинг ишқаланиш шовқини
- А) ўпка абсцесси, очилиш даври
Б) фибриноз зотилжам
В) бронхиал астма
Г) қуруқ плеврит
Д) бронхит

Жавоб: 1б, 2д, 3а, 4в, 5г.

95. Белгиларни мосланг:

- І. бронхиал астмаси
ІІ. юрак астмаси
- А) нам хириллашлар
Б) балғам суяқ кўпиксимон, кўп
В) қуюқ, чўзилувчан, ёпишқоқ балғам
Д) юрак чегараларининг ўнг томонга кенгайиши
Е) юрак чегараларининг чап томонга кенгайиши

Жавоб: АІІ, БІ, ВІІ, ГІ, ДІ, ЕІІ

96. Уй чангига юқори сезгирлиги бўлган атопик бронхиал астмага хос:

- а) элиминация эффе́ктивнинг мавжудлиги
- б) экспозиция эффе́ктивнинг мавжудлиги
- в) спонтан ремиссия
- г) тунги ва эрта тонги соатлардаги бўғилиш хуружлари
- е) келтирилганлардан ҳаммаси

Жавоб: е

97. Бронхиал астма ва сурункали обструктив бронхитни қиёсий ташхиси учун қуйидаги функционал текширувлар керак:

- а) бронхларни кенгайтирувчи воситалар билан синамалар
- б) бронхоконструкция медиаторлар билан синамалар
- в) жисмоний зўриқиш юилан синамалар
- г) обзидан билан синама

Жавоб: а, б, в

98. Экзоаллергенларга киради

- 1) бактериялар
- 2) вируслар
- 3) оддий хужайралар
- 4) уй чанги
- 5) жарохатланган ўзининг тўқималари

б) амброзия

7) шоколад

Жавоб: 1,2,3,4,6,7

99. Бронхларнинг энг юқори реактивлиги кузатилади

- 1) эрталаб 4-6 соатларда
- 2) 10-12 соатларда
- 3) 16-18 соатларда
- 4) 22-24 соатларда

Жавоб: 1

100. Бронхиал астманинг типик клиникаси - бу

- 1) яққол бўғилиш хуружлари
- 2) турғун спастик йўтал
- 3) ўпканинг ўткир эмфиземаси
- 4) астматик бронхит
- 5) аллергик бронхит

Жавоб: 1,4

101. Бронхиал астманинг хуруж олди даври характерланади

- 1) безовталиқ билан

- 2) хуштаксимон хириллашлар билан
- 3) бурунда қичишиш
- 4) тананинг мажбурий ҳолати билан
- 5) экспиратор хансираш билан
- 6) кўз ёш оқиши билан
- 7) кўрқув хисси билан
- 8) қийналувчи қуруқ йўтал билан
- 9) балғам кўчиши билан

Жавоб: 1,3,6

102. Бронхиал астманинг хуруж даври характерланади

- 1) безовталиқ билан
- 2) хуштаксимон хириллашлар билан
- 3) бурунда қичишиш
- 4) тананинг мажбурий ҳолати билан
- 5) экспиратор хансираш билан
- 6) кўз ёш оқиши билан
- 7) кўрқув хисси билан
- 8) қийналувчи қуруқ йўтал билан
- 9) балғам кўчиши билан

Жавоб: 2,4,5,7,8

103. Бронхиал астманинг хуруждан сўнгги даври характерланади

- 1) безовталиқ билан
- 2) хуштаксимон хириллашлар билан
- 3) бурунда қичишиш
- 4) тананинг мажбурий ҳолати билан
- 5) экспиратор хансираш билан
- 6) кўз ёш оқиши билан
- 7) кўрқув хисси билан
- 8) қийналувчи қуруқ йўтал билан
- 9) балғам кўчиши билан

Жавоб: 2,9

104. Бронхиал астманинг хуруж давридаги учраши мумкин бўлган асоратлари - бу

- 1) кўкрак қафаси деформацияси
- 2) ўпка ателектаз
- 3) пневмосклероз
- 4) тери ости эмфиземаси
- 5) сурункали ўпка юраги
- 6) ўткир юрак етишмовчилиги
- 7) асфиксик синдром

Жавоб: 2,4,6,7

105. Скарификация тери синамаси нима билан ўтказилмайди?

А. кимёвий модда.

Б. бактериал аллерген.

В. дори аллерлари.

Г. ноинфекцион аллерген.

(Жавоб: Г)

106. Скарификация тери синамаси учун билак терисига нима томизилади?

А. физиологик эритма.

Б. гистамин.

В. эфидрин.

Г. гидрокартизон.

(Жавоб: Б)

107. Скарификация тери синамаси учун томчилар орасида масофа неча см бўлиши керак?

А. 5-6 см.

Б. 3-4 см.

В. 4-7 см.

Г. 2-2.5 см.

(Жавоб: Г)

108. Скарификация тери синамаси қанча вақтдан кейин баҳоланади?

А. 30-35 минут кейин.

Б. 10-30 минут кейин.

В. 15-20 минут кейин.

(Жавоб: В)

109. Скарификацион усул билан синамаси натижасини баҳолаш юқари даражадаги мусбат реакция бўладиган ўзгаришларни аниқлаш.

А. қизариш 10 мм қавариқ сохта аёқчаси билан.

Б. маҳалий реакция ва нурланиш.

В. қавариқ 10 ммдан ортиқ қизариш ва сохта оёқчалар билан.

(Жавоб: А)

110. Скарификацион тери синамасини ўтказишда бу тери синамаси билан соҳаси оралиғига қанча узоқликда аллерген томизилади?

А. 1-5 см.

Б. 2-2.5 см.

В. 4-6 см.

(Жавоб: Б)

111. Аппликация тери синамаси кескин мусбат бўлганда +++ терида бўладиган ўзгаришлар қайси қаторда тўғри келади?

- А.қизариш ва шиш.
 - Б.контакт жойда қизариш.
 - В. Қизариш шиш везикуляция.
- (Жавоб: В)

112. Аппликация тери синамаси ўтказишда тери реакцияси натижаси қанча вақтдан сўнг ўқилади?

- А.45-60дақиқадан сўнг.
 - Б.20 –дақиқадан сўнг.
 - В.3- кундан сўнг.
 - Г.1кундан сўнг.
- (Жавоб Б)

113. Аппликация тери синамаси қандай моддалар билан ўтказилади?

- А. биологик суюқликлар билан.
 - Б.кимёвий моддалар билан.
 - В.ўсимликлардан тайёрланган суюқлик.
 - Г.илон захри билан.
- (Жавоб :Б)

114. Қўйидаги келтирилган усулардан қайси мўлжалланган усул хисобланади?

- А.экспозицион провакацион тест .
 - Б. лейкоцитопеник тест.
 - В.иссиқлик провакацион тест.
 - Г.назал провакацион тест.
- (Жавоб :А)

115. Беморларда касаллик белгилари аниқ юзага чиқмаган учун уларни аллерген мавжуд жойга жойлаштиради, улар қайси жой?

- А.тоғли зоналарга.
 - Б.дорихона, цех. отхона ҳудудларига.
 - Г.омборхона, гуллар очилган жой.
 - В.сув омборлари, сув ҳавзалари атрофида.
- (Жавоб:Г)

116. Экспозицион провакацион тест ёрдамида аллергик реакцияларни қайси типларни аниқлаш мумкин?

- А.секин кечар аллергик реакция.
- Б.иммунокомплекс типи.
- В.анафилактик типи.
- Г.цитотоксик типи.

(Жавоб: Б,В,Г)

117. Лейкоцитопеник тест қачон мусбат ҳисобланади?

А.лейкоцитларни кўпайиши билан.

В.эритроцитларни камайиши билан.

Г.лейкоцитларни $3,10^9$ дан тушиши билан.

(Жавоб:Г)

118. Лейкоцититопеник тест қачон ўтказилади?

А.анафилактик шок ўтказган бўлса.

Б.лейкоцитлар сони ошганда.

В.тўғри жавоб йўқ.

(Жавоб: В)

119. Лейкоцитопеник тестда лейкоцитлар неча дақиқадан кейин саналади?

А.68-69 дақиқадан кейин.

Б.30-40 дақиқадан кейин.

В.40-70-80 дақиқадан кейин.

(Жавоб:Б)

120. Тромбоцитопеник тест қайси касалликларда кўпроқ ишлатилади?

А.овқат аллергиясида

Б.аллергик бронхитда.

В.экземада.

Г.дори ва овқат аллергияларида.

(Жавоб:А,Г)

121. Тромбоцитопеник тестда қонни таркибини ўзгариши.

А.тромбоцитлар ва лейкоцитлар миқдори ошиши.

б.тромбоцитлар 75% камаяди.

в.тромбоцитлар25% камаяди.

Г.тўғри жавоб йўқ.

(Жавоб:В)

122. Тромбоцитопеник тестда тромбоцитлар миқдори қандай ўзгаради.

А.норманинг юқари даражасигача кўтариларди.

Б.25% процентдан паст.

В.норманинг пастки чегарасигача камаяди.

Г. ўзгармайди.

(Жавоб:Б)

123. Проустиница-Кюстнер реакцияси қанақа кечади.

А.терни актив сенсбилизацияси реакцияси.

Б.терини пассив дисенсибилизацияси реакцияси.

В.терини пассив сенсибилизацияси реакцияси

Г.терини актив реакцияси.

(Жавоб:А)

124. Элиминацион тест касалликнидаврида ўтказилади?

А. касалликнинг авж олиш даври.

Б. касалликни тузалиш даврида.

В. касалликни ремиссия даврида.

(Жавоб:Б)

125. Элиминацион тестда очилка эътибор бериладими?

А. берилмайди.

Б. 5 кун очлик эълон қилинади.

В. фарқи йўқ.

Г. 10 кун очлик эълон қилинади.

(Жавоб:Б)

126. Проустица-Кюстнер реакцияси тести ҳозирда нима учун қўлланилмайди?

А. ОИТС, гепатит касаллиги кўп бўлганлиги учун.

Б. қон томирларнинг жароҳотланиши учун.

В. иммунитет пастлиги учун.

Г. юқумли касалликлар кўп бўлган учун.

(Жавоб:Г)

127. Проустица-Кюстнер реакцияси тести қандай ўтказилади?

А. соғлом одамнинг зардоб касал қонига юбориб текшириш йўли билан.

Б. касалдан зардоб олиниб, соғлом одамга юбориш йўли билан.

В. касалдан зардоб олиб, касалга юбориш йўли билан.

Г. ҳаммаси тўғри.

(Жавоб:Б)

128. Элиминацион диетада нима мумкин-у, нима мумкин эмас?

А. тухум, гуруч, сут, қаттиқ, гречка, олма .

А. -----кўрсатинг.

Б. -----кўрсатинг.

В. ҳаммаси мумкин.

(Жавоб:В)

129. Дори аллергенлари билан тил ости провокацион синамаси натижаси қанақа баҳоланади?

А. Ҳар 20 минутда 3 марта.

Б.20минутдан кейин.
В.ҳар 10минутдан 3марта.
Г.10 минутдан сунг.
(Жавоб:В)

130. Дори аллергенлари билан тил ости провокацион синамада қандай маҳаллий ўзгаришлар кузатилади?

А.қизариш.
Б.аллергик шиш.
В.тил ва тилости саҳосида шиш, қизариш кузатилади.
Г.Квиньке шиши.
(Жавоб:А,Б,В)

131. Қачон аллергик натижа +++ баҳоланади?

А. Квиньке шиши.
Б.терида тошмалар.
В.бўғилиш, қичиш, қизариш.
Г.маҳаллий ўзгариш.
(Жавоб: А,Б,В)

132. Қачон аллергик натижа ++баҳоланади?

А.қичишиш, ачишиш.
Б.тил ва тил ости саҳосида шиш ва қизариш.
В.Квиньке шиши, бугилиш.
Г. Хуружлар, хансираш, нафас етишмовчиликда.
(Жавоб:А,Б)

133. Лейкоцитопеник тест қайси касалликларда тавсия этилади.

А.овқат аллергиясида
Б.поллиноз касалклариди,экземада.
В.чанг аллергиясида.
Г.овқат ва дори аллергиясида.
(Жавоб:А)

134. Лейкоцитопеник тест қачон мусбат ҳисобланади.

А.лейкоцитларни кўтарилиши билан.
Б.эритроцитларни камайиши билан.
В.лейкоцитларни $3 \cdot 10^{-9}$ бўлганда.
(Жавоб:В)

135. Тромбоцитопеник тест қачон ўтказилади?

А. овқат аллергияларида.
Б.инфекцион касалликларда.
В.туғма касалликлариди.

Г. Ҳамма касалликларда.
(Жавоб:А)

136. Тромбоцитопеник тест қачан мусбат ҳисобланади?

А.тромбоцитларни 110%дан кўтарилганда.

Б.тромбоцитларни 100%дан камайиши.

В.тўғри жавоб йўқ.

Г.тромбоцитлар 25% камайганда.

(Жавоб:Г)

137. Скарификацион тери синамаси қандай аллерген билан ўтказилади?

А.маиший уй чанги.

Б.эпидермал чанг .

В.овқат аллергияси.

Г.аралаш чанг .

Д.хаммаси тўғри.

(Жавоб:Д)

138. Аллергенга нисбатан тери реакцияси натижаси қанча вақтдан кейин баҳоланади?

А.28 минутдан сўнг.

Б.31минутдан сўнг.

В.22минутдан сўнг.

Г.20минутдан сўнг.

Д.хаммаси тўғри.

(Жавоб:Г)

139. Аппликацион тестни натижасини қанча дақиқадан сўнг аниқланади?

А.1 соатда кейин.

Б.10минутдан кейин.

В.15минутдан кейин.

Г. 20минутдан кейин.

(Жавоб:Г)

140. Қайси касалликда совуқ провакацион тестидан фойдаланасиз?

А.поллиноз касалликларида .

Б. атопик дерматитда касалликларида.

В.эшакеми.

Г.ноинфекцион касалликларда.

(Жавоб: Г)

141. Скарификация тери синамас нима билан ўтказилади.

А. Кимёвий модда.

Б.бактериал аллерген.

В.дори аллерлари.
Г. Ноинфекцион аллерген.

142. билак терисига нима тамизилади.

А.физиологик эритма.

Б.гистамин.

В.эфидрин.

Г.гидракатизон.

143. томчилар орасида масофа неча см бўлиши керак.

А.5-6.см.

Б.3-4см.

В.4.7си.

Г.2-2.5си.

144.бу синама қанча ваитдан кейин баҳоланади.

А.30-35мунит кейин.

Б.10-30 мунит кейин.

В.15-20мунит кейин.

145.скарфикатцион усул билан синаси натижасини баҳолаш юқари даражадаги мусбат реакция бўладига ўзгариш ни аниқлаш.

А. Изариш 10мм авари сохта аёқчаси билан.

Б.маҳалий реакция ва нурланиш.

В.авари 10ммдан ортиқ изариш ва сохта оёчалар билан.

146.скарифацион тери синамасини ўтказишда бу тери синамаси билан соҳосига оралиқи анча узоқликда аллерген томизилади.

А.1-5см.

Б.2-2.5см.

В.4.6си.

147.апликация тери синамасин кескин мусбат бўлганда +++ терида бўладига ўзгаришлар қайси қаторда тўғри келади.

А.қизариш ва шиш.

Б.кантакт жойда қизариш.

В. Қизариш шиш везикуация.

148. апликация тери синамаси ўтказишда. Тери реакцияси натижаси қанча вақитдан сунг ўқилади.

А.45-60даиадан сунг.

Б.20 –дақиадан сунг.

В.3- куундан сунг.

Г.1кундан сунг.

149. апликация тери синамаси андай моддолар билан ўтказилади.

- А. Биологик суюликлар билан.
- Б. кимёвий моддалар билан.
- В. ўсимликлардан тайёрланган суюқлик.
- Г. илон захри билан.

150. Кўйидаги келтирилган усуллардан қайси мулжаланган усул ҳисобланади.

- А. экспозицион провакацион тест .
- Б. Лейкоцитопиник тест.
- В. Иссилик провакацион тест.
- Г. Назал провакацион тест.

160. беморларда касаллик белгилари ани юзага чиқмаган учун уларни аллерген мавжуд жойга жайлаштиради улар қайси жой.

- А. тоғли зоналарга.
- Б. дорихона. цех. Отхона. Худудларига.
- Г. Амборхона гуллар очилган жой.
- В. сув амборлари ўрик сув \овзалари атрофида.

161. экспозицион провакацион тест ёрдамида аллергик реакцияларни қайси типларни аниқлаш.

- А. Секин кечар аллергик реакция.
- Б. иммуинкамплекс типи.
- В. анафлакттик типи.
- Г. цитотактик типи.

162. лейкопенический тест қачан мусбат ҳисобланади.

- А. лейкоцитларни кўпайиши билан.
- В. эритроцитларни камайиши билан.
- Г. Лейкоцитларни $3 \cdot 10^9$ дан тушиши билан.

163. лейкоцититопеник тест қачан ўтказилади.

- А. анафилакттик шок ўтказган бўлса.
- Б. лейкоцитлар сони ошганда.
- В. Тўғри жавоб йўқ.

164. лейкопиник тест лейкоцитлар неча дақиқадан кейин саналади.

- А. 68-69 дақиқадан кейин.
- Б. 30-60-90 дақиқадан кейин.
- В. 40-70-80 дақиқадан кейин.

165. тромбацитопеник тест қайси касалликларда кўпроқ ишлатилади.

- А.овқат аллергиясида
- Б.аллергик тбранхитда.
- В.Экземада.
- Г.дори ва оват аллергияларида.

166. тромбцитопеник тестдақ онни таркибини ўзгариши.

- А.тромбцитлар ва лейкоцитлар миқдори ошиши.
- б.тромбцитлар 75/ кайаяди.
- в.тромбцитлар25/ кайаяди.
- Г.тўғри жоваб йўқ.

167. тромбцитопеник тестда тромбцитлар миқдори қандай ўзгаради.

- А.Норманинг юқари даражасигача кўтариларди.
- Б.25/ процендан паст.
- В.норманинг пастки ичегарасигача кайаяди.
- Г. Ўзгармайди.

168. протница кўстнера реакцияси қанақа кечади.

- А.Терни актив сенсibiliзатцияси реакцияси.
- Б.терни пассив дисенсibiliзацияси реакцияси.
- В.тери пассив сенсibiliзацияси реакцияси
- Г.терини актив реакцияси.

169. Элиминацион тест касалликни ...доврида ўтказилади.

- А.Касалликнинг авж олиш даври.
- Б.касалликни тузалиш даврида.
- В.касалликни ремиссия даврида.

170. элиминацион тестда очиликкаэйтибор бериларим.

- А.берилмайди.
- Б.5 кун очлик эълон қилинади.
- В. Фарқи йўқ.
- Г. 10кун очлик эълон илинади.

171. протница кўстнери тести нима учун қуллалинмайди.

- А.Оитс. Гепатит касаллиги кўп булганлиги учун.
- Б.қон томирларнинг жароҳотланиши учун.
- В.иммунитит паслиги учуун.
- Г.Юқимли касалликлар кўп булган учун.

172. протница кўстнера тести қандай ўтказилади.

- А. Соғлом адомдан касал қонига зордоб юбориб текшириш.йулибилан.
- Б.касалдан зордоб олиниб соғлом одамга юбориш йул билан.
- В.касалдан зордоб олиб касалга юбориш. Йул билан.

Г. Ҳаммаси тўғири.

173. дори аллергенлари билан тил ости провикацион синамаси натижаси қанақа баҳоланади.

А. Ҳар 20 минутдан 3 марта.

Б. 20 минутдан кейин.

В. ҳар 10 минутдан 3 марта.

Г. 10 минутдан сунг.

174. дори аллергенлари билан тил ости провикацион синамада қандай маҳаллий ўзгариш кузатилади.

А. қизариш.

Б. аллергик шишиш.

В. тил ва тилости саҳосида шишиш қизариш кузатилади.

Г. квин шиши.

175. қачон аллергик натижа +++ баҳоланади.

А. квин шиши.

Б. терида тошмалар.

В. буғилиш қичиш қизариш.

Г. маҳаллий ўзгариш.

176. қачон аллергик натижа ++ баҳоланади.

А. қичишиш оқариш.

Б. тил ва тил ости саҳосида шишиш вақизариш.

В. квин шиши буғилиш.

Г. Ҳуружлар. Хансираш нафос етишчавчиликда.

177. лейкоцитопеник тест қайси касалликларда тавсия этилади.

А. оват аллергиясида

Б. полиноз касалликларида. Экземада.

В. Чанг аллергиясида.

Г. овқат ва дори аллергиясида.

178. лейкоцитопеник тест қачон мусбат ҳисобланади.

А. лейкоцитларни кўтарилиши билан.

Б. эритроцитларни камайиши билан.

В. лейкоцитларни $3 \cdot 10^9$ бўлганда.

179. тромбоцитопеник тест қачан ўтказилади.

А. Овқат аллергияларид.

Б. инфекция касалликларда.

В. туғма касалликларида.

Г. Ҳамма касалликларода.

180. тромбоцитопеник тест қачан мусбт ҳисобланади.

А.тромбоцитларни 110/ кўтарилганда.

Б.тромбоцитларни 100/камайиши.

В.тўғри жовоб йук.

Г.тромбоцитлар 25/ камайганда.

181. скарификация тери синамаси қандай аллерген билан ўтказилади.

А.майиший уй чанги.

Б.эпидермаг чанг .

В.оват аллергияси.

Г.аралаш чанг .

Д.хаммаси тўғири.

182. аллергенга нисбатан тери реакцияси натижаси анча вақтдан кейин баҳоланади.

А.28 минутдан сунг.

Б.31минутдан сунг.

В.22минутдан сунг.

Г.5минутдан сунг.

Д.хаммаси тўғири.

183. аппликацион тесни натижасини қанча дақиқада.

А.1 соатда кейин.

Б.10минутдан кейин.

В.15минтдан кейин.

Г. 20минутдан кейин.

184. тқайси касалликда совиқ провакацио тест файдаласиз.

А.поллиноз касалликларида .

Б. Атопик дерматитда касалликларида.

В.крапивница.

Г.не инфекцион касалликларда.

185. совиқда тест айси тартибида ўтказилад.

А.билак саҳасига муз парчасни 15мин.довамида кўйиш.

Б.беморни совиқ хонада 15мин.сақлаш.

В.беморни иссик хонада сақлаш.

Г. Барчаси туғири.

186. иссқ провикацион тест қайси ҳолатда ижобий ҳисобланади.

А.терида тошма ҳосил булганда.

Б.терни 2смдан кўп қисми қизариши.

В.каньюктивал қизариш.

Г. бурни оқиши. акшириш кузатилади.

186. иссиқ провикацион тестда исси сувнинг таъсир давомийлигини белгиланг.

- А. 25 минутдан сунг.
- Б. 5-7 минутдан сунг.
- В. 15-20 минутдан сунг.
- Г. 30 минутдан сунг.
- Д. барча жоваблар тўғри.

187. Кимларда “бахорги катар” кўп кузатилади?

- А. 4-5 ёшли ўғил болаларда
- Б. Катта ёшли эркакларда
- В. Аёлларда
- Г. 6 ёшгача булган қизларда
- Д. Ҳаммада бир хил

189. Полиноз вақтида тери тошмалари шакли

- А. Ёстиқча шаклда
- Б. Қуюлаётган эритматоз тошма
- В. Эшак еми
- Г. Геморогик
- Д. Популёз

190. Қоннинг умумий таҳлилида (ОАК) қанака ўзгариш кузатилади.

- А. Эозинофилия
- Б. ЭЧТ нинг кескин ортиши
- В. Лейкоцитоз
- Г. Лейкоцитопения
- В. Лимфоцитопения.

191. Полинозда қанака медиаторлар ажралади.

- А. Гистамин
- Б. Серотонин
- В. Простогладин
- Г. Бродикинин
- Д. Санаб ўтилганларнинг барчаси

192. Полинозда қанака антитело ишлаб чиқарилади?

- А. IgG, ва IgM
- Б. IgG ва IgE
- В. IgE ва IgM
- Г. Санаб ўтилганларнинг барчаси
- Д. Ишлаб чиқарилмайди.

193. Полиноз чақириш учун чангини организмга қанақа дозаси тушиши керак?

- А. 0,001 мг
- Б. 0,02 гр
- В. 1 гр
- Г. Дозасига боғлиқ эмас
- Д. Тўғри жавоб йўқ

194. Полинозни махсус даволаш учун мутлоқ тўсиқлик қилади.

- А. Психик касаллик
- Б. Жигар ва буйрак касалликлари
- В. Сил фаол даврида
- Г. Қандли диабет
- Д) Санаб ўтилганларни барчаси

195. Полинозни махсус даволаш учун мутлоқ тўскинлик қилади.

- А. Тиреотоксикоз
- Б. Эндокрин касалликлари
- В. Ревматизм актив даврида
- Г. Декомпенсацияланган коронарокардиосклероз
- Д) Санаб ўтилганларни барчаси

196. Ўзбекистонда полиноз ривожланишида қайси ўсимликлар чанги 1-ўринда туради.

- А. Буғдой
- Б. Олма
- В. Ўрик
- Г. Пахта
- Д) Тўғри жавоб йўқ

197. Полинозда кўп кузатиладиган асорат

- А. Бронхиал астма
- Б. Нейротоксикоз
- В. Анофлактик шок
- Г. Тўғри жавоб йўқ
- Д) Санаб ўтилганларни барчаси

198. 12 ёшли Полиноз бўлган болага фенирал дозаси

- А. 10 мг 1р/д
- Б. 5 мг 3р/д
- В. 10-15 3р/д
- Г. 25 мг 4р/д
- Д. Ҳаммаси тўғри

199. Полинозда қанақа антигистамин препарат қўлланади?
А. глюкоза+аскорбин кислотаси
Б. Аспаркам
В. Мезим
Г. Аллерг-С
Д. Валидол
200. Биринчи авлодга қанақа антигистамин препаратлар киради?
А. Клемастин (тавегил)
Б. Лоратадин (klarитин, кларотадин)
В. Цетифизин (зиртек)
Г. Хлоропирамин (супрастин)
Д. Дефсофенадин (телфаст)
201. Биринчи авлод антигистамин препаратларнинг камчилиги!
А. Гематоэнцефалитик тўсиқдан ўта олиши
Б. Седатив эффекти
В. Ўрганиш қобилиятининг пасайиши
Г. Санаб ўтилганларнинг барчаси
Д. Санаб ўтилганларнинг бирортаси эмас.
202. H1-гистамин рецепторлари блокаторлардан қайси бири жигарда метоболизмга учрайди?
А. Терфенадин.
Б. Астемизол
В. Фекеофенадин
Г. Цетиризин
Д. Санаб ўтилганларнинг барчаси
203. H1-гистамин рецепторлари блокаторларидан қайсиларини қўллаш оғир кардиовасикуляр асорат чақирганлаги учун баъзи мамлакатларда тақиқланади?
А. Фексофенадин
Б. Лоратадин
В. Цетиризин
Г. Санаб ўтилганларнинг барчаси
Д. Санаб ўтилганларнинг барчаси
204. Антигистамин препаратлар қўллашга кўрсатма!
А. Полиноз
Б. Йил давомида аллергия ренит
В. Эшак еми
Г. Атопик дерматит

205. Махсус иммун жавобда асосий ўрин тутди!
А. Лимфоцитлар
Б. Нейрофиллар
В. Тромбоцитлар
206. Махсус иммун жавобга хос эмас!
А. Хужайравий иммунитет
Б. Нейтрофили иммунитет
В. Гуморал иммунитет
207. Имуноглобулин-Гқанақа хусусиятга эга!
А. Антитела
Б. Қон зардоби оксиди
В. Қон зардоби оксидининг гамма-фракцияси
Г. Саналганларнинг ҳеч қайсиси
208. Антиген-бу қуйидаги хусусиятларни номоён қилади.
А. Генетик ёдлик
Б. Антигенлик
В. Имунологик
Г. Хосилик-махсуслик
Д. Санаб ўтилганларнинг барчаси
Е. Саналганларнинг бирортаси эмас
209. Аллергик реакцияларнинг тез кечар типиди катта аҳамиятга эга!
А. Аллергендан сенсублизация
Б. IgE-антителанинг борлиги
В. Гиперсезувчанликнинг секин кечар типиди борлиги
Г. Санаб ўтилганларнинг ҳаммаси
210. Иммунитет тушунчаси ўз ичига олади!
А. Организмни унинг структура ва тўқмалари таркибига кирмайдиган тирик ва бошқа моддалардан ҳимоя қилиш хусусияти.
Б. Патоген микроорганизмлар таъсир қилган вақтда субъектнинг ҳаёт фаолиятини сақлаб туриш хусусияти.
В. Организмни ўзида молекуляр ёдлик беписини тугатган тирик ва бошқа нарасалардан ҳимоя қилиш хусусияти.
Г. Организмни ўзида ёдлик белгисини тутган тирик ва бошқа таначалардан ҳимоя қилиш хусусияти.
211. Бемор болада ҳар йили апрел ўрталаридан май охиригача ринит ва конъюнктивит белгилари кузатилади. Бу беморда кўпроқ сенсублизация қайси ўсимлик чангига нисбатан бўлиши мумкин?

- А. Дарахлар чангига
- Б. Бошоқли ўсимликлар чангига
- В. Бегона ўтлар чангига.

212. Аллергия бу нима?

- А. Организмнинг юқори сезувчанлик ҳолатидаги жавоб реакцияси
- Б. Организмнинг паст сезувчанлик ҳолати
- В. Организмнинг сезувчанлиги ўзгармаган ҳолат
- Г. Юқори реактивлик
- Д. Организмнинг ҳимоя реакцияси

213. Ўсимлик чангларида организмни ингаляцион сенсбилизация қилинганда қанақа хужайралар махсус LgE-иммуноглобулинларни синтезлайди.

- А. Шиллик қаватнинг плазматик хужайралари
- Б. Тўқмалар ичида жойлашган плазматик хужайралар
- В. Моноцитлар
- Г. Суяк кўмиги эозинофиллари
- Д. Суяк кўмиги лейкоцитлари

214. Агар ота-оналардан бирида аллергик патология бўлса, болаларида бунинг учраш эҳтимоли неча %?

- А. 20-40%
- Б. 10-20%
- В. 5-10%
- Г. 50-60%
- Д. 70-80%

215. 12 ёшли болада ҳар йили апрел ва октябр ойларида конъюнктивит кузатилади. Бунинг этиологияси ва ривожланиш механизми қанақа?

- А. Аллергик сабабли конъюнктивит
- Б. Ҳар-хил ўсимлик чанглари аллерген ҳисобланади
- В. Аллерген-антитело комплекси кўз конъюнктивасини жароҳатлайди
- Г. Санаб ўтилганларнинг ҳаммаси
- Д. Тўғри жавоб йўқ

216. 5 ёшли бола, 2 йилдан бери касал. Шикоятлари, бош оғришига, ҳар икки кўзининг қичишишга, қум тиқилганига ўхшаш ҳисига, ёруғликдан қочишга. Бу мавсумий, асосан баҳорда кузатилади. Болада.....

- А. Дори аллергияси
- Б. Полиноз
- В. Овқат аллергияси
- Г. Ҳашоратлар аллергияси
- Д. Эпидермал аллергия

217. Полинозларнинг қанақа клиник шакллари бор? Кўпроқ мос жавобни тангланг!

- А. Риноконъюктивитлар
- Б. Аллергик трхеобронитлар
- В. Бронхиал астма
- Г. Гастроэнтероколитлар, дерматитлар, невритлар
- Д. Барча клиник шакллари бўлиши мумкин.

218. Полинознинг ташхислаш мезонлари!

А. Мавсумийлик, об-ҳаво ўзгариш билан хуруж. Бурунда қичишиш ва аксириш кучсиз ифодаланган, нейтрофил лейкоцитоз. Бурундан олинган суртмада мононуклеарлар тўпланиши.

Б. Мавсумийлик, аллерген билан контакдан кейинги хуруж. Бурунда, бурун-халкумида қичишиш ва аксириш, аксириш хуружлари. Бурундан олинган суртмада эозинофиллар тўпланиши, эозинофил лейкоцитоз.

В. Мавсумийлик, бурунда қичишиш йўқ, бурун суртмасида кўп миқдорда нейтрофиллар тўпланиши.

Г. Об-ҳаво ўзгариши билан симптомларнинг кўзғалиши, аксириш кам ифодаланган. Суртмада кўп миқдорда лимфоцитлар, лимфоцитоз.

Д. Хуружларнинг мавсумийлиги об-ҳавонинг паст ва юқори вақтларда. Бурун суртмасида моноцитлар.

219. Махсус иммунотерапия (СИТ) учун алерген дово миқдорини юбориш йўллари!

- А. Тери ичига
- Б. Эндоназал
- В. Ингаляцион
- Г. Перорал
- Д. Сублингвал
- Е. Вена ичига

220. Мавсумий аллергик ринитни даволаш учун асосий препарат ҳисобланади.

- А. Томирларни торайтирувчи томчи
- Б. Н1-гистамин рецепторлари блокаторлари
- В. Топик антигистамин препаратлар

Вазиятли масалалар:

1. Бемор 10ёш.

Шикоят: Бурни оқиш, кўзни ёшланиши, қичиши безовта қилади.

Кўрув: Бемор нотинч ва безовталанган инжиқ кўзи ёшланади қичиши ва шиши кўзатилади.

Анамнез: беморда аҳволи ўртача, эс хушинни билади, териси тоза, асосан баҳор келиши билан бурнинг қичиши ва аксириш йўтал безовта қилади. 2 – йилдан буён амбулатория шароитда даволанган, ўпкада везикуляр нафас олиш эшитилади, юрак тонлари аниқ, ритмик, қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва талоқ катталашмаган, ичи келган, сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг тавсиянгиз...

Сизнинг маслаҳатингиз.

(Жавоб: Ташхис-АР . Даво-антигистамин дорилар. Маслаҳат-чангдан сақланиш).

2. Бемор 16 ёш.

Шикоят: Кўзнинг ёшланиш қичиши, қизариши безовта қилади.

Кўрув: бемор безовта, қуёшда юришга қийналади.

Анамнез: Бемор 2-йилдан буён кўзининг ёшланиши билан кўз шифокорида аллергик конъюнктивит хасталиги билан даволанган.

Асосан касаллик эрта баҳорда бошланади март ойларида юзага келади. бурун бўшлиғи қичийди, нафас олиш қийинлашади.

Ўпкада нафас олиш раво, юрак тонлари аниқ, қорин бушлиғида оғриқ сезилмайди, ичи меъёрида келади сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг тавсиянгиз..

Сизнинг маслаҳатингиз.

(Жавоб: Ташхис-АР. Даво-антигистамин дорилар. Маслаҳат-чангдан сақланиш).

3. Бемор 2 ёш.

Шикоят: Беморнинг юзига тошмалар тошган, қичиши безовта қилади.

Кўрув: бемор нотинч-инжиқ, асосан қичиш безовта қилади.

Анамнези: беморнинг юзига вақти-вақти билан тошмалар тошиб турган, ич қотиши, вақтида келмаслиги ҳолати доимий ҳолатда сақланиб келган, бир неча марта даволанган, беморнинг умумий аҳволи ўртача. Эс-хушни билади, терисига тошмалар вақти- вақти билан тошади.

Ўпкада везикуляр нафас олиш эшитилади, юрак тонлари аниқ қорни юмшоқ, ичи келмаган.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг тавсиянгиз...

Сизнинг маслаҳатингиз.

(Жавоб: Ташхис-Овқат аллергияси. Даво-антигистамин дорилар. Маслаҳат-парҳез).

4. Бемор 3 ёш.

Шикоят: Теридаги тошмалар эшакеми кўриниша, қичиш, қизариш, шиш, кўз қовоқлари олди шиши, кўл ва оёқларида шиш белгилари сақланган.

Кўрув: беморни аҳволи нисбатан оғир.

Анамнез: беморнинг аҳвали оғир, эс-хушни билади, теридаги тошмалар Квиньке шиши кўринишида, тери ости безлари катталашган. Бурни битган. Ўпкада дағал нафас олиши эшитилади, юрак тонлари буғиқ, қорни юмшоқ, ичи келган, сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг тавсиянгиз.

Сизнинг маслаҳатингиз

(Жавоб: Ташхис-Овқат аллергияси, эшакеми кўринишида. Даво-антигистамин дорилар, гормонлар, сийдик ҳайдовчи воситалар. Маслаҳат-парҳез)

5. Бемор 6- Ойлик

Шикоят: Йўтал, хансираш, лаб учбурчаги кўкариши, нафас сиқиши, иссиғи чиқан.

Кўрув: беморни аҳволи нисбатан оғир.

Анамнез: Беморнинг 2 ойдан буён иссиғи чиқан, йўтал, вақти-вақти билан хусусий шифохонада аллергиялик бронхит хастлиги билан даволанган.

Ўпкада дағал нафас олиш, нам хириллашлар, ҳуштаксимон товуш эшитилади, юрак тонлари бўғиқ, оғиз бўшлиғи қизарган, бодомча безлари катталашган, қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва талоқ катталашмаган, ичи келган, сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг тавсиянгиз...

Сизнинг маслаҳатингиз.

(Жавоб: Ташхис-аллергиялик, обструктив бронхит.

Даво-антигистамин дорилар, гормонлар, бронходилататорлар.

Маслаҳат-парҳез).

6. Бемор 10 ёш.

Шикояти. Бурни оқиш кўзни ёшланиш қичиши безовта қилади.

Кўрув. Бемор нотинч ва безовталанган инжиқ кўзи ёшланади ичиши ва шиши кўзатилади.

Анамнез. беморда аҳвали ўртача эс хушинни билади териси тоза. асосан боҳар келиши билан бурнинг қичиш ва аксириш йутол безовта қилади. 2 – йилда буён амб. шораитда даволанган. ўпкада везикулия нафас олиш эшитилади. юрак тонлар аниқ ритм қорни юмшоқ оҳириқсиз жигар ва толоқ катталашмаган. ич келган сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг доваингиз..

Сизнинг маслаҳатингиз.

7. Бемор. 16 ёш.

Шикояти. Кўзнинг ёшланиш қичиши қизариши безовта қилади.

Кўрув.бемор безовта кўёда юришга ийналади.

Анамнез. Бемор 2-йилда буён кўзининг ёшланиш билан кўз шифокарида доволанган.аллергик конъюктивит хасталиги билан.

Асосан касаллик эрта баҳорда бошланади мартъ ойларида юзага келади. бурин бушлиғи қичийди нафас олиш қийинлашади.

Нафас олишга қийналади.упкада нафас олиш ровон .юрак тонлар аниқ.қарин бушлиғида оғириқ сезилмайди ич келади сийдиги сариқ Рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг доваингиз..

Сизнинг маслаҳатингиз.

8.Бемор 2ёш.

Шикояти. Беморнинг юзига ташмалар тошган қичиши безовта қилади.

Кўрув.беморни нотич инжиқ асасон қичиш безовта қилади.

Анамнези.беморнинг юзига вақти вақти билан тошмалар тошиб турган .ич каттиши ич кemasлиги ҳолат доими ҳолатда сақланиб келган .бин неча марта даволанга .беморнинг умумий аҳвали ўртач эс хушни билади терисида ташма вақти вақти билан чиқади.

Упкада везикулия нафас олиш эшитилади. юрак тонлар аниқ

Орни юмшоқ ич келмаган .

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг доваингиз..

Сизнинг маслаҳатингиз.

9.3ёш.

Шикояти. Теридаги тошмалар крапивнинца кўриниша қичиш изариш шиши кузни олди шишга кўл ва оёларида шиши белгилар сақланган.

Кўрув.беморни аҳвли нисбатан оғир.

Анамнез.беморнинг аҳвали оғир эс хушни билади.теридаги тошмалар квин шиши кўринишида тери ости безлар каталашган. Бурни битган. Упкада дағал нафос олиши эшитилади.юрак тонларт буғи қорни юмшоқ ич келган сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг доваингиз..

Сизнинг маслаҳатингиз

10.Бемор 6- Ойлик

Шикояти. Йутал хансираш лаб уч кукариш нафас сиқиши иссиғи чиқан.

Кўрув.беморни аҳвали нисбатан оғир.

Анамнез. Бемор -2ойдан буён иссиғи чиқан йутал вақти вақти билан хусусий шифохонада аллергик бронхит хастлиги билан даволанган.

Упкада дағал нафас олиш нам хриплар хуштаксимон товуш эшитилади.юрак тонларбуғиқ оғиз бушлиғи қизарган миндалиин безлари катталашган қорни юмшоқ оғириқсиз жигар ва толоқ катт

маг ан ич келган сийдиги сариқ рангда.
ташхисингиз.

Сизнинг

Сизнинг доваингиз..
Сизнинг маслаҳатингиз.

11.Бемор 4-ойлик.

Шикояти.йутал безовта қилади томоғи қизарган бурни оқган иссиқғи чикан .

Кўрув. Беморни аҳвали ўртача асосан йутал безовта қилади.

Анамнези. Бемор охирги бир ой ичида тез те шомолаш ўтказган кечаси йутал кучайган .

Упкада дағол нафас олиш эшитилади хрип йуқ.юрак тонлар аниқ ритмик.оғиз бушлиғи қизарган мендалин безлари катталашган қорни юмшоқ жигари катталашмаган толоқ чегараси сақланган.

Сийдги сариқ рангда.
Сизнинг ташхисингиз.
Сизнинг доваингиз..
Сизнинг маслаҳатингиз.

11.3ёш.

Шикояти. Терида тошмалар тошган тошмалар атрофи кунғир рангда ичиши қизариш кўзатилган тошмалар қичиши маҳали температураси тошмаларни кўриниш ҳар хил шакилга эга.

Кўрув.

Беморни аҳвали оғир инжиқ безовта.

Ананези.

Беморни аҳвал оғир эс хушни биледи теригадаги тошмалар полимор характерга эга тери ости безлар уртача реважланган.

Лимфа тугунлар катталашмаган.

Пкада дағол нафос л олиш нам хриплар эшитилади.юрак тонлари ани қорни оғириқсиз жигари 2-3см катталашган толо катталашмаган ич келган сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.
Сизнинг доваингиз..
Сизнинг маслаҳатингиз.

12.Ёш 15.

Шикояти. Теридаги тошмалар билак ва буйин соҳосига тошган изари қичиш дермаграфик чизиқлар пайда бўлади.

Кўрув.беморнинг аҳвали ўртача тошмалар асосан крапивнитца кўринишда қичиш билан бошланади.

Анамнези.

Беморни 4-5йилдан буён қизариш қичиш безовта қилади.

Теридаги тошмалар дермаграфик шакилга кўринишида кечадилимфа тугунлари катталашмаган упкададоғол нафос олиши эшитилади.

Юрак тонлар аниқ . қорни юмшоқ оғириксиз жигар в толо катталашмаган ич келган сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг доваингиз..

Сизнинг маслаҳатингиз

13.Ёш бойлик.

Шикояти. Теридаги тошмалар чов ва думба соҳосида.

Курув. Боланинг аҳвали ўртача тошмалар чов саҳосида қизариш қичиши пузирки кўринишида кўзатилади.

Анамнез .боланинг аҳвали ўртача эс хўшини билади безовта инжиқ бошни орқаг ташлаб йиғлайди.упкада дағол нафас олиш эшитлади.

Юрак тонлар аниқ қорни юмшоқ оғириксиз жигар ва толок катталашмаган. Ич келган сийдиги сариқ рангда.

Сизнинг ташхисингиз.

Сизнинг доваингиз..

Сизнинг маслаҳатингиз.

14.ЁШ-12.

Шикояти- йутол хансираш бурни оиши безовта қилади.йутол доим ҳолатда безовта қилади хуруж симон хансираш нафос сиқиши безовта қилади.

Курув. Беморни аҳвали оғир.

Анамнез.

Беморни аҳвали нисбатан оғир .бемор ҳар йили боҳар ойларида йутал билан бошланади. Терис тоза лимфа тугнлари каталлашмаган .бурни битган. Упкада даҳал нафас олиш нам хирплар эшитилади.

Юрак тонлар аниқ.оғиз бошлиғи тоза мендалин безлар катталашмаган.қорни юмшоқ оғириксиз ич келган сийдиги сариқ рангда .

Сизнинг ташхисингиз.

Даволаш услубингиз.

Сизнинг маслаҳатингиз.

РАСМЛАР

Контакт дерматит



Аллергик риноконъюктивит



СТИВЕНС – ДЖОНСОН СИНДРОМИ



ЛАЙЕЛЛ СИНДРОМИ







АЛЛЕРГИК ВАСКУЛИТ



УТКИР ТУГУНЛИ ЭРИТЕМА



Овқат аллергияси



ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. «Аллергические заболевания» Летске В.И. Москва. Медицина 1991 год. стр.122 - 145.
2. Адо А.Д. «Экология и аллергология» клин. Мед 1990 №9 ст 3-6
3. Адо В.А.Астафьева И.Г. Горячкина Л.А. «Сенная лихорадка» поллинозы. Сов. Мед 1961 №6 стр 666
4. Аллергические заболевание Тошкент, Андранова, Артамосова Глава VII Анафилактический шок стр. 110-120 1998г М. Медицина.
5. Аллергия насекомых - пособие Издания АЛК 1994 - 24с.
6. Анестезиология и реанимация Михельсон А.О. 1995г Анафилактический шок у детей стр 94-115.
7. Артомасова А.В. «Инсект аллергия». В кн. «Аллергические заболевания». М. Медицина 1991 г. с. 122-140
8. Астафьева Н.Г. Адо В.А. «Растения аллергия» Саратов 1986г. Стр 33-35
9. Балаболкин И.И. Мазо В.К. Никитина И.П. Сепсинкова Н.Р. Всасывание сенковых антигенов в желудочного - кишечном тракте при пищевой аллергии у детей 2Педиатрия 1988 №5 с52-56
10. Бухалова Е.К., Агафанов И.А., Мингалиева В.А. - Особенности течения поллинозов в интенсивной промышленной зоне экологическими не благоприятной обстановкой. Тер.архив 1994г. №1 стр.70-72.
11. Воронцов И.М. Матологина О.А. Болезни, связанные с пищевой сенсибилизацией у детей. Ленинград Медицина 1986 стр 6-23, 47-72
12. Ганцева Х.Х. - Комплексная оценка состояния здоровья и терапия больных поллинозам в стадии ремиссии. Автореф. Дис. мед. наук УФО. 1997 год 38 стр.
13. Горячкина Л.А., Баришникова Г.А., Тихомирова СВ., и др. Лекарственная аллергия и перекрестные аллергенные свойтсва препаратов - М: Издательство медиинского центра управления делами. Президента РФ, 1998-74 с.
14. Детские болезни Шабалов 2000й Анафилактический шок у детей стр. 265-280
15. Детские хирургические болезни Баиров 1992г Анафилактические шок стр 240-270.
16. Елбарсова Г.И. - Регионалтные особенности поллинозов у детей. Автореф дис. кмн. Ашгабат 1986 г. 22ог.
17. Зисельсон А.Д. Поллинозы у детей Ленинград Медицина 1989г160с
18. Казанский мед. информ 1986 г№ 1сб-13. 11. Пыцкий В.И. - Аллергические заболевания. 1999 год
19. Лантнер Р. Рейсмом Р.Е. Клинические и иммунологические особенности и профилактический курс больных с различными анафилаксиями

насекомых. Журнал клин. Аллергология. Иммунология 1989 г. - том 84 стр. 900-906.

20. Лауренс Д.Р., Бенитт Н.П. Клинической фармакология 1 нерсанг В, 2-М, Медицина 1991-135 6 с.

21. Лусс Л.Б. «Аллергические и псевдоаллергические реакции на медикаменты» (Рос. Мед. Журнал - 1996 г №1 с 59-63)

22. Мет рекомендации по Пищевой аллергия для врач. ВСП Ташкент 1997г. Стр 1-13

23. Мюллер В.Р. - жур. Аллергия насекомых: клиническая картина, диагноз и лечение. Штутгарт - Нью-Йорк: Густав Фишер Верлаг 1990г.

24. Пыцкий В.И. - Аллергические заболевания //1999г- 470 стр.

25. Руководство по медицине «Диагностика и терапия» 132 т (пер.санг) М: Мир -1997 Т 1 часть 2. «Иммунология» аллергия - с 227-230. Т-2 часть 22. Клиническая фармакология - с 733-768.

26. Соколова Т.С. Лусс Л.В. Рошаль М.К. Пищевая аллергия у детей - Медицина 1986г. С 159

27. Стандартизованные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей Адаптация программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей (18ААС) в росси, пособие для врачей (МЗ РФ) - М, 1998-30с.

28. Стасий Е.Д. Балабский И.И. Ботвиньева В.В. Иммуномодулирующая терапия при пищевой аллергии у детей Иммунология № 1990 -№ 10045 -48)

29. Студенки М.Я. Болаларда алергик касалликлар Медицина 1986г стр 68-84

30. Субботиня О.А. Спыт превезеных специфической иммунотерапии у детей с аллергией к белкам коровьего молока Сб: «Актуальные проблемы практической аллергологии и клинической иммунологии М. 1995

31. Ю.Потемкина А.М. Клыпина Т.Б. Скальник И.Д. Поллинозы у детей.

32. М.М Ҳақбердиев., Э.И Салимов. Поллинозлар.Услубий тавсия.

33. М.М Ҳақбердиев ва бошқ. Болаларда алергик реакцияларнинг ва касалликларнинг патофизиологияси

34. М.М Ҳақбердиев ., Н.Н Ниғматов. Она- йўлдош хомила системасининг патофизиологияси. Ўқув –методик тавсиянома.1995

35. М.М Ҳақбердиев ва бошқ. Болалардаги алергик касалликлар.

36.

МУНДАРИЖА:

МУҚАДДИМА	4
3. УМУМИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЯ БУЛИМИ	
УМУМИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЯ ХАҚИДА ТУШУНЧА	6
ТЕРМИНОЛОГИЯ	9
АЛЛЕРГИЯ МЕЗОНЛАРИ	16
АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАР ЭТИОЛОГИЯСИ.....	18
АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАР ПАТОГЕНЕЗИ.....	21
ОНА – ЙЎЛДОШ – ХОМИЛА СИСТЕМАСИНИНГ ПАТОФИЗИОЛОГИЯСИ.....	24
АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ.....	29
ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ.....	50
4. ХУСИСИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЯ БУЛИМИ	
БРОНХИАЛ АСТМА.....	51
ПОЛЛИНОЗ.....	97
ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИ	114
ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ.....	122
АНАФИЛАКТИК ШОК.....	128
ИНСЕКТ АЛЛЕРГИЯ.....	132
ЗОРДАБ КАСАЛЛИГИ.....	135
АТОПИК ДЕРМАТИТ.....	140
БОЛАЛАРДА ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ.....	155
ТАБИИЙ ОМИЛЛАР ВА ФИЗИОТЕРАПИЯ.....	157
5. АЛЛЕРГЕН - ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ	
АЛЛЕРГЕН - ХОС ИММУНОТЕРАПИЯ.....	163
ТЕСТЛАР.....	187
ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:.....	223
РАСМЛАР.....	229
ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР.....	235